

# Re-integratie van werknemers met ‘moeilijke’ klachten<sup>1</sup>

Rolf Blijleven, Karin van der Maas, André Weel

### Inleiding

Dit artikel is één van de resultaten van het project *Dialooggestuurde Re-integratie* (DIA), een initiatief van Whiplash Stichting Nederland, Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging en de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid. Het artikel is gebaseerd op interviews met vijf bedrijfsartsen en één re-integratie-begeleider. Aan de interviews ging een enquête onder 27 bedrijfsartsen vooraf.<sup>(1)</sup> Met dit artikel beogen wij een eerste aanzet te geven tot de inventarisatie van *good practices* voor de re-integratie van werknemers met ‘moeilijke’ klachten. Met ‘moeilijk’ bedoelen wij dat ze vaak als moeilijk objectiveerbaar worden beschouwd, maar ook duiden wij met deze term op problemen die bedrijfsartsen bij de begeleiding kunnen ervaren. Het artikel is een praktijkverkenning onder ervaren bedrijfsartsen. Het artikel mondt uit in een aanbeveling voor een gezamenlijke aanpak bij verder onderzoek en ontwikkeling. Tenslotte formuleren wij een aantal tips voor de omgang met patiënten met ‘moeilijke’ klachten, zoals post-whiplash-syndroom, prikkelbare-darm-syndroom en ME/chronische-vermoeidheidssyndroom, maar ook andere aandoeningen.

### Vraagstelling

Welke problemen ervaren bedrijfsartsen bij re-integratie van werknemers met ‘moeilijke’ klachten?

Wat kunnen we leren van de ervaringen van bedrijfsartsen?

### Praktijkproblemen

In de interviews met de bedrijfsartsen springen een aantal praktische knelpunten naar voren bij de begeleiding van werknemers met ‘moeilijke’ klachten. Bedrijfsartsen lopen vooral tegen problemen aan rond stigmatisering, erkenning en diagnostiek, wachttijden, de houding van de werkgever, regelgeving en UWV.

Voor de klachten die horen bij de genoemde aandoeningen worden in de geneeskunde vaak verzamelingen gebruikt, zoals *somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (SOLK) of *moeilijk objectiveerbare klachten* (MOK), of functioneel syndroom. In dit jargon schuilt een risico: de patiënt kan zich gemakkelijk door zo’n term gestigmatiseerd voelen. En de arts kan geneigd zijn de klachten minder serieus te nemen, omdat er kennelijk niets te meten is en het lastig te objectiveren schijnt.

Patiënten willen graag een medische diagnose voor hun klachten. Met een diagnose komt er begrip voor de klachten en soms een weg naar een effectieve behandeling. Met een diagnose krijgen de klachten een plaats, en kunnen ervaringen met lotgenoten worden uitgewisseld. Als er geen afwijkingen gevonden zijn, neigen zowel dokters als leken tot de conclusie dat het ‘tussen de oren zit’. De patiënt voelt zich daardoor niet serieus genomen. Dat is niet bevorderlijk voor het welbevinden van de patiënt, wat weer een rem kan zijn op de terugkeer naar werk.

<sup>1</sup> Dit artikel is gepubliceerd in het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV): Blijleven, R., Van der Maas, K., Weel, A.: Re-integratie van werknemers met ‘moeilijke’ klachten. TBV 23, nr 6, juni 2015, p. 266-270.

Artsen hanteren dikwijls de term SOLK of MOK zolang er geen 'echte' diagnose te stellen is. Maar de betekenis van die termen wordt zelden goed uitgelegd aan de patiënt. SOLK of MOK is een medisch zwaktebod: het betekent in normaal Nederlands 'klachten waarvoor dokters de oorzaak niet kunnen vinden'. De vaak onuitgesproken gedachte hierachter is: 'Er is dus eigenlijk niets aan de hand'. Labels als SOLK en MOK kunnen even stigmatiserend uitpakken als het afdoen met 'het zit tussen de oren'. Het komt nog steeds voor dat patiënten met ernstige klachten zich - ook door hun bedrijfsarts - voelen weggezet als aanstellers.

We weten niet wat we niet weten. Voor langdurig aanhoudende klachten na een whiplash-trauma wordt voorzichtig enige vooruitgang geboekt.(2) Bij ME/ CVS is de afgelopen jaren de kennis over mogelijke oorzaken internationaal flink toegenomen.(3) Maar het ontbreekt nog aan een algemeen geaccepteerde diagnostische test. Bij PDS tasten we medisch nog grotendeels in het duister.

De conclusie van de specialist geeft ook niet altijd richting aan de aanpak. 'Neurologen hebben altijd alle begrip voor de patiënt met whiplash. Maar 50% van de neurologen zegt dat er geen schade aantoonbaar is, en adviseert de patiënt om zijn normale leven weer op te pakken. Dat lukt dan niet, en dan gaat iemand worstelen met de klachten', aldus een van de geïnterviewde bedrijfsartsen.

#### **CASUS: Verkoopster met PDS**

Een jonge vrouw met PDS is verkoopster in een modewinkel. Ze is af en toe een dag ziek. Klanten zijn tevreden over haar, maar reeds na enkele maanden wil de werkgever van haar af. Hij heeft, naar eigen zeggen, 'tabak van dat geouwehoer over die buik'. De bedrijfsarts adviseert meteen al 2e spoor. Verbetering van de relatie tussen de vrouw en haar werkgever zit er, met deze opstelling van de werkgever, immers niet in.

'Het hangt van de werkgever af', zegt een bedrijfsarts. 'Iemand met moeilijk objectiveerbare klachten wordt vaker door een werkgever uitgespuugd dan bijvoorbeeld iemand met schouderklachten die willens en wetens te lang blijft doorwerken, tot het niet meer gaat. Terwijl die laatste zichzelf misschien wel verwijtbaar arbeidsongeschikt heeft gemaakt, en de eerste er niets aan kan doen'.

Moeten we het dan maar aan laten komen op afkeuring? 'Een WIA-uitkering betekent een enorme terugval in inkomen. Het vangnet van vroeger is er nauwelijks meer. Daarom heb ik ook graag de partners erbij als ik dingen uitleg. De werknemer met 'moeilijke' klachten moet alles uit de kast halen om in twee jaar weer aan het werk te komen.'

De regelgeving kan schrijnende gevallen veroorzaken. 'Een CVS-patiënt van boven de 60 komt nergens meer aan de bak', aldus een van de artsen. Dus dan lukt dat 2e spoor niet, de patiënt voelt zich daardoor nog slechter en de werkgever krijgt een loonsanctie omdat de re-integratie-inspanning onvoldoende was. Zo'n verhaal kent alleen maar verliezers.'

Alle geïnterviewde artsen hebben ervaring met beslissingen van het UWV die slecht uitpakken. Als er geen duidelijke medische oorzaak voor de klachten wordt gevonden, wordt er regelmatig geen uitkering toegekend. Frustratie over houding en handelwijze van het UWV komen veel voor. Meer overleg, eerder in het re-integratietraject, tussen UWV-verzekeringsarts en bedrijfsarts zien de meeste bedrijfsartsen dan ook als wenselijk.

Een ander obstakel is de wachttijd voor de behandeling en zeker voor de revalidatie. Dit kan te maken hebben met wachttijden bij behandel- of revalidatiecentra, maar ook met diagnostisch onderzoek dat nog moet plaatsvinden om mogelijke oorzaken vast te stellen of uit te sluiten. Gericht behandelen en revalideren wordt daardoor vertraagd. Een aantal bedrijfsartsen geeft aan dat vaak juist over de (on)wenselijkheid van verder onderzoek overleg met de huisarts of specialist gewenst is. In de praktijk komt dat overleg maar moeilijk tot stand. Volle agenda's en slechte bereikbaarheid zijn daar debet aan.

#### **Positieve praktijkervaringen**

De geïnterviewde bedrijfsartsen ervaren in hun praktijk dat verzuimbegeleiding succesvoller kan zijn als klachten erkend worden en er bij de werknemer een vertrouwensband bestaat, zowel met de bedrijfsarts als met de werkgever. Ook het helpen om een nieuwe balans te vinden is onderdeel van een succesvolle aanpak. Ze staan daarbij creativiteit in maatwerk voor.

Erken de klachten, neem ze serieus. Dat is de eerste stap. Alle geïnterviewden zijn het daarover eens.

Vertrouwen is cruciaal en dat bereik je door te vragen en te luisteren. Hoe is het gekomen, welke momenten zijn bepalend voor het optreden van de klachten, hoe hebben de klachten zich ontwikkeld? Hoe gaat de werknemer met de klachten om: wat heeft men gedaan om de klachten te bestrijden, waardoor verergeren de klachten, waardoor zijn de klachten beter te verdragen, heeft de werknemer dingen in het werk of in het sociale leven laten vallen? Zo krijg je een beeld van de *impact* van de klachten.

Help de patiënt een nieuwe balans te vinden. Help de patiënt om zijn focus te verleggen, van de klachten, de niet gevonden oorzaak ervan, en het ervaren onvermogen, naar wat zij of hij nog wél kan. De bedrijfsarts heeft meer tijd voor de patiënt dan de huisarts. Hij kan in de praktijk testen: *trial and error*, en kan daardoor zorgvuldiger en meer gedetailleerd multifactorieel beoordelen. Bedrijfsartsen kunnen actief gebruik maken van een breed palet aan behandel mogelijkheden. Multidisciplinaire revalidatietrajecten, cognitieve gedragstherapie en mindfulness-training kunnen goed resultaat geven, niet in de zin dat de klachten volledig verdwijnen, maar wel in de zin van een betere balans. Fysio-, ergo-, manuele therapie en haptonomie kunnen worden ingezet, maar ook een psycholoog of een maatschappelijk werker. Het kan soms al helpen als de patiënt in zijn werk micropauzes kan en mag inlassen. Vanzelfsprekend moet de ondersteunings- of behandelvorm aansluiten op de specifieke situatie van de individuele werknemer.

#### **CASUS: Pianospelen**

Een vrouw met een drukke baan en een druk gezinsleven lijdt aan aanvallen van zware migraine. Zij houdt een hoofdpijndagboek bij. In de gesprekken met de re-integratiebegeleider gaat het vaak over de balans tussen werk en privé, de dingen die veel energie kosten en de dingen waar ze energie van krijgt. Bij een van die gesprekken vertelt ze dat ze vroeger altijd even ging pianospelen als ze thuiskwam uit werk om tot rust te komen, maar tegenwoordig komt ze daar door alle drukte nooit meer aan toe. Ze besluit om het pianospelen weer op te pakken. Aan het einde van het traject merkt de vrouw op: 'Het is heel gek. Als ik naar het dagboek kijk heb ik net zo vaak hoofdpijn als vroeger, maar voor mijn gevoel is het veel minder'.

#### **CASUS: Eigen ervaring kan helpen**

Ervaringsdeskundigen hebben hier een voorsprong. Een re-integratiebegeleider werkt onder andere voor de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten. Vanaf het begin van zijn werkzame leven heeft hij regelmatig hevige migraine. 'Wij benoemen het', zegt hij. 'Je hebt een chronische ziekte. Je moet erkennen dat je iets hebt en dat het niet overgaat. Je moet ermee leren dealen. Voor mij is het makkelijker om dat te zeggen, omdat ik het zelf ook heb, en omdat ik weet hoe moeilijk het is om te accepteren. Als mensen van hun huisarts of neuroloog te horen krijgen dat ze ermee moeten leren leven, dan voelen ze zich afgescheept. Van mij pikken ze het. Als je je niet meer verzet tegen de klachten, komt er ruimte. Je hebt het gevoel dat je verliest, maar eigenlijk win je, want het geeft ook rust.'

#### **CASUS: Opruimcoach**

Een vrouw die in de zorg werkt heeft sarcoïdose. De bedrijfsarts constateert een aantal rode vlaggen: mevrouw heeft een hoog streefniveau, worstelt met medicijnen, is wat timide en snel uit balans, en de levensstijl en de omgeving werken niet mee. Kortere werken zou de beste oplossing zijn, maar dat wil mevrouw niet want 'met het lagere inkomen kom ik niet rond'. Schuldsanering is niet nodig, maar het huishoudboekje is niet op orde. De bedrijfsarts schakelt een opruimcoach in. Zij stelt samen met de patiënt een bestedingsplan op, en bewaakt dat ook.

Erkenning van de klachten is cruciaal voor herstel, vinden de bedrijfsartsen. Die erkenning moet komen van de werkgever, de leidinggevenden, de collega's en de huisgenoten. Er moet vertrouwen zijn binnen de driehoek patiënt – bedrijfsarts – werkgever. Als er sprake is van erkenning en vertrouwen, dan voelt de patiënt zich ondersteund, en dat bevordert het herstel. De praktijk is vaak anders. Er is nog veel onbegrip op dit punt. Zo betekent werken aan herstel nogal eens 'veel naar buiten, wandelen en niet te zware leuke dingen doen'. Collega's die de patiënt buiten zien wandelen moet worden uitgelegd dat hij dan werkt aan zijn herstel. Hoe de bedrijfsarts hiermee omgaat is sterk persoonsgebonden. Sommigen zien dit niet als hun verantwoordelijkheid, anderen gaan juist heel ver in hun pogingen om alle betrokkenen op één lijn te krijgen.

## Beschouwing

Het al dan niet gevonden hebben van een medische oorzaak zegt eigenlijk niets over de aard en de ernst van de klachten, of over de consequenties: de eventuele beperkingen voor het functioneren in het dagelijks leven en in het werk. Een klacht waarmee iemand verzuimt is nooit ongegrond. Elke gezondheidsklacht verdient het om serieus te worden genomen. Dat moet duidelijk zijn voor werknemers in het bijzonder voor degenen met 'moeilijke' klachten die daardoor hun werk verzuimen.

Bijna alle bedrijfsartsen zien bij hun patiënten een hoog streefniveau en een zekere neiging om zichzelf te overvragen. Dat laatste hangt onder meer samen met een hoog arbeidsethos en onze calvinistische volksaard. *Van hard werken is nog nooit iemand doodgegaan* is een staande Nederlandse uitdrukking en verscheidene kopstukken in de sociale geneeskunde roepen om het hardst dat werken gezond is. Juist voor deze patiëntengroepen is echter het hoge streefniveau een risicofactor. Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat een te snelle terugkeer naar werk bijna altijd averechts uitpakt. Het vinden van een nieuwe balans kost tijd; de acceptatie van een chronische aandoening kost ook tijd. Je moet je leven erop aanpassen. Procescontingent werken is effectiever dan tijd- of klachtencontingent werken. Het stellen van haalbare (tussen)doelen en aandacht voor duurzaamheid/consolidatie van het bereikte niveau is daarbij van belang. Zelfregie van de patiënt kan zeker bijdragen aan het succes van de re-integratie, maar de weg daarheen kan zwaar zijn. De bedrijfsarts die daarbij coacht, kan goed helpen.

'Ik vind mezelf zo klagen' is een verzuchting die helpdeskmedewerkers van patiëntenorganisaties vaak te horen krijgen. Hoe geef je als patiënt een ander een reëel beeld van jouw situatie? Een patiënt die vindt dat hij niet moet zeuren, heeft soms de neiging om zich beter voor te doen dan hij is. Anderen zijn simpelweg niet in staat om de bedrijfsarts van alle informatie te voorzien die hij nodig heeft. In zulke gevallen kunnen mensen uit de omgeving van de patiënt helpen. Een patiëntenorganisatie komt eerder op dat idee dan een bedrijfsarts. Patiëntenorganisaties beschikken vaak over grote ervaringsdeskundigheid.

Patiënten zullen moeten inzien dat het in balans blijven moeite en offers vergt. Iemand met PDS die voor

zijn werk op het Verre Oosten reist, zal moeten inzien dat het reizen en het bijbehorende voedingspatroon luxerende factoren kunnen zijn, en moet wellicht zijn werkzaamheden aanpassen. Dat vergt acceptatie, allereerst van de patiënt zelf. Revalidatie en werken aan herstel leiden bijna altijd tot betere kwaliteit van leven dan erkende invaliditeit. Algemeen wordt onderkend dat de meeste mensen veel liever gezond functioneren in werk dat bij ze past, dan dat zij thuiszittend genieten van een inkomensvervangende uitkering.

Opvallend is dat simpele hulpmiddelen soms heel goed kunnen werken, maar dat zo'n hulpmiddel dan wel heel specifiek bij de persoon / persoonlijke situatie moet passen. Kwantificeren (door een dagboek bij te houden) en enige creativiteit in de adviezen komen van pas (zie de casussen **Pianospelen** en **Opruimcoach**).

De casus **Opruimcoach** laat zien dat een ongebruikelijke aanpak heel goed kan werken. De meeste bedrijfsartsen slagen er goed in om de werkgever duidelijk te maken dat de voordelen van zo'n investering ruimschoots opwegen tegen de nadelen. Het overtuigende nadeel is de dreiging na de poortwachertoets: een loonsanctie, maximaal een jaar extra loon doorbetalen, is vele malen duurder dan de investering in de re-integratie. Niettemin blijven er werkgevers die weigeren zo'n investering te doen.

Ter voorbereiding op de WIA-keuring leggen de bedrijfsartsen aan patiënten uit dat verzekeringsartsen zo min mogelijk mensen toelaten tot enige uitkering. Aan de poort van de WIA moet de patiënt zelf goed voor ogen hebben wat hij of zij wel en niet kan, en dit op papier bij zich hebben om het in gesprek met de verzekeringsarts naar voren te brengen. De bedrijfsarts kan hieraan bijdragen met een goed bijgehouden dossier. Daarnaast helpt goede communicatie: de 'warme overdracht' en het onderhouden van telefonisch contact van de bedrijfsarts met de verzekeringsarts is veel effectiever dan contact dat beperkt blijft tot ingevulde UWV-formulieren.

Alle geïnterviewde bedrijfsartsen zijn het erover eens dat alle mogelijke middelen moeten worden ingezet om mensen duurzaam inkomen uit werk te laten behouden. Maatwerk is daarbij het meest effectief.

## Conclusie en aanbeveling voor verdere aanpak

Het inventariseren van ervaringen en het verkennen van de praktijk, zoals wij hebben beschreven, is een belangrijke eerste stap om de re-integratie van de doelgroep te verbeteren. Deze aanpak kan bedrijfsartsen inspireren om er met elkaar over in debat te gaan en eigen inzichten toe te voegen. De inventarisatie levert in elk geval een aantal praktische tips op, die wij aan het slot van dit artikel hebben genoteerd.

Werknemers die verzuimen met 'moeilijke' klachten ontberen vaker de erkenning en het vertrouwen van hun omgeving die nodig zijn voor een succesvolle re-integratie. Alle bij het verzuim betrokken 'partijen' (werkgever, leidinggevende, collega's, behandelaars, re-integratiebegeleiders, bedrijfsartsen) spelen een rol bij de oplossing van het probleem.

Vanzelfsprekend is er een belangrijke rol weggelegd voor de zieke werknemer zelf. In het project 'Dialogogestuurde re-integratie' is verkend welke knelpunten zij ervaren en is nagegaan hoe de eigen inbreng en regie van de zieke werknemer versterkt kunnen worden. In het artikel over 'zelfmanagement van de zieke werknemer'<sup>2</sup> kunt u hier meer over lezen.

Gelukkig zien we overeenkomsten tussen de agenda's van bedrijfsartsen en die van zieke werknemers. Dat vraagt om verdere exploratie. Welke thema's, welke knelpunten en oplossingsrichtingen, worden door beide 'partijen' ervaren? Is een focus op zelfmanagement van de werknemer en een coachende begeleidingsstijl van de bedrijfsarts, zoals gesuggereerd, werkelijk effectief, en wat zijn dan de parameters om van succes te mogen spreken? Een gezamenlijke aanpak van werknemers, patiëntenverenigingen en bedrijfsartsen kan de re-integratie van werknemers met 'moeilijke' klachten in de praktijk een stap vooruit helpen en de basis leggen voor een breed opgezet effectiviteitsonderzoek.

## Praktische tips voor de begeleiders

### Naar de werknemer

- Stel zoveel mogelijk een specifieke diagnose, zoals ME/CVS, WAD of PDS en vermijd SOLK en MOK.
- Indien nodig: leg de begrippen SOLK en MOK uit.
- Erken de klachten en beperkingen.
- Luister, vraag door en bouw een vertrouwensrelatie op.
- Maak de klachten meetbaar (dagboek).
- Werk procescontingent: houd rekening met de fase waarin de werknemer zit.(4)
- Verleg de aandacht naar wat de patiënt nog wél kan.
- Stel haalbare (tussen)doelen en heb aandacht voor consolidatie.
- Stimuleer kennis en acceptatie van de eigen grenzen.
- Stimuleer en ondersteun eigen regie van de re-integratie.
- Zoek (creatieve) oplossingen en hulpmiddelen die passen bij het individu.(4)
- Betrek de partner of een naaste erbij.
- Realiseer de medewerking van de werkgever
- Overweeg bij stagnatie een multidisciplinair revalidatietraject.
- Schakel de patiëntenvereniging in voor ervaringsdeskundigheid en lotgenotencontact.

### Naar de werkgever

- Streef naar beter begrip en vertrouwen tussen werkgever, leidinggevende en collega's.
- Adviseer over financiering van bijzondere hulpmiddelen versus het risico op loonsanctie.

### Naar UWV

- Werk aan een zorgvuldig opgebouwd re-integratieverslag.
- Streef naar 'warme' overdracht aan de verzekeringsarts.
- Bereid de werknemer voor op de WIA-keuring:
  - betrek naaste of partner bij de uitleg
  - bespreek beperkingen en mogelijkheden
  - zorg voor betrouwbare en actuele documentatie over de capaciteiten van de werknemer.

2 Van Eden, D, Janssen, Y, Zephat, J., De Ras, O.: Zelfmanagement van de zieke werknemer bij re-integratie: ook een kans voor de bedrijfsarts?! TBV 23, nr 6, juni 2015, p. 260-265.

## Naschrift

De auteurs bedanken de geïnterviewden: re-integratie-begeleider Alex Schonewille en de bedrijfsartsen Peter Obels, Bas Sorgdrager, Mariëlle Trésoor, Bert Bredenhof en Anonymus.

Ook bedanken we de 27 bedrijfsartsen die hebben meegewerkt aan de enquête waarop wij ons bij de interviews hebben gebaseerd.

Tenslotte zijn wij Daniëlle van Eden, Ynske Jansen en Joke Zephat zeer dankbaar voor hun bijdrage aan dit artikel.

## Literatuur

- (1) Rapportage project DIA, dialooggestuurde re-integratie. Rotterdam, Blauw Research BV, juni 2013.
- (2) Johanssen, Bengt H. et al.; Whiplash injuries can be visible by functional magnetic resonance imaging; Pain Res Manag. 2006 Autumn; 11 (3): 197-199. PMID: PMC2538999; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538999/>
- (3) Carruthers BM, van de Sande MI, et al.; Myalgic encephalomyelitis – Adult & Paediatric: International Consensus Primer for Medical Practitioners (2012)
- (4) Interventies gericht op sociaal maatschappelijke participatie. In: Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) (2013)

## Personalia auteurs

*R.J. Blijleven* is tekstschrijver en vertaler.

*K. van der Maas* is medewerker van de Whiplash Stichting Nederland te Hilversum.

*Dr A.N.H. Weel* is bedrijfsarts bij de Yellow Factory te Leusden.

Correspondentie:

[tbvredactie@bsl.nl](mailto:tbvredactie@bsl.nl) of

[info@mijnreintegratieplan.nl](mailto:info@mijnreintegratieplan.nl).