

COMMENTAAR

Terugdringen van stagnerend arbeidsverzuim

VAN BELANG IN IEDERE SPREEKKAMER

Haije Wind, Wim Opstelten en Aart C. Hendriks

 **GERELATEERD ARTIKEL** Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D48

Werk, betaald of onbetaald, is waardevol. Het geeft zin en betekenis aan ons leven, biedt sociale contacten en heeft een groot economisch en maatschappelijk belang. Werk kan een bron zijn van ontplooiing, positieve leerervaringen en vitaliteit.¹ Als mensen niet of niet meer kunnen werken, treft dat hen niet alleen persoonlijk maar tast dat ook onze welvaart aan. Aan de vaststelling van arbeidsongeschiktheid zou dan ook een zorgvuldige afweging van beperkingen en mogelijkheden vooraf moeten gaan. In de media klinken echter veelvuldig geluiden dat een groot aantal mensen ten onrechte als arbeidsongeschikt wordt bestempeld.² Zijn wij, als artsen binnen de arbeidsgezondheidszorg en de curatieve zorg, wel voldoende alert op stagnerend ziekteverzuim? Zetten wij ons genoeg in voor re-integratie in het arbeidsproces? Doen wij iets aan preventie van verzuim?

PROBLEMATISCH VERZUIM

Elders in dit tijdschrift wordt verslag gedaan van een Nederlands onderzoek onder werknemers bij wie het ziekteverzuim langer aanhoudt dan op grond van klachten, aandoeningen, behandelingen of richtlijnen verwacht mag worden.³ Ongeveer de helft van deze zogeheten ‘problematische verzuimers’ kreeg geen adequate behandeling, een derde bleek benutbare mogelijkheden te hebben om het werk te hervatten. De auteurs geven aan dat de curatieve zorg te weinig aandacht heeft voor mogelijkheden tot werkhervatting en voor het functioneel herstel. Waar wringt de schoen?

BETERE SAMENWERKING

In de Nederlandse gezondheidszorg bestaat sinds een eeuw een scheiding tussen behandeling en beoordeling, met heldere verantwoordelijkheden voor de onderscheiden disciplines. Behandelend artsen worden niet geacht een onafhankelijk oordeel over hun eigen patiënten te geven, vooral wanneer zij de arbeidsomstandigheden van hun patiënt onvoldoende kennen. Omgekeerd is de bedrijfsarts meestal niet degene die de behandeling bepaalt. Deze scheiding van verantwoordelijkheden is op zichzelf legitiem, maar kan ertoe leiden dat het gevoel van een gemeenschappelijk belang ontbreekt, wat de communicatie tussen bedrijfsarts en behandelend arts niet ten goede komt.

De bedrijfsarts is gebaat bij goede informatie over de aard van de aandoening van de patiënt, de psychosociale context en de therapie. Het is aan de behandelend arts om de mogelijke relatie tussen klachten en werk te exploreren: soms veroorzaken de arbeidsomstandigheden de klachten, andersom kan een bepaalde aandoening of klacht consequenties hebben op het werk. In de praktijk echter kent de behandelend arts – en dat geldt ook voor de huisarts – die arbeidsomstandigheden vaak onvoldoende en betreft hij of zij deze niet of nauwelijks bij de diagnose en de behandeling. Dit terwijl de huisarts bij uitstek in de positie is om problemen vroegtijdig te signaleren en te interveniëren. Per slot gaan de meeste werkenden met gezondheidsproblemen eerst naar hun huisarts en niet, of pas later, naar hun bedrijfsarts.⁴

Wellicht leeft bij veel behandelend artsen nog de opvatting dat bedrijfsartsen te eenzijdig letten op herstel van functioneren en onvoldoende oog hebben voor andere aspecten van de gezondheid. En waarschijnlijk hebben bedrijfsartsen nogal eens de indruk dat behandelend artsen te sterk focussen op herstel van de gezondheid en onvoldoende aandacht hebben voor herstel van het functioneren en voor de context waarbinnen dat moet gebeuren. Deze beeldvorming, die door patiënten nogal eens breed wordt geëtaleerd in de spreekkamer van de huisarts, dwingt behandelend en beoordelend artsen een andere attitude te ontwikkelen, met meer begrip voor en kennis van elkaars competenties en verantwoordelijkheden. Beiden moeten het belang van de patiënt centraal stellen. Goede informatie-uitwisseling – altijd met

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Prof.dr. H. Wind, verzekeringsarts.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling

Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.

Dr. W. Opstelten, huisarts.

Universiteit Leiden.

Prof.mr.dr. A.C. Hendriks, jurist.

Contactpersoon: prof.dr. H. Wind (h.wind@amc.uva.nl).

medeweten én schriftelijke toestemming van de patiënt – kan een belangrijke bijdrage leveren aan het terugdringen van problematisch ziekteverzuim.

RICHTLIJNEN

Het is zaak dat artsen in de curatieve setting voldoende geïnformeerd worden over de arbeidsgerelateerde aspecten van klachten en aandoeningen, met name over de prognostische factoren voor werkhervatting. Richtlijnen bieden een goed handvat. Tegenwoordig wordt bij alle standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in de conceptfase commentaar gevraagd aan een vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Bij het ontwikkelen van een meer integrale visie op arbeidsgerichte zorg kan de *Blauwdruk participeren in richtlijnen* van de NVAB nuttig zijn.⁵

CONFLICTERENDE BELANGEN

In het genoemde onderzoek bleek 1 op de 3 werknemers negatief te oordelen over het re-integratietraject.³ De onderzoekers vermelden niet welke argumenten deze werknemers aandroegen, maar waarschijnlijk vonden zij dat zij niet aan het werk konden terwijl de beoordelend artsen daar wel mogelijkheden voor zagen. Niet zelden zullen patiënten een dergelijk belangenconflict voorleggen aan hun behandelend arts. Het is belangrijk dat behandelend artsen zulke vragen niet uit de weg gaan en zorgvuldig aftasten wat de oorzaak kan zijn van de mogelijke weerstand tegen werkhervatting. Het lijkt niet

onredelijk daarbij naast het individuele belang van de patiënt ook het bredere maatschappelijke belang voor het voetlicht te brengen. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor werkhervatting ligt overigens bij de bedrijfsarts, die in dit domein de regiehouder is.

CONCLUSIE

Er is een wederkerige relatie tussen arbeid en gezondheid: arbeidsproblemen kunnen zowel de oorzaak als het gevolg zijn van ziekte. Arbeidsomstandigheden spelen een rol in de spreekkamer van vrijwel iedere dokter en het is zaak ze daar ook ter sprake te brengen. Het is in het belang van de patiënt dat bedrijfsarts, huisarts en specialist zich gezamenlijk inzetten voor een zorgverlening die niet alleen gericht is op herstel van de gezondheid maar ook op adequate re-integratie in het arbeidsproces.¹ Problematisch ziekteverzuim kan alleen aangepakt worden als de behandelend en de beoordelend arts samenwerken, en dat vereist een goede onderlinge vertrouwensrelatie.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 20 april 2016.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D461

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D461**

LITERATUUR

- 1 Buijs P, Bongers P, van der Klauw D, van Genabeek J, van Putten D, Wevers C. Zorg voor werk: Hoe kan de (eerstelijns) zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking? Hoofddorp: TNO; 2014.
- 2 Helft zieke werknemers mankeert medisch niets. Trouw, 12 maart 2016.
- 3 Van der Wees PJ, Stadhouders N, Staal JB, Jeurissen PPT. Problematisch arbeidsverzuim: een kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D48.
- 4 Buijs PC. Huisarts en arbeid: een blinde vlek? Het belang van aandacht in de eerste lijn voor 'werk', en van afstemming met bedrijfsartsen. TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2013;21:256-61.
- 5 de Boer WEL, Hulshof CTJ, Stadlander MC, Sterk AHJM. Blauwdruk participeren in richtlijnen: Leidraad voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen. Utrecht: VGI/NVAB/CBO; 2010.