Good practices

Secundaire preventie

Bevorderen van duurzaam herstel door het zoeken naar onderliggende medische problematiek

Simone Laanbroek¹

Deze casus over secundaire preventie betreft een 36-jarige alleenstaande man. Hij werkt fulltime als registeraccountant bij een bedrijf in Utrecht.

Zijn klachten begonnen met acute pijn in zijn nekspieren zonder uitstraling, tintelingen noch krachtverlies. Door zijn huisarts kreeg hij pijnstillers voorgeschreven vanwege slaapproblemen door de pijn. Na een paar dagen kreeg hij daarbij ook last van angst- en paniekaanvallen. Voorts werd het chaotisch in zijn hoofd, alle (geluids-)prikkel kwamen hard binnen, zijn concentratie en geheugen werden minder. Ook kreeg hij last van tinnitus en hoorde hij zijn hartslag. Het slapen ging ondanks de voorgeschreven pijnmedicatie slechter door nachtmerries en piekeren. Uiteindelijk durfde meneer niet meer goed naar buiten te gaan en al helemaal niet naar voor hem onbekende plaatsen. Omdat het hem niet meer lukte zelfstandig te wonen en zijn huishouden te doen, is hij tijdelijk bij zijn bejaarde ouders gaan wonen. Via zijn huisarts was hij inmiddels voor behandeling verwezen en was hij gestart met psychotherapie.

Meneer bezoekt mijn spreekuur samen met een goede vriendin van de familie, die af en toe de anamnese wat aanvult. Hij kan mij zijn voorgeschiedenis en klachten goed en logisch vertellen, waarbij ik merk dat hij nauwelijks oogcontact maakt. Hij vertelt altijd al veel moeite met verwerken van veel prikkels te hebben gehad, vooral als het gaat om geluidsprikkel. Hij heeft ontdekt dat hij structuur en regelmaat nodig heeft. Zijn jeugd is goed geweest en hij heeft normaal contact met zijn ouders, broer en zus. Hij heeft ook enkele vrienden maar die durft hij nu niet te bellen. In 2001 en 2008 heeft hij ook een periode van 'overbelasting' gehad. Hij heeft toen ook medicatie en psychologische begeleiding gehad, in grote lijnen dezelfde behandeling als hij nu krijgt.

In de maanden na het eerste spreekuurbezoek worden de klachten en beperkingen langzaam minder. Meneer start met de re-integratie. Hiervoor wordt door zijn werkgever geregeld dat hij met een taxi naar het kantoor en weer thuis wordt gebracht, zodat hij niet met het openbaar vervoer hoeft te reizen. Hij krijgt een aparte werkruimte zodat hij niet in de kantoorruimte hoeft te werken en hij krijgt niet complexe taken. Bij de start van zijn re-integratie vangen zijn leidinggevende en collega's hem goed op en houden rekening met zijn beperkingen. Gestaag worden de werktijd en taken opgebouwd. Meneer gaat gefaseerd weer met het openbaar vervoer naar kantoor en geleidelijk wordt de vervoersregeling afgebouwd. Na een klein jaar is hij weer volledig aan de slag in zijn eigen (aangepaste) functie.

In overleg met alle betrokkenen wordt besloten een psychiatrische expertise uit te laten voeren. Ten eerste omdat dit de derde keer is dat medewerker langdurig is uitgevallen met vergelijkbare klachten zonder duidelijke oorzaak/aanleiding in werk- of privéomstandigheden. Ten tweede omdat er uit onder andere de spreekuurcontacten een verdenking bestaat op onderliggende problematiek, waarbij ik denk aan een autismespectrumstoornis vanwege de anamnese en gebrek aan oogcontact. Het doel van deze expertise is vast te stellen welke structurele aanpassingen aan zijn werk gedaan kunnen worden om de kans op uitval in de toekomst zo klein mogelijk te maken. De expertise bevestigt inderdaad dat er bij meneer sprake is van autistische trekken. Ook worden naar aanleiding van de bevindingen adviezen gegeven over aanpassingen in zijn werk. De adviezen worden door de werkgever overgenomen. De werkzaamheden worden blijvend aangepast zodat er geen piekbelasting noch tijdsdruk optreedt, evenmin krijgt hij de eindverantwoordelijkheid voor de werkzaamheden. Hij kan gebruik blijven maken van een aparte werkruimte.

¹ Bedrijfsarts

Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel. Mailadres is bekend bij de redactie.