

Heeft de huisarts een taak bij verzuim door werkconflicten?

C. VAN BOVEN
I.M. OKKES

Van Boven C, Okkes IM. Heeft de huisarts een taak bij verzuim door werkconflicten? Huisarts Wet 1999;42(5):216-9.

Met een zekere regelmaat spreken patiënten met hun huisarts over arbeidsconflicten. Een arbeidsconflict kan er toe leiden dat de patiënt klachten ontwikkelt waardoor werken niet meer mogelijk is. Aan de hand van de casus illustreren wij het gevaar van de medicalisering van een arbeidsconflict, wanneer bijvoorbeeld ten onrechte een psychische stoornis wordt gediagnosticeerd. De taak van de huisarts bij een patiënt met klachten ten gevolge van een arbeidsconflict is steunend en begeleidend, waarbij de patiënt geadviseerd wordt om het conflict met de Arbo-arts te bespreken.

dr. C. van Boven, huisarts, Botniasteeg 20, 8801 KJ Franeker; dr. I.M. Okkes, AMC/ Universiteit van Amsterdam, Divisie Public Health, Afdeling Huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: dr. C. van Boven.

Inleiding

Huisartsen hebben op verschillende manieren te maken met patiënten met werkproblemen. Vaak op min of meer informele wijze: patiënten vertellen hun huisarts geregeld over onaangename of ronduit onacceptabele werkverhoudingen, zonder dat daarvoor de hulp van de huisarts wordt ingeroepen. Hoe vaak conflicten op het werk de reden zijn om het werk te verzuimen, is onbekend, maar wel hebben we een beeld van het aantal mensen dat zich expliciet met werkproblemen tot de huisarts wendt.

Het probleem dat wij centraal stellen in dit artikel, is de valkuil van de medicalisering van het werkconflict. Wij bespreken dit aan de hand van een ziektegeschiedenis uit de praktijk (van CvB). De epidemiologische gegevens uit het Transitieproject rond de gang van zaken (klachten, diagnostiek en beleid) bij 'werkproblemen' in de huisartspraktijk vormen de achtergrond van dit artikel. De patiënte uit de casus heeft de oorspronkelijke beschrijving van de huisarts schriftelijk aangevuld; de rechtstreeks van de patiënte afkomstige tekst staat cursief gedrukt.

Casus

Patiënte is een 28-jarige vrouw die al jaren in de praktijk staat ingeschreven. In haar voorgeschiedenis heeft zich niets bijzonders voorgedaan: het contact verliep tot voor kort vrijwel volledig via de assistente, bij wie herhalingsrecepten voor de pil werden aangevraagd. Eind januari 1998 ziet de huisarts haar op het spreekuur. Ze vertelt dat ze sinds vijf jaar drie dagen per week als groepsleidster in een dagcentrum voor gedragsgestoorde (agressieve) verstandelijk gehandicapten werkt; al na een paar zinnen barst zij in tranen uit.

Ik wil uitleggen wat er is, maar na drie woorden zit ik alweer te janken. Hier word ik boos van, want ik wil mijn verhaal duidelijk vertellen (bang dat ik weer niet begrepen zal worden). Maar er is ook ergernis, omdat ik niet meer de baas over mijzelf ben. Ik wil ook alles beredeneren en duidelijk maken dat ik dan wel emotioneel

overbelast ben, maar dat dit niet betekent dat ik gek ben.

Ik had totaal geen ervaring met verstandelijk gehandicapten, laat staan met agressieve. Maar je begint gewoon. Na een paar weken gaven wij (de collega's en ikzelf) aan dat we meer ondersteuning nodig hadden, omdat er te veel agressie was. Deze ondersteuning kwam niet, omdat er geen geld voor was.

Wij worstelden ons (vaak letterlijk) door het eerste jaar heen. Dan raakt de orthopedagoog overspannen. Wij vragen om vervanging, die er niet komt. Anderhalf jaar doen wij het zonder, ondanks de gecompliceerde hulpvraag van onze bezoekers. Er is sprake van een onderschatting van de problematiek en een overschatting van het personeel. Als ik mijn ongenoegen over de situatie kenbaar maak bij mijn baas beantwoordt zij dit met allerlei regels en stelt voor dat ik de dag maar lachend moet beginnen, 'dan valt het allemaal wel mee'. Mijn collega's krijgen te horen dat zij maar een andere baan moeten zoeken.

Na 2,5 jaar verwacht ik niets meer van mijn baas en zorg ik ervoor dat ik mijn eigen zaakjes voor elkaar heb. Toch wil ik mij er niet bij neerleggen. Wel merk ik dat ik mijn vakanties nodig heb om bij te tanken en om afstand van mijn werk te kunnen nemen. Dan vertrekt de baas en krijgen wij een nieuwe. Wij zien de toekomst weer met vertrouwen tegemoet. Onze problemen worden (na vier jaar!) erkend en wij zijn weer enthousiast. Dan komt er een nieuwe aanmelding voor een zeer agressieve bezoeker. Wij geven aan deze bezoeker nu niet in onze groep te kunnen opnemen. Desondanks komt hij.

En dan gebeuren er allerlei dingen waardoor ik voel dat de zaken mij door de vingers glippen. Ik heb geen controle meer over mijn emoties. Ik bespreek dat met mijn baas. Na twee weken vakantie ben ik niet uitgerust en op het werk blijkt van alles niet geregeld. Ik voel mij behoorlijk belazerd en na een vergadering barst bij mij de bom. Van alle kanten hebben wij (mijn collega's en ik) tijdens de vergadering laten horen dat het niet lekker loopt en dat wij ondersteuning missen. De baas is het daar niet mee eens en vindt dat wij gewoon

door moeten gaan. Ik ga naar huis en meld mij voor de rest van de week ziek. De rest van de week zal een half jaar worden.

De huisarts luistert en sluit door aanvullende vragen het bestaan van een depressieve stoornis uit.¹ Patiënte is naar de mening van de huisarts overbelast ten gevolge van een te grote draaglast en heeft veel symptomen die kenmerkend zijn voor surmenage.² Er is geen sprake van een psychische stoornis. Hij adviseert haar niet al te snel weer aan het werk te gaan, maar wel bezig te blijven: op bezoek gaan bij vrienden, of simpele karweitjes verrichten. Afgesproken wordt dat zij pas contact met haar werkgever zal opnemen, wanneer zij zich daartoe in staat voelt, en dat ze over een week of twee weer op het spreekuur zal komen.

Daarna volgen over een periode van vijf maanden nog zes gesprekken; daarin gaat het vooral om hoe het met haar gaat, maar ook komt de inhoud van het conflict ter sprake. Na de eerste opluchting gaat het volgens patiënte aanvankelijk steeds slechter.

Zodra ik thuis zit gaat het pas echt mis. Ik huil op de meest vreemde momenten en ben vreselijk moe. Ik kan mij moeilijk concentreren en ben soms erg uitbundig. Van dit laatste schrik ik het meest, net of ik een tijd afgevlakt ben geweest. Ik neem zelf initiatieven naar het werk toe en bel. Mijn vriend kan wel 100 keer zeggen dat ik mijn werk moet loslaten, ik weet wel beter. Achteraf blijkt dit niet goed te zijn. Ik word zo emotioneel als ik mijn baas bel, dat een echt gesprek niet mogelijk is. Hij stelt mij voor professionele hulp te zoeken. Dat is een klap. Ik krijg het gevoel dat alles aan mij ligt, ik moet maar veranderen, bij mij gaan dingen verkeerd. En dit terwijl ik het andersom beleef.

Het contact met de ARBO-arts verloopt moeizaam, en diens adviezen pakken volgens patiënte helemaal verkeerd uit.

Het komt erop neer dat het slecht met mij gaat en dat ik mij op de toekomst moet beraden. 'Wil je wel verder in dit vak? Je bent nog jong en je kunt nog genoeg andere kanten op. Daarnaast moet je je werk

loslaten want dat heb je nog steeds niet gedaan.' Al met al sta ik na een kwartier weer op straat, totaal van de kaart.

Ik ga steeds meer geloven dat het mijn eigen schuld is. In deze periode huil ik ook echt goed.

In deze fase bespreken huisarts en patiënte op het spreekuur vooral de betekenis van haar huilen, de machteloze woede die daarachter zit, en het verdriet niet te kunnen voldoen aan haar eigen verwachtingen, die duidelijk te hoog gesteld zijn. Er is beslist geen sprake van een depressieve stoornis, en evenmin is er reden voor de diagnose 'depressief gevoel': aard en omvang van het werkconflict vormen een voldoende legitimering voor haar gevoelens. De huisarts zegt het niet eens te zijn met het advies van de Arbo-arts dat patiënte zich zou moeten beraden op de toekomst: dit advies komt hoe dan ook te vroeg.

Je valt in een put en de eerste tijd doe je niets anders dan proberen er weer uit te komen, maar je valt steeds terug. Tot je op een gegeven moment eerst eens blijft zitten en om je heen gaat kijken hoe je het beste boven kunt komen. Als je zo thuis zit, word je gedwongen naar jezelf te kijken. Nu weet ik dat ik veel te hoge verwachtingen had van mijn werk. Ik verwachtte ondersteuning wanneer ik dit nodig had. Maar zo werkt het niet. Het dagcentrum is een bedrijf en dat bedrijf past niet op je, dat moet je zelf doen. Ik was te betrokken en ik liet me gaan, ging over mijn grenzen. Niemand die stop tegen me zegt, je moet dat zelf doen.

In mei 1998 ziet de huisarts de patiënte voor het laatst vanwege het werkprobleem. Het gaat langzamerhand beter en ze voelt zich niet meer zo verdrietig; hoewel het conflict niet is opgelost, gaat patiënte na overleg met haar baas in juli weer aan het werk.

Ik heb besloten weer aan het werk te gaan hoewel de pijn over het gebeurde nog niet helemaal weg is. Langer wachten maakt de drempel om weer te beginnen alleen maar hoger. Ik heb heel sterk het gevoel dat ik de enige ben die dat kan bepalen. Als

je 'ziek' bent heb je de neiging om naar anderen te luisteren omdat je het zelf ook allemaal niet weet. Wanneer je de touwtjes zelf weer in handen neemt ben je beter. Ik ben mijzelf ervan bewust dat het nu redelijk goed gaat maar ik heb niet de illusie dat dit mij nooit weer zal kunnen overkomen. Ik ben nog steeds fel en betrokken. Ik denk dat ik in het vervolg beter naar mijzelf zal luisteren, maar zeker ben ik hier niet van (juli 1998).

Huisartsgeneeskundige zorg bij werkproblemen

Blijkens het Transitieproject, met 1337 geregistreerde episoden werkproblemen, komen jaarlijks (gestandaardiseerd voor de Nederlandse bevolking in 1995) 13 per 1000 ingeschreven patiënten naar het spreekuur met de contactreden 'problemen met de werksituatie', van wie zes aan het begin van een episode; dat betekent dat de huisarts in een 'gemiddelde praktijk' rond 15 keer per jaar een patiënt ziet die met deze contactreden een episode begint.³

Als patiënten expliciet vanwege werkproblemen naar het spreekuur komen, stelt de huisarts vrijwel altijd (>90% van de gevallen) de gelijknamige diagnose (ICPC-code Z05) en dus *niet* een diagnose die verwijst naar een psychische stoornis. De huisarts stelt de diagnose 'werkproblemen' – op basis van anamnese en het gesprek met de patiënt – overigens ook wel naar aanleiding van andere contactredenen zoals: gespannenheid (11%), vermoeidheid (7%) en stressreactie (5%). Van de episoden 'werkproblemen' begint 6 procent op initiatief van de huisarts; lichamelijke klachten als hoofdpijn, duizeligheid en maagpijn blijken slechts zelden tot de diagnose 'werkproblemen' te leiden.

Natuurlijk zegt deze diagnose nog niets over de eventuele gevolgen ervan voor de patiënt: de patiënt kan daarnaast (post aut propter) óók psychische problematiek hebben. Dat blijkt ook zo te zijn: de comorbiditeit van werkproblemen is op zichzelf niet bijzonder hoog, maar bevat vooral meer psychische en sociale proble-

matiek dan op grond van het toeval verwacht mocht worden.⁴ Ook stoornissen van de maagfunctie, ulcera duodeni, moeheid, spastisch colon en lage-rugpijn komen relatief veel voor bij patiënten met een episode 'werkproblemen'.

In bijna tweederde van de gevallen bestaat de episode uit slechts één contact met de patiënt, in 10 procent van de gevallen uit meer dan drie contacten. De huisarts adviseert vooral (57%) en/of voert een therapeutisch gesprek (44%); slechts zelden verwijst hij naar het maatschappelijk werk (5%) of naar de specialist (1%).

Casusbespreking

In deze casus is de huisarts van mening dat de patiënte zich terecht heeft ziek gemeld; in zijn elektronische patiëntenkaart heeft hij haar als diagnose de ICPC-codes Z05 (werkproblemen) en P02 (acute stress/voorbijgaande situationele stoornis) gegeven. Zij is niet meer in staat om de werkproblematiek te hanteren. Waar het daarbij om draait, is dat zij een werkprobleem/conflict heeft waarvan de oplossing niet in een huisartsgeneeskundige therapie ligt, maar in verbetering van haar werkomstandigheden. Ziekmelding is binnen de Nederlandse verhoudingen in feite de enige manier voor een werknemer om (tijdelijk) te ontsnappen aan slechte werkomstandigheden.

Haar baas en de Arbo-arts hebben een andere visie op de situatie, gezien het feit dat zij haar adviseren psychische hulp of een andere baan te zoeken. Zij wijten de problemen niet aan een te zware 'belasting', maar aan een te geringe 'draagkracht' en/of een tekort aan andere capaciteiten van patiënte; als zij haar een diagnose zouden geven, zou dat waarschijnlijk een 'psychische stoornis' zijn. Wie heeft gelijk?

Wie 'objectief' gelijk heeft, wordt hier buiten beschouwing gelaten: daarover is weinig zinvol te zeggen. Evenmin kunnen we stellen 'dat de waarheid wel in het midden zal liggen' en dat het draaglast-draagkrachtparadigma impliceert dat 'waar er twee kijden, er ook wel twee schuld zullen hebben'. Waar het om gaat,

is dat patiënte naar het professionele onderdeel van de huisarts overbelast is als gevolg van een werkconflict en daarvan klachten ondervindt. En de oplossing van het werkconflict is – anders dan bij bijvoorbeeld een depressieve stoornis – geen onderdeel van huisartsgeneeskundige zorg (en kan dat per definitie niet zijn). Slecht gedoseerde geneeskundige begeleiding kan de positie van de patiënt schaden, zeker als er in het systeem rond de loonderving ruimte komt om haar een 'psychische diagnose' te geven. Als de huisarts haar de diagnose 'surmenage' (ICPC-code P78) of 'depressieve stoornis' (P76) en niet (ook) de diagnose 'werkproblemen' geeft, kan hij er ongewild aan bijdragen dat zij uiteindelijk als ongeschikt voor haar functie wordt aangemerkt en op termijn wordt ontslagen.

De begeleiding door de huisarts is vooral ondersteunend geweest. Een verbetering van de werkomstandigheden heeft niet plaatsgevonden. Wel heeft patiënte zich voldoende hersteld en is zij weer aan het werk gegaan.

Beschouwing

Huisartsen hebben geregeld te maken met patiënten met werkproblemen. Mensen die expliciet met deze contactreden naar het spreekuur komen, krijgen vrijwel altijd de diagnose werkproblemen, ook als er daarnaast tevens sprake is van psychische problematiek. Daarmee geven ze formeel de grenzen van hun verantwoordelijkheid aan, en – tot op zekere hoogte – die van de patiënt. Als de patiënt (al dan niet na externe druk) bij de huisarts komt om een arbeidsconflict te bespreken, draait het vooral om de vraag of er sprake is van een psychische aandoening, of van ziekte of klachten op basis van een arbeidsconflict.

'Surmenage' en 'depressieve stoornis' zijn diagnoses die op dat moment als het ware het juk van verantwoordelijkheid van de schouders van de patiënt kunnen nemen, en die dus – voor huisarts én patiënt – 'verleidelijk' kunnen zijn om voor enige tijd gelegitimeerde rust voor de patiënt te creëren. Maar als zo'n diagnose

niet van toepassing is, en het de patiënt ontbreekt aan mogelijkheden om iets aan het conflict te doen (zoals in de hier beschreven casus het geval is), dan moet het probleem gelegd worden waar het hoort. Een écht werkconflict is niet primair de zorg van de huisarts, maar van de Arbo-arts; deze kent de organisatie en de overlegmogelijkheden die er binnen het bedrijf zijn.

Voorjaar 1998 verscheen het rapport 'Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers', met een gezamenlijk standpunt van de LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).⁵ Aanleiding voor het rapport vormt de recente wijziging in het stelsel van sociale zekerheid op het punt van de verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim, sociaal-medische begeleiding en controle. De taak van de bedrijfsverenigingen c.q. verzekeringsartsen is thans overgenomen door de bedrijven zelf, die wettelijk verplicht zijn zich daarbij te laten ondersteunen door gecertificeerde Arbodiensten. In het rapport wordt gepleit voor een gecoördineerde aanpak van bedrijfsarts en huisarts, in goed overleg met de werknemer en met diens *informed consent*; waar nodig zou de huisarts daartoe het initiatief moeten nemen. Betere samenwerking zou, vooral bij langdurig werkverzuim (>2 weken), de kans op spoedige werkhervatting vergroten. Vooral bij arbeidsconflicten wordt geadviseerd al in een vroeg stadium contact tussen de betrokken artsen tot stand te brengen.

Dit laatste lijkt echter, juist bij arbeidsconflicten, een twijfelachtig advies. Naar onze overtuiging kan de in het rapport bepleite samenwerking de positie en de belangen van patiënten schaden en aanleiding zijn tot een – ook in het rapport als ongewenst aangemerkte – medicalisering van arbeidsconflicten. Overleg met de huisarts kan (daarbij) af en toe zinvol zijn. Maar het initiatief daartoe dient uit te gaan van de Arbo-arts, en alleen plaats te vinden na uitdrukkelijke toestemming van de patiënt.

Heel iets anders is het als de patiënt

(post aut propter) depressief is: dan ligt het op de weg van de huisarts advocaat van zijn patiënt te zijn, en de sociaal-medische begeleiding aan te grijpen als een mogelijkheid de belangen van zijn patiënt zoveel mogelijk te beschermen. Bemoeienis van de huisarts is altijd gewenst als er klachten (eczeem, schouderklachten, etc.) optreden die samenhangen met de werk-omstandigheden of er het gevolg van zijn.

Tijdens het eerste contact rond een werkconflict is het beste advies aan de patiënt de Arbo-dienst te berichten dat hij wegens het arbeidsconflict – en niet om een andere reden – niet in staat is om te werken. Het doel is daarbij de patiënt die overbelast is en geneigd zich afhankelijk op te stellen, te helpen en duidelijk te zijn over de reden van zijn verzuim, dat – in feite ten onrechte – als ‘ziekte’ wordt geregistreerd. De huisarts doet er goed aan te wijzen op de onafhankelijke positie van de Arbo-arts, opdat de patiënt niet denkt dat de bedrijfsarts alleen het belang van het

bedrijf dient. Het machteloze gevoel van een patiënt die zich gevangen voelt in een werksituatie die zich aan zijn invloed onttrekt, kan door begeleiding van een Arbo-arts plaatsmaken voor het gevoel wel degelijk te kunnen bijdragen aan de oplossing van het conflict/probleem, maar daarvoor niet alleen verantwoordelijk te zijn.

De patiënt moet zich dus goed realiseren met wie hij welk probleem met welk doel bespreekt. Er mag niet het beeld ontstaan van de ‘beschermende huisarts’, al was het alleen maar omdat de huisarts zulke bescherming niet (meer) kan geven. Evenmin mag de gedachte postvatten dat de huisarts onder één hoedje speelt met de Arbo-arts als vertegenwoordiger van het bedrijf. De beslissing van de patiënt om met hulp van de Arbo-arts het probleem op het werk aan te pakken, voorkomt medicalisering ervan, en vergroot de kans op werkhervatting. Huisartsen en Arbo-artsen dienen zich bij sociaal-medische begeleiding voortdurend bewust te zijn van

de grenzen van hun verantwoordelijkheid jegens hun (op dat moment gemeenschappelijke) patiënten.

Literatuur

- 1 WONCA International Classification Committee. ICPC-2: International Classification of Primary Care, Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- 2 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992;35:311-5.
- 3 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk (met CD-ROM). Bussum: Coutinho, 1998.
- 4 Groen ASM, Hofmans-Okkes IM, Veltman MTM, Lamberts H. Clustercomorbiditeit in het Transitieproject. *Huisarts Wet* 1996;39:207-19.
- 5 Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers. De gezamenlijke visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Utrecht: LHV/NVAB, 1998. ■