

# Kleine succesjes

## Ervaringen van een bedrijfsarts

Bébé Bertels

**Gemeenten schakelen bedrijfsartsen in om de medische belastbaarheid van WWB-uitkeringsgerechtigden te bepalen. De auteur vertelt over haar ervaringen met cliënten. Hoe ervaren zij ziekte? Zij pleit voor een ruimere bevoegdheid om cliënten door te verwijzen.**

Sinds een paar jaar onderzoek ik, in opdracht van een aantal gemeenten, de medische belastbaarheid van WWB-uitkeringsgerechtigden en inburgeringsplichtigen. Ik doe dat in samenwerking met een collega-bedrijfsarts, een arbeidsdeskundige en een psycholoog. In alle gevallen gaat het om mensen die zichzelf niet in staat achten te werken of in te burgeren of waarvan de consultant van de gemeente zijn of haar twijfels heeft over de mogelijkheden hiertoe. Graag maak ik u deelgenoot van mijn ervaringen.

De laatste tien jaar zijn beleidsmakers, politici, managers en HR-adviseurs anders gaan denken over ziek zijn en arbeidsongeschiktheid. Vroeger keek men vooral naar de belemmeringen die de ziekte met zich meebrengt om te werken, tegenwoordig kijkt men meer naar de mogelijkheden die iemand ondanks zijn ziekte heeft; wat kan iemand nog wel en hoe moet het werk en de werkplek hierop worden aangepast? Een consequentie hiervan kan zijn, dat iemand een lagere functie moet accepteren dan waarvoor hij is opgeleid.

**Somatisatie** In mijn spreekuur zie ik mensen van allerlei pluimage. In de ene cultuur heeft ziek zijn een andere betekenis dan in de andere. Bij Turken en Marokkanen zien we veel 'somatisatie', dat wil zeggen dat psychisch onwelbevinden zich uit in lichamelijke klachten. Het lastige bij mensen uit deze bevolkingsgroepen is, dat zij dat oorzakelijke verband



Foto: Roel Dijkstra

zelf niet leggen en er ook na lange gesprekken niet aan willen. Dit in tegenstelling tot autochtone Nederlanders. Ook onder hen komt veel somatisatie voor, maar zij zijn meestal wel ontvankelijk voor de relatie tussen psychische spanningen en fysieke ziektesymptomen.

Afrikanen brengen het ontstaan van ziekte vaak in verband met kwade geesten. De ziekte is dan niet met ons regulier medisch denken en handelen te verklaren en te behandelen. Toch voelen deze mensen zich ernstig ziek. Alleen als de kwade geesten kunnen worden uitgebannen zal de 'zieke' genezen.

Een ander verschil tussen autochtone en allochtone ziektebeleving is, dat autochtone Nederlanders ervan uitgaan, dat iedereen voor zichzelf moet kunnen zorgen. Zij stellen zich minder afhankelijk op van hun familieleden. Allochtone Nederlanders vinden het daarentegen heel gewoon dat een zieke door familieleden wordt verzorgd.

### Vast in de rol

Bij de beoordeling van een aandoening (geveinsd of reëel) vraag ik me altijd af: wat levert het deze persoon op om ziek te zijn? Verzorgd worden, aandacht krijgen, niet hoeven werken of een excuus voor gebrek aan zelfvertrouwen en faalangst? Van daaruit kijk ik naar het eigen herstelgedrag en aanpassingsvermogen.

Maar zit de cliënt al helemaal in zijn ziekterol en is dit ook al (soms) jaren bevestigd door zijn omgeving (familie, vrienden, artsen en vaak ook de consulent van de gemeente), dan is het bijna onmogelijk deze cliënt weer aan de gang te krijgen. Niet zelden kom ik cliënten tegen die kampen met chronische vermoeidheidsklachten. Bijna altijd wordt deze mensen voorgehouden dat ze 'er maar mee moeten zien te leren leven'. Dat vind ik heel erg, want zo raken ze verzeild in een vicieuze cirkel van thuis op de bank zitten en verslechterende conditie. Deze mensen zijn ervan overtuigd dat ze doodziek zijn, terwijl ze objectief medisch gezien helemaal niets mankeren.

### Weinig weerbaar

Mijn cliënten zijn weinig weerbaar. Vaak komen ze uit de lagere sociaaleconomische milieus. Ze hebben weinig opleiding genoten, geen of weinig werkervaring, kampen met verslavingsproblematiek (bij de persoon zelf of bij een van de eerstegraads gezinsleden). Soms ook komen incest of andere gewelddelicten voor. En bijna altijd is er sprake van ernstige financiële problemen met torenhoge schulden. Vaak zien deze cliënten zelf niet meer hoe ze de schouders er weer onder kunnen zetten. Het zelfvertrouwen is vaak weg en officiële instanties worden gewantrouwd.

Voor de meeste van mijn cliënten hebben standaard medische behandelingen absoluut geen zin. Ze lopen immers al jaren rond in het medisch circuit en zijn volledig gehospitaliseerd. In plaats daarvan zou de consulent van de gemeente zich moeite moeten getroosten de diepere oorzaak van de 'ziekte' en het ziektepatroon te achterhalen. De consulent moet weten hoe de familie tegen de 'zieke' aankijkt en wat de 'ziekerol' is van de cliënt. Dit levert informatie op over de ziekte winst van de cliënt: wat levert het hem op om ziek te

Foto: ANP



blijven? Is dit de extra aandacht die hij krijgt, misschien het zich onttrekken aan een ouder- of partnerrol of het arbeidsproces (verantwoordelijkheid), of misschien wel een combinatie van al die factoren?

### Trainingscentrum

Ik adviseer in deze gevallen bijna altijd een behandeling in een multidisciplinair trainingscentrum. Daarin leert de cliënt met behulp van een psycholoog en fysiotherapeut door zijn pijn heen te trainen en pijn niet meer te ervaren als een belemmerende factor voor bewegen. Parallel daaraan kan een sociaal activeringstraject lopen, waarin de cliënt in de luwte en vrijwillig lichte werkzaamheden verricht. Mijn ervaring is dat we hiermee stap voor stap kleine succesjes boeken, waarvan meer vertrouwen in het eigen lichaam het eerste is.

### Doorverwijzen

Omdat de problematiek zo divers is en specifiek, is bij één gemeente onlangs het zogenaamde casusoverleg ingevoerd. In dit overleg bespreken de consulenten, de psycholoog, de arbeidsdeskundige en ik zelf de cliënten waarvan de consulent niet goed weet hoe hij ermee verder moet. In dat overleg heb ik onlangs voorgesteld, dat ik, samen met de psycholoog, de cliënten doorverwijs naar de respectievelijke medische en andere professionals. Het blijkt namelijk dat onze verwijzadviezen nog te vaak blijven liggen, omdat de consulenten geen tijd zeggen te hebben, maar vooral ook omdat ze niet over de juiste knowhow beschikken. Zij weten immers vaak niet welke hulpverlener het beste kan worden benaderd. Ook ontwikkelingen op het

gebied van bepaalde behandelmethoden zijn niet het werkterrein van de consulent.

Mijn verwijsadviezen moeten natuurlijk worden goedgekeurd door de consulent, maar dat kan dan achteraf gebeuren. De gemeente heeft voor alternatieve trainingsprogramma's al wel middelen gereserveerd uit het Werkdeel.

Activering- en re-integratietrajecten zouden volgens mij beter verlopen als er regelmatig overleg zou zijn tussen consulent, psycholoog, arbeidsdeskundige en keuringsarts. Als arts en psycholoog zelf verwijzen, kan er ook rechtstreeks overleg plaatsvinden tussen enerzijds de bedrijfsarts en/of psycholoog en anderzijds de professionals waarnaar is verwezen. De lijnen zijn dan veel korter en de cliënt krijgt ook minder de kans om zich te verschuilen achter de diagnoses en adviezen van de andere hulpverleners. Bovendien kun je iemand beter volgen en begeleiden en kun je in het casusoverleg tijdig bijsturen.

Maar ondanks alle inspanningen zijn onze successen vaak marginaal. Slechts zelden slagen we erin iemand weer aan een reguliere betrekking te helpen. Iets meer zelfvertrouwen, misschien een vrijwilligersbaantje in de luwte, is meestal het

maximaal haalbare. Daarom denk ik dat we de ambities met deze doelgroep minder hoog moeten stellen. Deze cliënten vinden het al fijn dat ze een uur met me kunnen praten, tijd die de huisarts vaak niet neemt. Ze voelen zich gehoord, waardoor ook hun wantrouwen naar de overheid en officiële instanties afneemt, en het zelfvertrouwen toeneemt! Ze merken aan den lijve dat ze het heft weer in eigen hand kunnen nemen.

## 'We moeten de ambities met deze doelgroep minder hoog stellen'

**Cliënt als persoon** Een ander heel belangrijk resultaat van het multidisciplinair casusoverleg is, dat de consulenten, waar ze eerst alleen de medische belastbaarheid wilden weten, nu geïnteresseerd zijn in oorzaken van het ziek-zijn. Ze kijken niet meer alleen naar de cliënt vanuit het perspectief of hij werkt of niet, maar leren te kijken naar de cliënt als een persoon die

zichzelf een bepaalde sociale rol heeft aangeleerd. Dat biedt bijna altijd aanknopingspunten voor zinvol therapeutisch handelen. ■

**Bébé Bertels** is freelance bedrijfsarts. Voor reacties en informatie zie [www.bebebetels.nl](http://www.bebebetels.nl).

## sociaalbestek

Sociaal Bestek verschijnt 11 x per jaar en biedt informatie en opinies over beleid en uitvoeringspraktijk op het terrein van sociale zekerheid, arbeidsvoorziening en welzijn ten behoeve van beleidsvernieuwing en managementontwikkeling bij het lokaal bestuur.

Jaargang 70, november 2008, nr. 11

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt de auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Uw opgegeven gegevens kunnen worden gebruikt voor het toezenden van informatie en/of speciale aanbiedingen door Reed Business bv en speciaal geselecteerde bedrijven. Indien u hiertegen bezwaar heeft, stuurt u een briefje naar Reed Business bv,

r.a.v. Adresregistratie, Postbus 808, 7000 AV Doetinchem.

**Redactie**  
drs. W.P.J. Bertels, mevr. Y. Bommeljé (voorzitter), mevr. H. Doedel, R. Geerling, G. van Tiggelen.

**Uitgever**  
Reed Business bv  
Uitgevergroep Overheid  
Postbus 16500, 2500 BM  
's-Gravenhage

**Uitgever**  
Ruben Wedekind, tel. 070-441 52 61

**Eindredactie**  
Ellen van der Loo, tel. 070 - 441 51 58  
e-mail: [ellen.van.der.loo-boom@reedbusiness.nl](mailto:ellen.van.der.loo-boom@reedbusiness.nl)

**Bureau redactie**  
LVB Networks, tel. 033 - 422 00 82

**Advertentie-exploitatie**  
tel. 038 - 460 63 84,  
Acquire media

**Abonnementen**  
Reed Business bv  
Afdeling klantenadministratie  
Postbus 808, 7000 AV Doetinchem  
tel. 0314 - 358 358  
fax 0314 - 349 048  
e-mail:  
[klantenservice@reedbusiness.nl](mailto:klantenservice@reedbusiness.nl)

Binnenland € 165,84  
Studenten en cliëntenorganisaties € 116,49  
Collectief abonnement bij meer dan 6 ex. € 135,31  
Losse nummers € 21,73

Nieuwe abonnementen kunnen op elk moment ingaan. Abonnementen kunnen uiterlijk één maand voor het verstrijken van de abonnementsperiode schriftelijk telefonisch of per

e-mail worden opgezegd. Bij niet-tijdige opzegging wordt het abonnement automatisch verlengd.

© Auteursrecht voorbehouden. Voor mensen met een leeshandicap verschijnt Sociaal Bestek ook op audio-cassette. Inlichtingen: tel. 0486 - 486 486

Alle advertentiecontracten worden afgesloten conform de Regelen voor het Advertentiewezen gedeponeerd bij de Rechtbanken in Nederland. Een exemplaar van de Regelen voor het Advertentiewezen is op aanvraag kosteloos verkrijgbaar.

ISSN 0921-5344

**HO**  
2008  
**PRINT**

Nederlands  
**Uitgeversverbond**  
Groep uitgevers voor  
vak en wetenschap