

# Kortjakje-syndroom

M.A.J. Sol-van Berlo  
bedrijfsarts, Nederlandse Philips  
Bedrijven B.V., Eindhoven

Aan 'non-diseases' is lastig een eind te maken. Iatrogene invalidering dreigt, omdat het zowel voor de patiënt als voor de huisarts moeilijk acceptabel is dat geen bevredigende diagnose wordt gevonden. Een slepende diagnostische fase of het ondergaan van 'baat-het-niet, schaadt-het-niet-therapieën' betekent niet automatisch ongeschiktheid tot het verrichten van zijn of haar arbeid wegens ziekte.

*Sleutelwoorden:*  
Kortjakje-syndroom, ziekteverzuim,  
iatrogene invalidering



'D

e minst voorkomende reden om thuis te blijven, is ziek zijn, en de minst voorkomende reden om weer naar het werk te gaan, is weer gezond zijn.<sup>1</sup> Dit is een meer dan 30 jaar oud citaat van dr. G.C.E. Burger, de grondlegger van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Herziening van ons Sociale Zekerheidsstelsel zal de boodschap van dit citaat niet ontcrachten.

## ZIEKTEVERZUIM

Ziekteverzuim is afwezigheid van het werk met een beroep op de Ziektewet. De Ziektewet voorziet in een uitkering aan die verzekerde werknemers die niet in staat zijn hun eigen werk te verrichten door ziekte of gebrek, inclusief de gevolgen van ongevallen. Dat betekent dat niet iedere ziekte tot arbeidsongeschiktheid leidt. Pas wanneer de ziekteverschijnselen in conflict komen met de eisen die het werk stelt, en doorwerken niet meer redelijk kan zonder schade voor de huidige of toekomstige gezondheid, is sprake van arbeidsongeschiktheid. Evident arbeidsongeschikt is bijvoorbeeld een verpleegster met een onderbeengips; een typiste met die 'handicap' vaak niet. De koningin bleek met 'n onderbeengips in staat tot werkbezoeken.

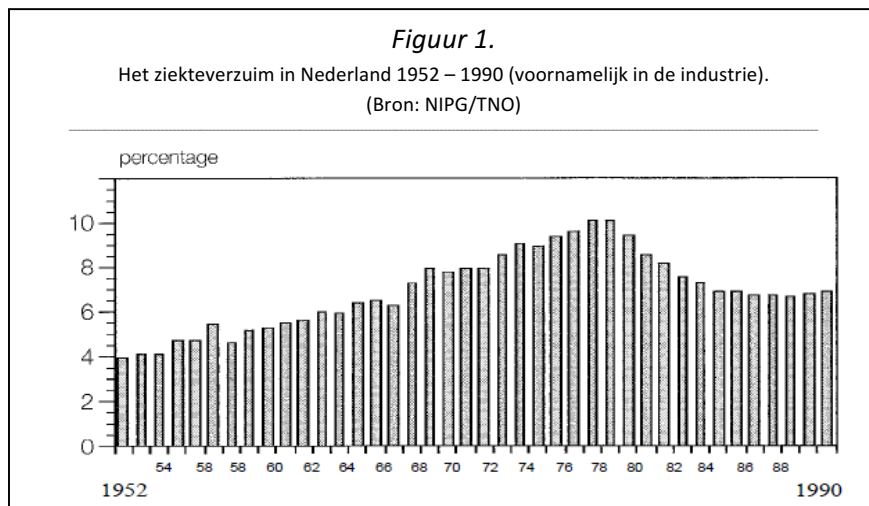
In Nederland is het ziekteverzuimpercentage in de industrie gestegen van 3,9 begin jaren '50 naar 6,9 in 1990; in 1978 / 1979 bereikte het zijn top met 10% (fig. 1). De stijging wordt verklaard o.a. door de verander-

de samenstelling van de beroepsbevolking, door een toename van de belasting in het werk en door een verlaging van de ziekte drempel. De daling na 1978 wordt onder andere verklaard door de economische crisis en de werkloosheid. Gedacht wordt aan gezondheidsselectie door uitstroom van personeel met een hoog verzuim (via WW, WT en WAO) dat deels vervangen werd door jonger, laagverzuimend personeel, geringere arbeidsbelasting ten tijde van laagconjunctuur en de bereidheid van werknemers tot extra inspanning.<sup>2</sup>

Vrouwen verzuimen per jaar meer dan mannen. Ouderen verzuimen meer dan jongeren. En handarbeiders verzuimen vaker en langer dan hoofdarbeiders. Binnen deze groepen is vanzelfsprekend niet iedereen evenveel ziek. Zo is circa 20% van de medewerkers van een bedrijf verantwoordelijk voor 80% van het verzuim.<sup>3</sup> Ongeveer 10% verzuimt meer dan viermaal per jaar, terwijl slechts een zeer kleine groep (ca. 1 %) meer dan achtmaal per jaar verzuimt. Ook is gebleken dat in eenzelfde jaar zo'n 30% van de medewerkers in het geheel niet verzuimt (het zgn. nulverzuim). Internationaal gezien tonen de maandag en de vrijdag, respectievelijk de winter en het najaar, een piek in het ziekteverzuim.

## KORTJAKJE-SYNDROOM

In de verzuimliteratuur wordt wel gesproken van zwart, wit en grijs verzuim. Wit verzuim



betreft de evidente onmogelijkheid om te werken. Zwart verzuim betekent dat een beroep gedaan wordt op de Ziektewet zonder dat sprake is van ziekte. In 1987 werd bij ongeveer 0,5% van de ziekmeldingen een Ziektewetuitkering geweigerd, omdat men niet ziek was dan wel de wettelijke regels overtrad. Volgens schattingen zouden hooguit enkele procenten van alle ziekmeldingen (dus een nog geringer deel van het totale aantal ziektedagen) betrekking hebben op zwart verzuim. Grijs verzuim betreft het ziekmelden op grond van reële klachten, zonder dat absoluut vaststaat dat men echt niet meer tot werken in staat is. Met wat meer goede wil had betrokkene toch door kunnen werken.

Zoals gezondheid gedefinieerd kan worden in organische, functionerings- en sociale termen, zo ook kan ziekte diverse betekenissen hebben. De Engelse taal heeft daarvoor meerdere begrippen beschikbaar:

**Disease:** Ziekte in de zin van een aandoening. Het gaat hierbij om medisch-diagnostisch vastgestelde pathologische afwijkingen: ziek zijn.

**Illness:** Ziekte in de zin van onwelbevinden en het hebben van klachten: zich ziek voelen.

**Sickness:** Ziekte in de zin van het doen van een beroep op de maatschappij tijdelijk te worden ontheven van maatschappelijke plichten: zich ziek melden.

Disease, sickness en illness doen zich niet altijd voor bij een en dezelfde werknemer. In tabel 1 zijn de diverse combinatiemogelijkheden genummerd. Zo kan een medische diagnose zijn gesteld (disease) zonder dat sprake is van onwel bevinden (illness) en zonder enig sociaal disfunctioneren (sickness). Combinatie 8 duidt op gezondheid zoals in wezen bedoeld in de WHO-definitie. De combinaties 3 en 7 hebben betrekking op zwart verzuim. Hiervan is dus sprake wanneer iemand zich ziek meldt zonder dat hij zich ziek voelt, tenzij dit op duidelijk voorschrift van de behandelende arts geschiedt.

In dit themanummer gaat het om de aanwezigheid van 'illness' en 'sickness' (ziek voelen en ziek melden), terwijl non-disease duidt op de afwezigheid van 'disease' dan wel een verlegenheidsdiagnose is (combinatie 4).

Kortjakje wilde door de week niet wassen, maar kon op zondag wel uitgaan, zelfs kokerteren. Met het Kortjakje-

syndroom wordt bedoeld op zwart verzuim (combinatie 7). Wanneer ziekte niet de oorzaak is van of een reden voor verzuimgedrag, moet er wel een andere reden zijn. Klachten zijn immers altijd een signaal (zelfs voorgewende klachten). Het heeft daarom geen zin medewerkers met een scala van specifieke klachten te betichten van het Kortjakje-syndroom. Degene die komt klagen, zal zich niet serieus bejegend voelen.

### WERKMOTIVATIE/ AFWEZIGHEIDSBEOEFTE

De arbeidsoriëntatie van de beroepsbevolking verschuift. Traditioneel had werk een centrale plaats in het leven en in de maatschappij: er was een morele plicht tot arbeid. De absolute waarde van arbeid is afgenomen. De beter opgeleide werknemers zoeken 'psychologische beloning', zoals interessant en betekenisvol werk, autonomie en ontplooiingsmogelijkheden. Voor minder hoogopgeleide werknemers staat de vrije tijd meer voorop, waaraan de behoefte ook groter is geworden. De waardering voor vrije tijd neemt toe onder jongeren. Het begrip 'baaldag'

**TABEL 1**  
De combinatiemogelijkheden van aan- of afwezigheid van 'disease', 'illness' en sickness bij één werknemer (zie tekst voor verklaring)

	<b>Disease</b>	<b>Illness</b>	<b>Sickness</b>
	Ziek zijn	Ziek voelen	Ziek melden
1.	+	+	+
2.	+	+	-
3.	+	-	+
4.	-	+	+
5.	+	-	-
6.	-	+	-
7.	-	-	+
8.	-	-	-

heeft zijn intrede gedaan, waarmee men als het ware legitimeert dat men verstek laat gaan.

De gezondheid van de werkende bevolking in Nederland is de afgelopen jaren niet verslechterd; integendeel, er lijkt zelfs een lichte verbetering te zijn opgetreden. De kwaliteit van de arbeid ontwikkelt zich in gunstige zin, vooral wat betreft 'inconveniënten' in arbeidsomstandigheden. Er valt echter een verslechtering te constateren wat betreft 'stressors' in het werk, zoals een hoger werktempo en minder aansluiting van de genoten opleiding bij de aangeboden inhoud van het werk.<sup>2</sup> Misschien was het laatste wel een probleem voor Kortjakje.

Voor het individu is de beslissing om ziek thuis te blijven vaak een afwegingsproces. In ruim 70% van de verzuimgevallen is namelijk sprake van een aanzienlijke mate van keuzevrijheid bij die beslissing.<sup>3</sup> Veelal onbewust worden afgewogen enerzijds de behoefte om thuis te blijven (wegens pijn, koorts, overspannenheid e.d.) en anderzijds de persoonlijke (financiële en sociale) kosten van verzuim (loonderving, het gevaar van verminderde promotie kansen, aantasting van het eigen imago e.d.) en de persoonlijke verbondenheid met het werk. Ons aanhoudend hoog verzuim wordt onder andere toegeschreven aan de lage persoonlijke kosten van het verzuim, terwijl de werkbetrokkenheid minder wordt. Lage persoonlijke kosten betreft niet alleen de geringe financiële consequenties, maar ook de veranderde sociale kosten van verzuim. Gedoeld wordt op het oordeel van de omgeving. Vroeger werd iemand, die een beetje ziek was en toch op zijn werk verscheen, hoog geprezen; nu wordt hij

## IN HET KORT

Verschuivende arbeidsoriëntatie van de beroepsbevolking, bij wie de absolute waarde van arbeid is afgenomen. Het aanhoudend hoge ziekteverzuim wordt o.a. toegeschreven aan de lage persoonlijke kosten van het verzuim en minder betrokkenheid bij het werk.

veelal voor gek verklaard.

## IATROGENE INVALIDERING

Patiënten komen in een afhankelijke positie terecht: ondeskundig, onzeker en passief. Afhankelijkheid kan verslaven de vormen aannemen, zoals het steeds maar voorgeschreven krijgen van bepaalde medicijnen of niet meer zonder fysiotherapie kunnen. In de privé-sfeer ontstaan nieuwe interactiepatronen en gedragingen, die er in het algemeen in resulteren dat de patiënt een meer afwezige en passieve rol vervult. In de arbeidssfeer geldt hetzelfde. Men gaat verzuimen.

Lijders aan zgn non-diseases verblijven vaak te lang in de curatieve gezondheidszorg. Dit betekent een te veel aan diagnostische en therapeutische handelingen, waarbij bovendien nog wachttijden, inefficiëntie en gebrekkige coördinatie en communicatie een rol kunnen gaan spelen. Wachttijden bijvoorbeeld blijken ongeveer 20% van het totale aantal verzuimde dagen bij ziektegevallen van 14 dagen en langer te verklaren.

Dergelijke medisch-technisch-organisatorische stoornissen dragen bij tot de zgn. iatrogene invalidering. Deze wordt gedefinieerd als: het arbeidsongeschikt (er) worden, dan wel blijven, als gevolg van foutief, onnodig of vertraagd medisch handelen.<sup>5</sup> Hoe vager de klachten, des te moeilijker, duurder en tijdrovender het wordt om aan te tonen dat aan bepaalde klachten geen organische afwijking ten grondslag ligt.

Wetenschappelijk gezien kan een scala vage klachten interessant en uitdagend zijn. Bijvoorbeeld het chronische-moeheid syndroom. Aanwijzingen dat het immuunapparaat tegelijkertijd niet adequaat functioneert, worden steeds concreter. In de Amerikaanse literatuur wordt soms gesproken van het CFIDS, het 'Chronic Fatigue Immune Dysfunction Syndrome'. Tegelijkertijd speurt men naar een virus. Intraveneus IgG helpt volgens de ene onderzoeker wel, volgens de andere niet. Het chronische-moeheid syndroom wordt ook in verband gebracht met het magnesiumgehalte van de erythrocyten. Het gaat om vermeende en aangetoonde relaties, maar de causaliteitsvraag blijft: is er de vermoeidheid, post aut propter het niet adequaat reagerend immuunapparaat? Of is er een derde factor in het spel die beide veroorzaakt, bijvoorbeeld stress?

Een benadering van het chronische-vermoeidheid-syndroom door psychiaters leert dat bijna 70% van de patiënten die hieraan lijdt psychiatrische afwijkingen heeft.<sup>6</sup> De vraag is dan hoeveel procent psychiatrische afwijkingen worden door psychiaters in een niet chronisch vermoeide populatie gediagnosticeerd? En zou je van chroni-

sche moeheid niet depressief worden? 7. Resultaten van een gedrags-therapeutische benadering laten zien dat de huidige opvatting ten aanzien van behandeling en prognose onnodig pessimistisch is 8. Ook wordt gesuggereerd dat adviezen die gewoonlijk aan chronische patiënten worden gegeven, namelijk om fysieke en mentale inspanningen te vermijden, juist contraproductief werken.

### BEHOUD VAN ARBEIDSGESCHIKTHEID

Wanneer geen defensieve geneeskunde wordt bedreven, zou gelden: gegevens nodig om een diagnose te stellen, zijn voor 70% te verkrijgen uit de anamnese, voor 20% uit het lichamelijke onderzoek en voor 10% uit aanvullend onderzoek 5. Specialisten zijn geneigd, dan wel genoodzaakt, defensieve geneeskunde te bedrijven. Wanneer een verwijzing uiteindelijk leidt tot een welluidende diagnose en er zijn maanden verstreken van 'baat-het-niet, schaadt-het-niet-therapieën', dan is de iatrogene invalide ring een onomkeerbaar feit.

Huisartsen kunnen dit voorkomen. Uiteraard moet op een vroeg moment en gericht een organische of psychiatrische oorzaak worden uitgesloten. Daarna kan in geval van non-diseases de placebo-werksaamheid van elk 'voorschrift' worden vergroot door de interpersoonlijke vaardigheden te gebruiken. Immers, de combinatie van vertrouwen en hoop, opgeroepen door een empathische dokter, heeft een placebo-effect 9. Dan ontstaat tegelijkertijd de ruimte bij betrokken 'patiënt' om zijn werkelijke probleem te benaderen en te (doen) aanpakken.

Wanneer het probleem wordt gevonden in het werk, dan is het zaak betrokkene zo snel mogelijk naar de bedrijfsarts te verwijzen, wanneer die beschikbaar is. Een bedrijfsarts is voor een werknemer niet bedreigend: hij is onafhankelijk, heeft zijn beroepsgeheim en staat niet primair opgesteld voor claimbeoordeling (50% van de bedrijfsartsen heeft overigens wel tegelijkertijd een verzekeringsgeneeskundige taak). Omdat slechts 30% van de werknemers een bedrijfsarts heeft<sup>2</sup>, moet tegelijkertijd worden gedacht aan eventuele verwijzing naar personeelsfunctionaris of directe baas. Ook hoort het tot de taken van de verzekeringsartsen om zo snel mogelijk na het begin van het verzuim de eventuele oorzaak van de gerezen problemen te vinden<sup>3</sup>.

Problemen op het werk kunnen van velerlei aard zijn. Wanneer het de klassieke arbeidsomstandigheden betreft, dan komt men zelf vaak op het idee te klagen bij de bedrijfsarts, veiligheidskundige of een ondernemingsraadslid. Maar wanneer het gaat om 'stressors' in andere aspecten van het werk, dan kunnen sommigen nergens terecht. Dit geldt zeker wanneer men zich niet duidelijk bewust is waar de schoen wringt. Het kan bijvoorbeeld gaan over de arbeidsinhoud (autonomie, werk-tempo, ontplooiingsmogelijkheden), de arbeidsverhoudingen (stijl van leiding geven, rolonduidelijkheid, persoonlijke conflicten), of over de arbeidsvoorwaarden (promotiemogelijkheden/ -vooruitzichten, arbeidsduur, ploegendienst). Een juiste beoordeling van dergelijke problematiek vraagt kennis van een bedrijf, de afdeling, de cultuur, formele en informele machtsverhoudingen.

Dat zo snel mogelijk verwijzing moet plaatsvinden, heeft de volgende reden. In geval van een non-disease en niet tijdig onderkende werkproblematiek (of privé-problematiek) dreigt het gevaar, dat het ziekteverzuim zodanig door iatrogene invalidering wordt verlengd dat men er als hulpverlener nimmer meer tóekomt aan de eraan ten grondslag liggende problematiek te werken. Er bestaan aanwijzingen dat na 1 à 2 maanden Ziektewet vervreemdings- en gewenningsprocessen in gang worden gezet naast de kwaal zelf 10. Deze processen en de eraan ten grondslag liggende werkproblematiek leiden tot 'het koesteren' van de klachten.

De aard van interventie kan zijn: een lagere arbeidsbelasting, tijdelijke verkorting van werktijd, tijdelijk ander werk, of psychosociale interventie, zoals begeleiding en conflictbemiddeling. Wanneer hierdoor kan worden voorkómen dat het contact met het werk wordt verbroken of het ziekteverzuim erdoor wordt bekort, dan zal een herstelproces spoediger inzetten.

### COMMUNICATIE

Het verkeren in een diagnostische of therapeutische fase betekent niet altijd een ongeschiktheid tot het verrichten van werk. Het is bij voorkeur niet de taak van de huisarts noch van de specialist een uitspraak te doen over het niet kunnen werken. Een zieke werknemer interpreteert een dergelijke uitspraak als recht hebben op 'ziekengeld' en meldt uit naam van zijn dokter dat hij niet mag werken. Een patiënt hecht grote waarde aan uitspraken door de behandelende arts. De laatste beschikt niet altijd over voldoende kennis van de werkbelasting. Aangezien vaak uitsluitend communicatie

## PRAKTISCHE PUNTEN

- ***Juist in geval van non-diseases leidt betere communicatie tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts vaker tot gezondheid en arbeidsgeschiktheid van de werknemer.***
- ***De prognoses van "non-diseases" zijn onnodig pessimistisch.***
- ***Advies aan de chronische patiënt om fysieke en mentale activiteiten te vermijden, werken doorgaans contraproductief.***
- ***Huisartsen kunnen de uitwerking van het placebo-effect vergroten door hun interpersoonlijke vaardigheden aan te wenden.***
- ***De neiging om ziekte en arbeidsgeschiktheid met elkaar te verbinden, moet worden tegengegaan.***

tussen huisarts, verzekeringsarts en bedrijfsarts via de patiënt plaatsvindt, ontstaan hierbij gemakkelijk communicatiestoornissen. Non-communicatie en communicatiestoornissen kunnen de werknemer in grote moeilijkheden brengen ten opzichte van de verzekeringsinstanties<sup>11</sup>. Afstemming en overleg over non-diseases is dus om meerdere redenen zinvol. ■

## LITERATUUR

1. Financieel Dagblad, 9 mei 1990, 'Midden in de week' was Kortjakje ziek.
2. Scenariocommissie Arbeid en Gezondheid. Voorzitter: Dr. P.A. van Wely. Onderzoeksteam van het NIPG/TNO. Onderzoekers: Dr. P.G.W. Smulders en Ir. A. Bloemhoff. Arbeid, gezondheid en welzijn in de toekomst. Toekomstscenario's arbeid en gezondheid 1990-2010. Scenarioreport, opgesteld in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Bohn Stafleu van Loghum. Houten/Antwerpen 1991.
3. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135; nr 37 (Artikelenreeks over arbeidsongeschiktheid).
4. Whitlau WAC. Afwezigheidsbehoefte? Gids personeelsbeleid 1977, no 14, 357363.
5. Buijs P.C.. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Stichting CCOZ; Amsterdam 1985.
6. Kroenke K. Chronic fatigue syndrome: Is it real? Postgraduate Medicine (USA) 1991, 89/2, 44-46, 49-50, 53, 55.
7. Ned Tijdschr Geneeskd 1991; 135, nr 43 (Artikelenreeks over het chronische moeheidssyndroom).
8. Butler S, Chalder T, Ron M, Wessely S. Cognitive behavior therapy in chronic fatigue syndrome. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry (U.K.) 1991, 54/2, 153-158.
9. Oh VMS. Magic or Medicine? Clinical Pharmacological Basis of Placebo Medication. Annals Academy of Medicine 1991, Vol. 20; No 1, 31-37.
10. Buijs P.C. Sociaal-medische begeleiding: een zaak die alle artsen aangaat. Medisch Contact 1988, 43; 1131-6.
11. Polak BS, Rutter ARM de. De begeleidende en conflictvoorkomende rol van de huisarts bij de uitvoering van de sociale verzekerings-wetten (ZW, AAW/ WAO). Ned Tijdschr Geneeskd 1984, 128; nr 9, 408-412.