



Bedrijfsartsen en middelenmisbruik van werknemers

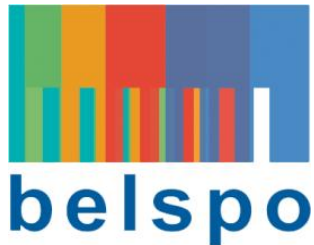
Lambrechts MC ^{1,2}, Ketterer F ³, Symons L ⁴ Mairiaux P ⁵, Peremans L ⁴,
Vanmeerbeek M ³, Godderis L ^{1,6}.

Marie-Claire Lambrechts
Nationale dagen Arbeidsgeneeskunde
Charleroi 28/11/13

1. Department of Occupational, Environmental and Insurance Medicine, KU Leuven
2. Association for Alcohol and other Drug problems, VAD Brussels
3. Department of General Practice/Family Medicine, University of Liège
4. Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp
5. Department of Occupational Health and Health Education, University of Liège
6. IDEWE, External Service for Prevention and Protection at Work, Heverlee

Belspo-project UP TO DATE

- Opdrachtgever: Belspo
- Partners: UA, ULg, KU Leuven, VAD
- Sponsors: FOD WASO & FOD Volksgezondheid
- Thema: gebruik van alcohol, illegale drugs, slaap- en kalmeermiddelen Belgische bevolking (25-65j)
- Focus op huisartsen en bedrijfsartsen (AG)
- 7 WP → WP4 luik AG: ULg en KU Leuven
- Periode: dec. 2011 – dec. 2014





Er zit hier een werknemer met middelenmisbruik.
Gaat AG iets doen of niet?
En wat speelt hierin een rol?

Kwalitatief onderzoek

Interviews

Wanneer gebruiken?

Focusgroepen

Nog weinig bekend over onderwerp

Kenmerken

Face tot face: interactie tussen onderzoeker en respondent;
Half gestructureerde vragenlijsten; met name open vragen;
Klein aantal respondenten;
Rapporteren via beschrijvingen en beelden van doelgroep.

Observatie

Nieuwe ideeën verkennen/
brainstormen

Diepgaande kennis nodig:
waarom, welke, hoe?



Najaar 2012

Kwantitatief onderzoek

Online

Wanneer gebruiken?

Telefonisch

Onderwerp is al weinig bekend

Kenmerken

Gestructureerde vragenlijsten; vooral gesloten vragen;
(fysieke) afstand tussen onderzoeker en respondent;
Groot aantal respondenten;
Rapporteren via tabellen, grafieken en percentages.

Schriftelijk

Generalisatie naar kennis toevoeren, in andere omstandigheden, waarom, wie, hoe?

Verandering tussen respondenten

Efficiëntie

Face 2 Face | Tablet

Oktober 2013

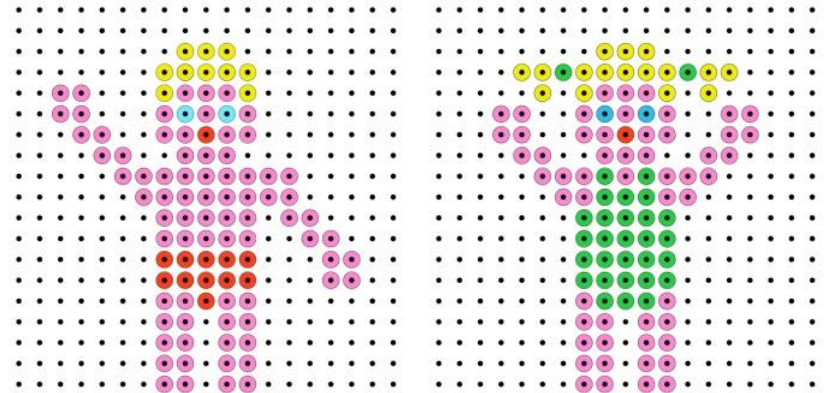
- BBvAg, VVVA, SSST, VVIB-AMTI, EDPB





Kwalitatief luik: methodologie

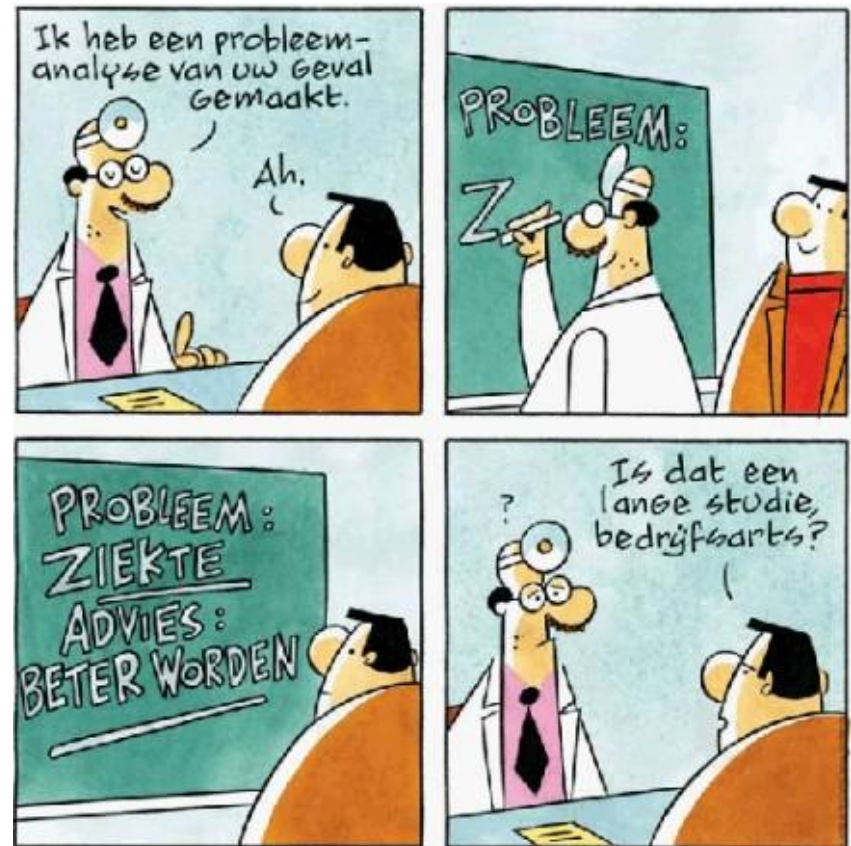
- Exploratief, fenomenologisch, niet representatief
- Begrijpen hoe en waarom AG volgens hen omgaan met middelenmisbruik wn-ers
- Gerichte steekproef: 16 AG
 - 8 FR & 8 NL
 - EDPB – IDPB
 - Grootte/soort bedrijf
 - Leeftijd
 - Ervaring



- Inlichtingenformulier → keuze drug als gespreksonderwerp
- Semi-gestructureerde interviews (draaiboek)

Wat doen AG bij middelenmisbruik?

- Informeren/sensibiliseren
- Screenen/detecteren
- Probleem bespreken
 - Functioneren en/of
 - Middelengebruik, -misbruik
- Doorverwijzen intern
- Doorverwijzen extern
- Opvolgen/reïntegreren



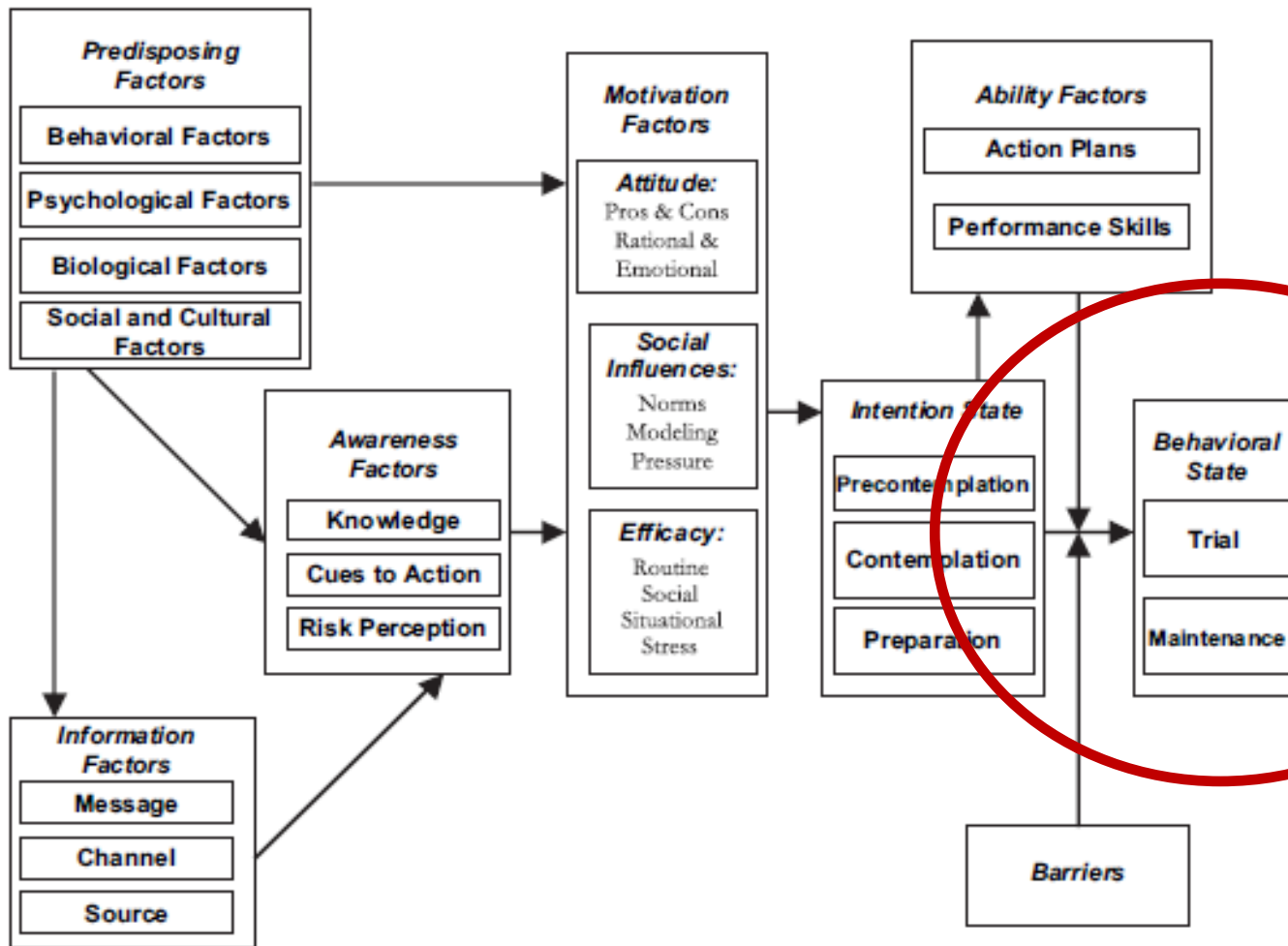
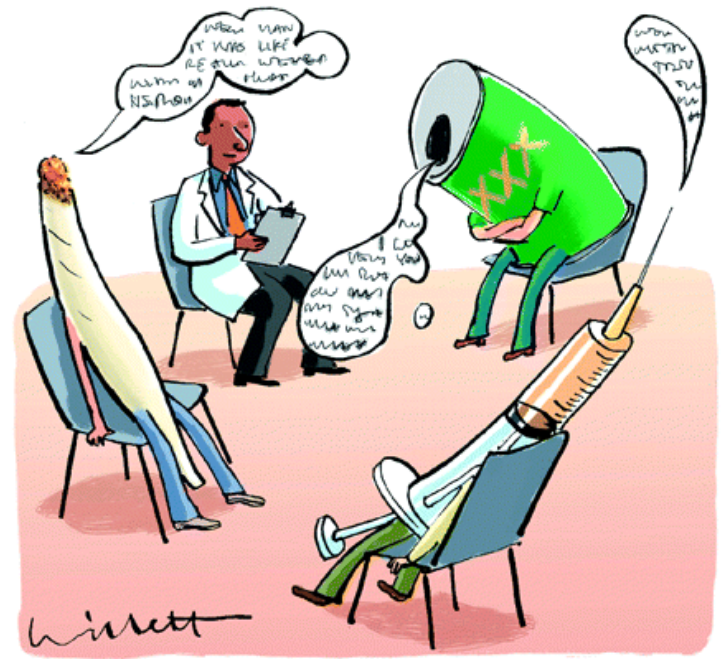



Fig. 1. The I-Change Model (De Vries *et al.*, 2003).

Wat speelt er op de achtergrond mee?

- Ervaring als AG versus curriculum 'jongere' AG
- Ervaring (of niet) met thema: alcohol en slaap- en kalmeermiddelen, veel minder met illegale drugs
- Persoonlijkheid AG






In het begin geloofde ik alles van wat WN-ers zeiden. Ze drinken niet, ze gebruiken geen... “Sorry dat ik iets zei van alcohol”. Enfin, dat was al een evolutie dat ik iemand recht in het gezicht zei dat die naar alcohol rook. Want in het begin, dan deed ik mijn mond daarover niet open. Maar op den duur, zei ik, “Nee, ik geloof je niet”. Dus op dat vlak. En dan ook de consequenties die dat heeft, daar ben ik in geëvolueerd.
(AG5, M, 36j)

Wat speelt er op de achtergrond mee? ₂

- Ervaring als AG versus curriculum 'jongere' AG.
- Ervaring met thema: alcohol en slaap- en kalmeermiddelen, veel minder met illegale drugs.
- Persoonlijkheid AG.
- Grote invloed van contextfactoren:
 - Beeldvorming media, wettelijke opdracht AG
 - Grootte, type, visie bedrijf (en bijhorende middelen)
 - IDPB of EDPB
 - Alcohol- en drugbeleid (CAO 100, fase 1 versus fase 2)



Op dat vlak is CAO 100 een grote meerwaarde. Vroeger alcohol in bedrijfsrestaurants, 's middags een pintje of twee bij de frietjes en stoofvlees dat was geen probleem. Nu kan dat in principe niet meer. Doordat die CAO er gekomen is, is er in de media een polemiek geweest waardoor dat toch iets gemakkelijker bespreekbaar is.. Dat is toch een meerwaarde. Eigenlijk die wetgeving is heel positief geweest. (AG1, M, 39j)

Waar haalt AG informatie?

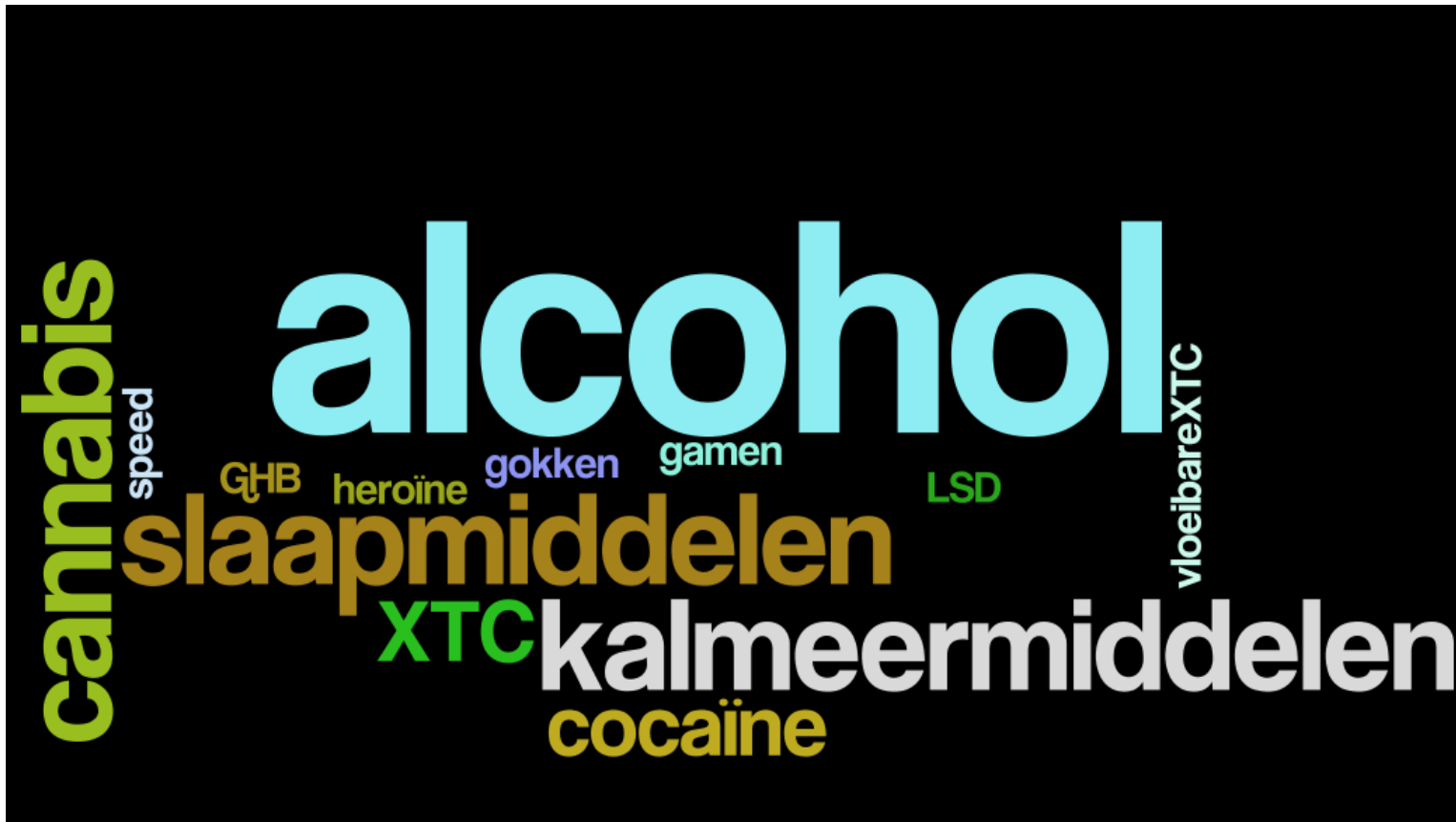
- Eigen informatie
 - Curriculum/opleiding
 - Medisch dossier wn-er
 - Onderzoeken (vragenlijsten, labo-uitslagen)
- Informatie van derden
 - WG-er, leidinggevenden
 - Collega's wn-er
 - Collega's AG, beroepsgroepen

Vaststelling:

veel lacunes, ook vraag naar kwaliteitsvolle info & guidelines.

Wat maakt AG bewust van probleem?


- Kennis en dagelijkse praktijk middelenmisbruik



Wat maakt AG bewust van probleem?_2

- Kennis en dagelijkse praktijk middelenmisbruik
- Probleemdefiniëring
 - Begrippen weinig specifiek en hanteerbaar
 - Grens gebruik – misbruik
 - Alcohol & illegale drugs versus slaap- en kalmeermiddelen
- Actie: disfunctioneren wv-er, consequenties op het werk






Als het problematisch is wil het zeggen dat het problemen veroorzaakt. Op de werkvloer bijvoorbeeld en dan heb je een probleem met functioneren dan heb je mensen die zich niet meer bewust zijn dat iets aan de gang is dat niet goed is.
(AG3, V, 41j)

Wat motiveert AG?

ATTITUDES, over thema:

- Complexe problematiek
- Geen onderscheid tussen rang en stand
- Verantwoordelijkheid gedrag(sverandering) bij wn-er
- Grote bezorgdheid over hoog psychofarmacagebruik en evt. oorzaak-gevolg relatie met werk






Maar als ge het dan effen hebt over psychofarmaca, niemand zegt daar iets over, niemand doet daar iets over, maar als ge het dan zegt, dan hoort ge ze denken, inderdaad dat klopt. Dit blijft nog meer maatschappelijk aanvaard, meer dan alcohol ... Maar hier zegt niemand iets van.

(AG2 ,M, 53j)

Wat motiveert AG?₂

ATTITUDES, over eigen rol en rol van anderen

- AG is geen behandelend arts
- AG is onafhankelijk en neutraal; beroepsgeheim en vertrouwen zijn noodzakelijk
- Opdracht: wn-er (terug) aan het werk
- Verschillende visies over rol als AG:
 - ‘work health’ versus ‘worker health’
 - (meer) individuele versus collectieve preventie
- Visie over andere actoren in faciliterende context (o.m. leidinggevenden en huisarts)



Ik ben daar altijd strikt in: als AG heb je een relatie met het bedrijf enerzijds en met de WN-er anderzijds.

***...
En als je als AG je job au serieux neemt, dan vind ik info geven, gezondheidsvoorlichting en promotie, één van onze belangrijkste taken
(AG3 ,V, 41j)***

Wat (de-)motiveert de AG?₃

- Steun vanuit de directe omgeving
- Perceptie positieve relatie eigen effectiviteit (EE) en leeftijd/ervaring
- Praten over middelenmisbruik is moeilijker dan praten over fysieke gezondheidsproblemen
- Praten over middelenmisbruik verschilt van soort drug
- Praten is efficiënter als anderen rol opnemen (vooral HL)



Doe ik het of doe ik het niet?




- AG wikt tussen voor- en nadelen van mogelijk handelen
- Dit is vaak een proces dat
 - met twijfel gepaard gaat
 - tijd vraagt en positief of negatief beïnvloed wordt
- Veiligheidsrisico's doen onmiddellijk handelen

Wat maakt het makkelijk(er)?

- Pluspunten bij AG
 - Kennis van en ervaring met thematiek
 - Gespreksvaardigheden, motiverende gespreksvoering
- Werken in planmatige en faciliterende context
 - Concreet beleid (welzijn, veiligheid, A&D)
 - Multidisciplinariteit en duidelijke rolbepaling
 - Ondersteunende (visie van) bedrijfsleiding
- Contact/samenwerking met anderen
 - Leidinggevenden
 - Collega AG: uitwisseling en intervisie (> koepels)
 - Huisarts

Wat maakt het moeilijk(er)?

- Dagelijkse realiteit: te weinig tijd, te weinig AG
- Thema (> impact op vertrouwensrelatie met wn-er)
 - Nog steeds taboe-onderwerp
 - Weerstand werknemer én omgeving
 - Kennis en opleiding vaak onvoldoende, verschillend voor soort drug
 - Ontbreken concreet A&D-beleid, duidelijke rolbepaling
- Relatie met curatieve sector
 - Communicatie, doorverwijzingen
 - Wachtlijsten
- Limieten wettelijke opdracht AG (> gezondheidspromotie)




Ik voel me onder druk staan omdat er gewoon te weinig AG zijn. Gisteren had ik 37 mensen die bij mij geweest zijn. Dat is veel. Opvolgen ongevallen, aanwervingen. Ik ben dan kapot nadien hé. Vroeger was het 30 minuten per persoon, toen 20, en nu soms 10 minuten per persoon. (AG8, M, 59j)

Mening AG over huisarts


- Middelenmisbruik & gevolgen op het werk
- Communicatie met huisarts
- Consensus aanpak





De 2 huisartsen die ik gecontacteerd, die hebben daar ook wel heel veel begrip voor, maar inderdaad die connectie om dat samen aan te pakken, dat mis ik nog. En dat mis ik meestal. Goed, ik geef dan wel feedback aan hen toe. Maar ik krijg, nu voor die 2, nooit feedback van de andere kant. “Ik bel u op, ik heb hem terug gezien, ik heb dat gedaan, we hebben die afspraak gemaakt” neen. Het is echt eenrichtingsverkeer.

(AG4, V, 59j)



Mijn grootste successen zijn diegene waar we goed contact hebben met de huisartsen. Waar we wel overlegd hebben. Waarom? Omdat je dan eerlijk tegen elkaar kan zijn. Dat is gewoon soms nodig. Ik begrijp ook dat dit gevoelig ligt. (AG6, V, 38j)



Conclusies

- Gedrag is complex: tal van factoren spelen een rol.
- Contextfactoren en motivatie erg belangrijk.
- Nog heel wat knelpunten.
- Communicatie, relatie met huisarts.

Toetsen via vragenlijst.

Bedankt voor uw
aandacht.

Merci pour votre
attention.