

Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop

Dissertatie. Schröer CAP. Maastricht: Universitaire Pers, 1993; 288 bladzijden. ISBN 90-5278-058-7.

Door de huidige WAO-problemen is het onderwerp ziekteverzuim door overspanning hoogst actueel. Overspanning als diagnose (huisartsen spreken meestal van surmenage) heeft lang te lijden gehad van de vage conceptualisering van dit begrip en van het 'niet-klinische' karakter van de aandoening.

De socioloog Schröer is zijn onderzoek begonnen met een grondig literatuuronderzoek (vanaf 1880) naar overspanning en aanverwante begrippen als neurasthenie, hyperesthetisch-emotioneel syndroom, surmenage en aanpassingsstoornis. Dit levert de conclusie op dat er internationaal een blijvende behoefte bestaat aan concepten die naar verschijnselen van overspanning verwijzen. Overspanning wordt door Schröer gedefinieerd als 'een dusdanige verstoring van het evenwicht tussen psychische belasting en psychische belastbaarheid als gevolg van veranderingen in individuele belastbaarheid en/of psycho-sociale belasting, dat bij het getroffen individu een proces ontstaat van verminderd vermogen tot sociaal functioneren, gepaard gaande met lichamelijke klachten, stemmings- en/of gedragsveranderingen'.

Vervolgens heeft Schröer een beperkt onderzoek uitgevoerd naar de betrouwbaarheid van de diagnose overspanning. Ruim honderd verzuimgevallen die door een zestal verzekeringsgeneeskundigen waren gediagnostiseerd, zijn als papieren patiënten voorgelegd aan een panel van twee huisartsen, een psychiater en een verzekeringsgeneeskundige. De algemene inter-beoordelaarbetrouwbaarheid kappa bedraagt 0,71. Lang niet slecht, als men bedenkt dat de beoordeling is gedaan zonder instructies vooraf over de te hanteren criteria.

Ter voorbereiding van het hoofdonderzoek geeft Schröer tevens een overzicht van het onderzoek naar factoren die de verzuimduur en de afloop van het verzuim – in het bijzonder de WAO-intrede – beïnvloeden.

Hoofdonderzoek

Het hoofdonderzoek behelst een intensieve studie van een cohort werknemers die wegens overspanning minstens vier weken hun werk verzuimden. Zij werden geworven via een districtskantoor van het Gemeenschappelijk Ad-

ministratiekantoor (GAK) in Limburg. Van de 208 aangeschreven werknemers bleken er 114 bereid aan het onderzoek mee te doen.

Tijdens een eerste interview werd een groot aantal gegevens verzameld betreffende de persoon, het bedrijf, de arbeidsplaats, de ziektegeschiedenis, het ziektebeeld, het ziektegedrag en het hulpzoekgedrag. Zolang het verzuim voortduurde, werden de respondenten om de 4-6 weken (meestal telefonisch) geïnterviewd. Tenslotte werden de respondenten nog een keer geïnterviewd één jaar na de ziekmelding. Daarnaast werden de meeste huisartsen en de betrokken verzekeringsgeneeskundigen geïnterviewd.

Dit alles leverde een schat aan gegevens op; ik zal de belangrijkste hieronder vermelden. Het ziektebeeld overspanning werd bij ruim driekwart van de respondenten gekenmerkt door klachten behorend bij het hyperesthetisch-emotioneel syndroom, zoals huilen, concentratiezwakte, nervositeit, slapeloosheid, moeheid, eetstoornissen, hoofdpijn, depressiviteit, lusteloosheid, prikkelbaarheid, zweten en duizeligheid. In bijna een kwart van de gevallen was er alleen sprake van lichamelijke klachten. De gemiddelde scores op de SCL-90 (een vragenlijst voor psychopathologie) waren duidelijk hoger dan de gemiddelden van een normale normpopulatie, en komen dicht in de buurt van een poliklinische psychiatrische normpopulatie.

Huisarts

De respondenten zochten de oorzaken van hun klachten het meest in de werksituatie (onder andere werkdruk, sfeer, conflicten) en/of in de thuissituatie (onder andere problemen van huisgenoten of familie, overlijden van naasten, relatieproblemen). De huisartsen beschouwden vaker dan de respondenten ook de persoonlijkheid van de patiënten als oorzaak van de overspanning. De verzekeringsgeneeskundigen sloten in hun visie nauw bij de werknemers aan.

De verzuimduur bedroeg voor meer dan de helft van de respondenten meer dan drie maanden, en voor bijna een derde meer dan een half jaar. Iets meer dan de helft keerde naar het eigen werk terug, terwijl een op de vijf respondenten na een jaar in de WAO te belandde. De meeste overigen namen of kregen ontslag; zij traden elders in dienst of werden werkloos.

De meeste overspannen werknemers kwamen rond het moment van hun ziekmelding bij hun huisarts terecht. Deze beperkte zich meestal (ook later in de verzuimperiode) tot het adviseren van rust en het terugbestellen van de patiënt; voorts kreeg de helft van de patiënten

op enig moment kalmerende middelen voorgeschreven. Werkhervattingsadviezen werden slechts in een enkel geval gegeven. Verder kwamen meer overspannen patiënten bij somatische specialisten en fysiotherapeuten terecht dan bij een GGZ-instelling of bij het algemeen maatschappelijk werk. De huisartsen verwezen zelden naar de verzekeringsgeneeskundige of bedrijfsgeneeskundige sector. Overleg tussen een huisarts en iemand uit die sectoren was eveneens een zeldzaamheid.

De betrokken verzekeringsgeneeskundige had in de meeste gevallen geen enkel contact met het bedrijf. Een bedrijfsarts was slechts in 40 procent van de gevallen beschikbaar, en werd slechts in de helft van die gevallen ingeschakeld.

Bijna de helft van het proefschrift is gewijd aan een poging het verzuimbeloop bij overspanning te verklaren vanuit de persoon, de problematiek, het bedrijf, de arbeidsplaats, en het handelen van de huisarts en de verzekeringsgeneeskundige. Of overspannen werknemers terugkeren naar hun eigen werk, hangt voornamelijk af van het bedrijf. Bedrijven die problemen van hun werknemers serieus nemen, die beschikken over bedrijfsgezondheidszorg en/of over bedrijfsmaatschappelijk werk, en die in staat zijn hun werknemers lang in dienst te houden, laten meer overspannen werknemers terugkeren. Is terugkeer naar het eigen werk niet haalbaar, dan is de keuze ontslag of WAO. Oudere werknemers met een langere staat van dienst belanden dan vaker in de WAO. Mensen die steun ondervinden van het thuisfront, kiezen vaker voor ontslag om hun geluk te beproeven op de arbeidsmarkt.

De verzuimduur in geval van terugkeer naar het eigen werk kan voor een deel verklaard worden door de aard en de ernst van de overspanning en het (daarmee samenhangende) gebruik van psychofarmaca. Verder verlengen verwijzingen van de huisarts om begrijpelijke redenen de duur van het ziekteverzuim.

Nu komen we op de enige misser die ik heb kunnen ontdekken in het onderzoek. Tegen de verwachting in blijken contacten tussen de verzekeringsgeneeskundige en het bedrijf samen te hangen met een langer ziekteverzuim. Schröer blijft deze bevinding tegen beter weten in interpreteren als zouden verzekeringsgeneeskundige contacten met het bedrijf een langere verzuimduur veroorzaken. Dan zou men dus verzekeringsgeneeskundigen en bedrijven moeten adviseren geen contact met elkaar te zoeken om het ziekteverzuim bij overspanning te beperken. Dat lijkt me onhoudbaar.

Alleen

'Overspannen werknemers staan alleen', schrijft de Volkskrant (15-2-93) naar aanleiding van het onderzoek van Schröer. Inderdaad dringt deze schrijvende conclusie zich onweersaanbaar op bij lezing van het proefschrift. De huisarts, de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsarts hebben ieder de pretentie de aangewezene te zijn voor het *case management* bij overspanning. In de praktijk laten ze het meestal alledrie afweten. Weliswaar hebben de meeste overspannen werknemers een of meer (gemiddeld 5) contacten met hun huisarts en met de verzekeringsgeneeskundige (gemiddeld 3), maar dezen stellen zich nogal afwachtend op, tot het contact met de patiënt in de loop van de verzuimperiode verloren gaat. Aan de (werk)problemen wordt nauwelijks iets gedaan. De bedrijfsarts is de grote afwezige. Het komt er dus op neer 'dat het aan de werknemer overgelaten wordt het herstel- en verzuimbeëindigingsproces zelf te sturen in een situatie, namelijk van overspanning, dat deze nu juist daartoe het minst in staat is'.

Mijns inziens slaat Schröer hier de spijker op de kop. Wat hij ons laat zien, raakt mij des te meer, omdat ik op grond van eigen ervaringen de indruk heb dat het lang niet zo beroerd hoeft af te lopen voor onze overspannen patiënten. Hoewel het ongebruikelijk is als recensent eigen werk aan te halen, zou ik op dit punt toch een vergelijking willen maken met de resultaten die ik zelf behaal met een meer actieve begeleiding (zie ook Practitioner NI 1992; 9: 385-8; Huisarts Wet 1986; 29: 261-4; Med Contact 1988; 43: 1495-8). De bevindingen van Schröer plaatsen mijn resultaten namelijk in een schokkend perspectief.

**Verzuimduur en verzuimbeloop.
Percentages**

	Schröer 1988/89	Terluin 1983/84
Verzuimduur	n=204	n=92*
4- 8 weken	29	47
9-12 weken	14	28
13-25 weken	27	20
26-51 weken	7	4
52 weken	22	1
Verzuimbeloop	n=114	n=92*
Terugkeer	54	92
Ontslag	21	7
WAO	20	1

* Alleen patiënten met surmenage die langer dan vijf weken verzuimden.

Weliswaar is er een verschil in tijd, regio en populatie, maar het lijkt me dat dit het enorme verschil niet kan 'wegverklaren'. Schröer maakt het zelf aannemelijk dat er geen verschil is in het hanteren van de diagnoses overspanning en surmenage. Het lijkt me dus dat er nog wel wat verbeterd zou kunnen worden aan de begeleiding van overspannen patiënten. In elk geval maakt het proefschrift van Schröer ons huisartsen duidelijk dat het lang niet in alle gevallen van overspanning vanzelf goed komt.

B. Terluin

Handboek psychosociale therapie

Bouwkamp R, De Vries S. Amersfoort: College uitgevers, 1992; 547 bladzijden, prijs NLG 99,-. ISBN 90-5256-072-2. Te bestellen bij Academische Uitgeverij Amersfoort bv, Postbus 395, 3800 AJ Amersfoort.

Na twintig jaar is eindelijk de nevel die nog steeds hing rond de ervaringsgerichte gezins- en relatietherapie volgens Walter Kempler, volledig opgetrokken door het verschijnen van dit fraaie, vriendelijk ogende en goed leesbare boek. Psychosociale therapie staat in dit boek voor een integrale, directe en persoonlijk gerichte benadering van psychosociale problemen van individuen binnen de context van hun leefomgeving, in casu partnerrelatie, gezin, vrienden- of familiekring. De psychosociale therapie richt zich op het gebied tussen het eenmalige, praktische advies en de specialistische psychotherapie. Dat zijn bij uitstek de problemen waar huisartsen en maatschappelijk werkenden dagelijks mee geconfronteerd worden.

Wat tot voor kort voornamelijk via de praktisch gerichte opleiding voor gezinsbehandeling aan het Kempler Instituut werd overgedragen, staat nu op een gedegen en overzichtelijke manier op papier. De schrijvers hebben vastgelegd wat ze al doende in hun (psycho)therapeutische praktijk aan ideeëngoed en theorie hebben ontwikkeld. Doordat het een boek is van praktijkmensen die hun vak beschrijven, is het een leesbaar boek: concreet en helder, niet wegzwevend in alleen voor specialisten begrijpbare theoretische beschouwingen. Het boek staat vol met casuïstiek. Slechts in het begin werkt de gedegenheid waarmee het boek geschreven is, in zijn nadeel. De plaatsbepaling van de psychosociale therapie in GGZ-land is misschien nodig, maar voor buitenstaanders minder interessant.

Het kader van fundamentele begrippen en waarden, waar binnen de psychosociale therapie van wordt uitgegaan, krijgt veel aandacht in de hoofdstukken 5 t/m 8. Los van de context van de psychosociale therapie zijn dit lezenswaardige hoofdstukken, die tot nadenken stemmen over bijvoorbeeld de positie die de huisarts kiest in de dagelijkse contacten met zijn patiënten.

Het tweede deel van het boek behandelt de 'praktijk'. Op een gestructureerde manier wordt de methodische aanpak van psychosociale problemen beschreven. Stap voor stap wordt de lezer meegevoerd in het hulpverleningsproces. Obstaten en valkuilen worden tegelijk meegenomen; het worden in deze methodiekbeschrijving de ingrediënten die vast deel uitmaken van ons dagelijks werk. Vallen en opstaan wordt zo het kwaliteitskenmerk van oprecht vakmanschap.

Het boek is uitermate geschikt voor de beroepsopleiding: opleiders krijgen hiermee de beschikking over een kant-en-klare methodiek; aanstaande huisartsen vinden in dit boek een stapsgewijze leidraad voor de dagelijkse praktijk. Buiten de opleiding is het boek een 'must' voor huisartsen met belangstelling voor psychosociale problemen.

Twan Driessen

Doctors and their feelings

Maoz B, Rabinowitz S, Herz M, Katz HE. Westport: Praeger / London: Greenwood, 1992; 150 bladzijden, prijs GBP 37.37 (NLG 134,10). ISBN 0-275-93990-1.

Meer dan artszen zich in het algemeen bij de dagelijkse uitoefening van hun beroep realiseren, spelen persoonlijke en culturele achtergronden een belangrijke rol in de arts-patiënt relatie. Hierbij valt te denken aan normen en waarden, (voor)oordelen, levenservaring, statuskwesities, rolopvattingen, positieve en negatieve gevoelens en emotionele reacties die de patiënten oproepen. Omdat zij een rol spelen binnen het contact van de arts met de patiënt, beïnvloeden zij mede het medisch probleemoplossend proces.

Sinds het baanbrekende werk van Michael Balint is er binnen de huisartsgeneeskunde altijd aandacht geweest voor de onderliggende psychodynamische processen van de arts-patiënt relatie, en met name voor de rol die de dokter zelf hierin speelt. Ook binnen de beroepsopleiding tot huisarts wordt bij het uitwisselen van ervaringen, in supervisie en in trainingen veel aandacht besteed aan het persoon-

lijk functioneren. In de CCBOH-rapportage wordt dit gebied zelfs genoemd als een van de vier hoofdtaken.

In dit boek wordt ingegaan op een diversiteit aan gevoelens die in de interpersoonlijke communicatie in de context van de ontmoeting tussen arts en patiënt aan de orde kunnen komen. Ook bespreken de auteurs de betekenis en de complexiteit van deze gevoelens. Het gaat om een beschrijvende studie, gebaseerd op de ervaringen van de vier auteurs met Balint-groepen en met medisch onderwijs, met name in de huisartsopleiding in Israël. De vier auteurs hebben als een team gewerkt en in een van de eerste hoofdstukken doen zij verslag hiervan. Ook geven zij iets weer van hun persoonlijke betrokkenheid bij het thema en hun geloof in het belang ervan voor het medisch probleem-oplossen. Het boek is met name bestemd voor huisartsen en voor degenen die betrokken zijn bij medisch onderwijs.

De eerste vier hoofdstukken hebben een inleidend karakter met onder andere een interessant overzicht van de hoofdzakelijk Angelsaksische literatuur over theoretische achtergronden, modellen en scholen. De literatuurstudie vormt een legitimatie voor het belang van de arts-patiënt relatie en de gevoelens en emoties van de arts, inclusief de gedragsconsequenties jegens de patiënt. Zij geeft tevens inzicht in de manier waarop hierover op wetenschappelijke wijze in de geneeskunde wordt gedacht.

In een tiental hoofdstukken, de kern van het boek, wordt vervolgens een aantal belangrijke gevoelens c.q. gedragsaspecten behandeld. Zo wordt ingegaan op (de vergroting van) de bereidheid tot luisteren, op gevoelens van hulpeloosheid, op de diverse vormen van afwijzing door de huisarts (onder meer door verwijzing!), op gevoelens van agressie, enz. Een open dialoog tussen patiënt en dokter wordt ook bevorderd, doordat de arts zich bewust is van zijn verdedigingsmechanismen en doordat de arts weet om te gaan met gevoelens van intimiteit en hierbij ook grenzen weet aan te geven. Een apart hoofdstuk wordt gewijd aan het basale gevoel hoe plezierig het kan zijn om als huisarts te kunnen werken.

In de laatste hoofdstukken wordt ingegaan op enkele leermethoden die kunnen dienen ter verbetering van de communicatie en ter vergroting van de gevoeligheid in de omgang met eigen emoties. Aan de orde komen methoden als supervisie, Balint-sessies en de 'emotive process stimulation - EPS'. Deze laatste methode is erop gericht huisartsen in opleiding en huisartsen met behulp van video-opnamen en nabesprekingen in kleine groepen ontvankelijk-

ker te maken voor de betekenis van de eigen gevoelens en voor de gevoelens van patiënten. Het boek eindigt, waar ook de deskundigheid van de huisarts stopt: bij psychotherapeutische interventies en de verwijzing hiervoor. In het laatste hoofdstuk wordt hieraan aandacht besteed.

Het boek zet soms wat breed in, met name in de inleidende hoofdstukken. De omgang met psychosociale problemen, de verwevenheid van gezondheids- en levensproblemen, de arts-patiënt relatie en het persoonlijk functioneren van de huisarts komen alle aan de orde, ofschoon de nadruk op het laatste ligt. In de kernhoofdstukken zijn aanpak en opzet en ook het niveau soms nogal verschillend, zonder dat hiervoor een verklaring wordt gegeven.

Het boek is geen leerboek met concrete aanwijzingen voor het handelen. Door het beschrijvende karakter zet het vooral aan tot reflectie en verdieping. Ook vormt het geschikte achtergrondliteratuur bij supervisie, training en groeps gesprekken. Het boek lijkt mij vooral geschikt voor huisartsen die reeds enige ervaring hebben en die bereid zijn zichzelf en hun gevoelens ter discussie te stellen, en voor huisartsen in opleiding. Docenten die betrokken zijn bij het onderwijs in sociale vaardigheden kunnen de behandelde aspecten wellicht vertalen in oefenprogramma's voor studenten.

J.M.H. op 't Root

Huisarts en kankerpatiënt

Van Aarnhem AMS, Slee PhTh.J. Utrecht: Bunge, 1992; 109 pagina's, prijs NLG 35,-. ISBN 90.6348.147.0.

Dit boek, geschreven door een huisarts en een oncoloog, beoogt de specifieke huisarts-geneeskundige aspecten van de zorg voor kankerpatiënten en hun familie te belichten. De auteurs stellen dat zij duidelijk willen maken dat er voor de huisarts een belangrijke taak ligt bij de behandeling en begeleiding van kankerpatiënten, en dat voor een goede zorg kennis van de oncologie onmisbaar is. Het accent ligt dan ook sterk op het overdragen van oncologische kennis. Zo wordt uitvoerig ingegaan op de huidige stand van zaken ten aanzien van diagnostiek en therapie van mamma-, long-, darm-, prostaat-, en ovariumcarcinoom, een gemetastaseerde onbekende primaire tumor, de ziekte van Hodgkin en de ziekte van Kahler. Aan de hand van casuïstiek wordt het ziekteproces dat een patiënt met een bepaalde tumor doorloopt, besproken en worden vragen gesteld die de

auteurs voor de huisarts van belang achten (zoals in hoeverre een bepaald onderzoek een carcinoom uitsluit, wat de therapie is, welke respons men mag verwachten, welke bijwerkingen kunnen optreden, wat de waarde is van tumormarkers en hoe men de controle het beste kan regelen). Dit alles is zeer lezenswaard. Achterin treft men nog een lijst aan van 25 cytostatica met hun belangrijkste bijwerkingen.

De auteurs maken duidelijk hoe complex en veelzijdig de taak van de huisarts is met betrekking tot de begeleiding van patiënt en familie. Regelmatig wordt de vraag gesteld welke taak de huisarts in een bepaalde fase heeft. Er wordt gewezen op het belang als huisarts aandacht te besteden aan zowel de levensbedreigende complicaties die door de behandeling kunnen optreden, als aan de minder duidelijke maar wel hinderlijke bijwerkingen, zoals algemene malaiseklachten. De psychosociale taken van de huisarts worden ook regelmatig aangestipt, maar worden naar mijn smaak wat weinig uitgewerkt. Er wordt bijvoorbeeld geen enkele keer aangehaakt bij de relevante literatuur die op dit terrein wel degelijk beschikbaar is. In een tweetal hoofdstukken komen de mogelijkheden voor de patiënt om thuis te blijven en thuis te sterven aan de orde (inclusief pijnbestrijding) en wordt ook aandacht besteed aan de nazorg voor de nabestaanden.

Tenslotte wijden de auteurs, zich daarvoor enigszins verontschuldigend, een hoofdstuk aan alternatieve behandelwijzen. Ik vind het jammer dat zij de 'alternatieve' geneeswijzen daarbij in een adem noemen met de psychologische benaderingen. Daardoor komt deze laatste benadering onvoldoende tot zijn recht. Er staat ook een vervelende fout in dit hoofdstuk. Het is eenvoudig onjuist om de Simon-therapie te beschrijven als een methode die onder meer zou bestaan uit het afnemen van een 'psychologische test'. Ik vraag mij af of de auteurs zich in deze thematiek (alternatieve en psychologische benaderingswijzen) wel voldoende hebben verdiept; het onderwerp heeft duidelijk niet hun interesse. Dit laatste hoofdstuk bevat, mijns inziens, dan ook nauwelijks relevante informatie.

Alles bij elkaar is het boek voor huisartsen en huisartsen in opleiding echter zeker de moeite waard.

Marina Kuyper