



W E R K W I J Z E R

6

versie 2, november 2006


STECЯ

PLATFORM REÏNTEGRATIE

Inhoudsopgave

1	Inleiding en leeswijzer	4
2	Begripsbepaling	6
3	Aanpak op het spreekuur	8
3.1	Inleiding en werkmodel	8
3.2	Uitleg en hulpmiddelen bij het werkmodel	10
3.3	Rolverdeling tussen bedrijfsarts en arboverpleegkundige	22
3.4	Samenwerking met de huisarts	22
3.5	Begeleiding in de tweedelijns (arbo-)zorg	23
3.6	LOK en somatisatie in relatie tot arbeids(on-)geschiktheid	25
3.7	Aanpak LOK in relatie tot culturele factoren	27
3.8	Aanpak van somatisatie naar werkfactoren	28
4	Somatisatie en de rol van de werkgever	30
4.1	Somatisatie zonder ziekmelding	30
4.2	Somatisatie met ziekmelding	31
4.3	HRM-beleid	31
5	Toolbox	33
5.1	4-DKL	33
5.2	Screeners op depressie en angststoornis	34
5.3	Klachtendagboek	36
5.4	Verbreiding agenda: werkstijl en persoonlijkheid	38
5.5	Het gevolgenmodel	40
5.6	Gedragsregels	41
5.7	Graded activity	43
5.8	Adviezen voor gespreksvoering door werkgever	44

Vervolg inhoudsopgave

6	Achtergrondstudie	47
6.1	LOK in breder perspectief	47
6.1.1.	Epidemiologie	47
6.1.2.	Biopsychosociaal paradigma	48
6.1.3.	Etiologie en pathofysiologie	49
6.1.4.	Somatiek en somatisatie	49
6.2	Functionele syndromen	52
6.2.1.	Chronisch vermoeidheidssyndroom	52
6.2.2.	Whiplash	54
6.2.3.	Fibromyalgie	55
6.3	Somatoforme stoornissen	56
6.3.1.	Somatisatiestoornis	56
6.3.2.	Hypochondrie	56
6.3.3.	Pijnstoornis	58
6.4	Procescontingente begeleiding	60
7	Aanbevelingen	61
8	Essentie en verantwoording	63
9	Literatuur	66
10	Bijlagen	74
A.	Criteria somatoforme stoornissen volgens DSM-IV	74
B.	Beschrijving vierdimensionale klachtenlijst (4-DKL)	78

1 Inleiding en leeswijzer

Begeleiding van werknemers met lichamelijk onverklaarbare klachten blijft onveranderd een van de moeilijkste en tegelijkertijd ook meest uitdagende aspecten van het werk van arboprofessionals. In 2004 is de STECR-Werkwijzer Somatisatie⁽¹⁾ daarom verschenen voor arbodeskundigen die in hun werk te maken hebben met dergelijke klachten. Deze nieuwe Werkwijzer 'Aanpak van lichamelijke onverklaarde klachten en somatisatie' is op basis van feedback uit de praktijk volledig herzien.

In STECR-Werkwijzer Somatisatie uit 2004 heeft de kenniskring getracht de wetenschappelijke inzichten over het somatisatie-begrip te verzamelen en te vertalen naar een werkwijze voor de dagelijkse praktijk in de spreekkamer. Gesterkt door de feedback uit het veld heeft de kenniskring in deze revisie vooral aan de toegankelijkheid en de toepasbaarheid van de Werkwijzer gewerkt. De opzet en indeling van de herziene Werkwijzer weerspiegelen dan ook de nadruk die er gelegd is op het gebruik in het dagelijkse werk. Het opschuiven van het perspectief van de Werkwijzer naar de spreekkamer heeft geleid tot het bijstellen van de titel van deze volledig herziene uitgave.

Het voorgestane werkmodel heeft elementen in zich van het zogenoemde SCEGS-model, een voor huisartsen en internisten ontwikkeld model voor diagnostiek bij en communicatie met patiënten met lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten.

De Werkwijzer blijft gericht op de diagnostiek, interventie en begeleiding bij korter en langer durende vormen van lichamelijk onverklaarbare klachten, die frequent in de eerstelijns arbozorg voorkomen. De kenniskring heeft daarmee direct ook de primaire doelgroep gedefinieerd: de Werkwijzer is bedoeld voor de arboprofessionals die in hun werk veel te maken hebben met deze klachten zoals bedrijfsartsen, arboverpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arbeidsrevalidatietherapeuten en psychologen. De Werkwijzer kan verder relevant zijn voor arbeids- en organisatiepsychologen door de samenhang tussen lichamelijk gepresenteerde klachten en oorzaken op organisatieniveau.

Deze Werkwijzer is uiteraard niet volledig. Daar waar het handelen van de arbo-professional gestoeld is op de drie-eenheid kennis, vaardigheden en attitude richt de Werkwijzer zich vooral op kennis en beschrijving van de vereiste vaardigheden en attitude. De kenniskring is een warme voorstander van een aanvullende training om de vaardigheden te oefenen. Onze ervaring is dat dit ook leidt tot een meer open benadering van werknemers met lichamelijk onverklaarde klachten en somatisatie.

Leeswijzer

- [Hoofdstuk 2](#) gaat over de begripsbepaling. Met het begrip LOK (lichamelijk onverklaarde klachten) wordt aansluiting gezocht bij de recente literatuur. Het ingeburgerde begrip somatisatie wordt ook nog steeds gebruikt.
- [Hoofdstuk 3](#) vormt de kern van de Werkwijzer. Het behandelt de aanpak in de spreekkamer aan de hand van een gestructureerd werkmodel.
- [Hoofdstuk 4](#) geeft adviezen voor de houding van de werkgever.
- [Hoofdstuk 5](#) gaat in op de praktische instrumenten die de professional ondersteunen bij de diagnostiek en aanpak van LOK en somatisatie.
- In [hoofdstuk 6](#) komen de epidemiologie, etiologie en pathofysiologie aan de orde, evenals aanvullende informatie over diagnostiek en behandeling van functionele syndromen en somatoforme stoornissen.

De Werkwijzer besluit met [aanbevelingen](#) voor het werkveld en een [samenvatting](#).

Begripsbepaling

Bij het vaststellen van het begrip somatisatie kan worden uitgegaan van een procesdefinitie of van klachten.

Tot voor enkele jaren werd de procesdefinitie van Lipowski⁽²⁾ het meest gebruikt als uitgangspunt: ‘Somatisatie is de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten – die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard – te ervaren en te rapporteren, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken.’ In 10 tot 35 procent van de eerstelijnsconsulten gaat het om somatisatie volgens deze definitie⁽³⁾.

De laatste jaren neemt de internationale literatuur over somatisatie de klachten als uitgangspunt. De meest gehanteerde termen hiervoor in de Angelsaksische literatuur zijn ‘medically unexplained symptoms’ (MUS) en ‘medically unexplained physical symptoms’ (MUPS)⁽⁴⁾. In de Nederlandse literatuur is de gangbare term ‘lichamelijk onverklaarde klachten’ (LOK). De kenniskring sluit aan bij een benadering vanuit de klachten.

Samenhang

De term ‘lichamelijk onverklaarde klachten’ is neutraal en geeft slechts aan dat er geen lichamelijke verklaring is gevonden. Dit betekent nog niet dat die er niet is^(5,6). Lichamelijk onverklaarde klachten laten zich alleen definiëren tegen de achtergrond van de beschikbare en gangbare medische kennis⁽⁵⁾. In een biopsychosociaal referentiekader is er vaak wel een verklaring voor lichamelijke onverklaarde klachten. Ze hangen dan samen met stressoren, beleving van de klachten, onderliggende psychiatrische comorbiditeit en pathofysiologische processen.

Voorbeelden zijn de buikklachten bij een ‘geprikkelde darm’, klachten van duizeligheid bij een ‘vastzittende nek’ en verlaagde pijndrempel voor pijn bij een depressie. In dergelijke gevallen is er geen aantoonbaar ziektebeeld, maar wel een medische verklaring in de vorm van een psychiatrische verklaring dan wel multifactorieel bepaald beeld met ook pathofysiologische aantoonbare componenten. De kenniskring vat in dat soort gevallen LOK op als lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten, maar hanteert verder de term LOK als lichamelijk onverklaarde klachten omdat deze meer gangbaar is in het werkveld.

Belangrijk is ook dat met deze term het patiëntenperspectief serieus wordt genomen. Het bevestigt dat er geen duidelijke lichamelijke ziekte is aangetoond, maar laat open dat de klachten in een biopsychosociaal referentiekader verklaarbaar en beïnvloedbaar zijn.

Vervolg begripsbepaling

Voor de arboprofessional

Voor de praktijk van de arboprofessional is LOK verder een bruikbare term, omdat deze groep klachten een aantal gemeenschappelijke kenmerken heeft, zoals de vaker voorkomende samenhang met psychiatrische morbiditeit, zoeken van de patiënt/werknemer naar een lichamelijke verklaring en hulpvraag aan de arts op dit vlak. Daarnaast komt LOK vaak voor in voorbijgaande vorm en zonder problemen voor de begeleiding. Het aantal knelpunten in de begeleiding en behandeling hangt vaak samen met de mate van somatisatie en met de kennis en kunde van de arboprofessional. De meeste arboprofessionals ervaren ernstige somatisatie bij werknemers als lastig. Daarom hebben we in deze Werkwijzer veel aandacht besteed aan de interventies gericht op verminderen en ombuigen van somatisatie. Daarom en omdat dit begrip veel gehanteerd wordt in de praktijk, hebben we de term somatisatie in de titel van de Werkwijzer gehandhaafd.

Aanpak op het spreekuur

3.1 Inleiding en werkmodel

Arboprofessionals worden in verzuim- en arbeidsomstandighedensprekken vaak met LOK en somatisatie geconfronteerd. Ze hebben het gevoel dat dit de re-integratie of het functioneren belemmert en dat de werknemer moeilijk te beoordelen is. Deze praktijkervaring is ingang voor het werkmodel van de kenniskring voor aanpak op het spreekuur. De theoretische basis is het onderzoek van huisarts Blankenstein⁽⁷⁾ over het effect van reattributie bij somatisatie, volgens de techniek van Goldberg⁽⁸⁾. Hij toonde aan dat patiënten met diverse vormen van somatisatie zich pas effectief geholpen voelden als ze drie fasen in het consultatieproces hadden doorlopen.

De fasering voor de behandelaar is (zie verder [schema 1](#)):

1. Neem de klacht serieus.
2. Verbreed de agenda.
3. Leg de link.
4. Bepaal het beleid.

In het onderzoek van Blankenstein leidde begeleiding volgens deze techniek bij de patiënten met de hoogste medische consumptie tot een significante afname van de medische consumptie en (bij de werkenden) afname van het verzuim van gemiddeld vijf weken per half jaar tot o.

Het werkmodel start met exploratie van de klachten en doorvragen op aanwijzingen voor somatisatie. Vervolgens wordt de agenda verbreed naar mogelijke oorzaken en getoetst aan de differentiaaldiagnose. Tot slot wordt het beleid opgesteld voor LOK en somatisatie en getoetst aan de mening van de werknemer. Aan het eind van het spreekuur is helder:

- In welke mate de klacht een LOK is.
- Wat de mate van somatisatie is.
- In welke mate de somatisatie is afgenomen.
- Wat het beleid is in verband met de invloed op functioneren en re-integratie.

[Paragraaf 3.1](#) behandelt de stappen van het werkmodel. Hierin worden exploratie en diagnostiek vooral ingebracht in [stap 1](#) en [2](#). Omdat alle stappen bijdragen aan een effectieve begeleiding, is er in [paragraaf 3.2](#) geen strikt onderscheid gemaakt naar diagnostiek en behandeling.

Schema 1. Werkmodel voor de begeleiding

Ingang ('fase 0')	Zijn er aanwijzingen voor LOK en/of somatisatie die re-integratie of functioneren belemmeren? • Hulpmiddelen: - Schema 2 Signalen voor somatisatie - 4DKL (paragraaf 5.1) - Diagnostische screener (paragraaf 5.2)
Fase 1	Neem de klacht serieus • Juiste attitude naar werknemer, aansluiten bij de klachtbeleving (empathie). • Doorvragen op de klacht, ervaren beperkingen en werkhervatting en doorluisteren. - Somatiek - Cognities - Emoties - Gedrag - Sociaal (reactie omgeving op klachten, beperkingen en werkhervatting) • Lichamelijk onderzoek (tenzij niet nodig voor diagnostiek of voor de communicatie en dan met uitleg waarom niet). • Vertel de bevindingen naar aanleiding van anamnese en lichamelijk onderzoek, check begrip werknemer en ga in op vragen en reacties.
Fase 2	Verbreed de agenda • Naar de differentiaaldiagnose (vooral psychisch en psychiatrisch). - Hulpmiddel: schema 4 Diagnostische beslisboom. • Naar onderdelen van de multifactoriële probleem-analyse die nog niet aan de orde zijn geweest, vooral stressoren in werk, privé en coping (vooral werkstijl en hantering druk). - Hulpmiddel: paragraaf 5.4 Verbreding agenda, werkstijl en persoonlijkheid.

Vervolg aanpak op het spreekuur

Fase 3	Leg de link • Naar stressoren en/of hantering. - Hulpmiddel bij stressgerelateerde klachten: Richtlijn NVAB Psychische klachten • Naar depressie/angststoornis. • Naar belemmerende cognities/angst ten aanzien van belasten/werkhervatting. • Uitleg van vicieuze cirkels helpt bij doorbreken ‘oorzaak-gevolg denken’. • Rationale en metaforen ondersteunen leggen van de link. - Hulpmiddel: Klachtendagboek (paragraaf 5.3).
Fase 4	Bepaal beleid • Uitleg beleid in het kader van het SCEGS-model en ga in op reacties. • Plan met werknemer hanteerbare stappen in belasting en werkhervatting. • Congruent met curatieve sector en anders afstemming. • Verwijzing als stagnatie door te lage fysieke belastbaarheid, hantering of psychiatrische comorbiditeit, check daarbij verwijsbereidheid. • Waar oorzaken onduidelijk of niet hanteerbaar zijn: accent op gedragsregels voor langdurige en moeilijke vormen van somatisatie en op hanteren van de beïnvloedbare factoren. - Hulpmiddelen: Gevolgenmodel (paragraaf 5.5) en Gedragsregels (paragraaf 5.6).

3.2 Uitleg en hulpmiddelen bij het werkmodel

Fase 0: Signalen voor de somatisatie vooraf en 4DKL

De arboprofessional kan al voor het spreekuur op het spoor van somatisatie komen door de voorgeschiedenis. Aanwijzingen zijn bijvoorbeeld dat uit het medisch dossier frequent verzuim blijkt, of een voorgeschiedenis van frequente consultatie van huisarts en specialisten zonder duidelijke somatische verklaring voor de klachten. In de praktijk komt dit vermoeden meestal tot stand door het

Vervolg aanpak op het spreekuur

gevoel dat de werknemer oproept. De werknemer dringt er bijvoorbeeld ‘overmatig’ op aan dat verminderd functioneren of verzuim legitiem zijn door de klachten en ondervonden beperkingen. Of hij dringt aan op een somatische verklaring. De signalen in schema 2 kunnen dit objectiveren.

Schema 2: Signalen voor vormen van somatisatie⁽³⁾

1.	Frequent bezoek huisarts, vaker dan verwacht mag worden op grond van leeftijd, geslacht en lichamelijke ziekten.
2.	Frequent verzuim (bijvoorbeeld meer dan vier keer per jaar); aard en diversiteit van de klachten; frequent bezoek aan de arbodienst.
3.	Herkennen van multifactorieel bepaalde (verzuim)klachten in de loop van de tijd.
4.	Ongerustheid over kleine kwalen of onschuldige lichamelijke verschijnselen.
5.	Werknemer schrijft klachten toe aan lichamelijke oorzaak, ziekte.
6.	Werknemer dringt (sterk) aan op een somatische aanpak.
7.	Onbehagen bij de arboprofessional, ‘heartsink’-gevoel, bijvoorbeeld als gevolg van de elders genoemde signalen of claimend gedrag van werknemer.
8.	Arboprofessional heeft aanwijzingen voor het bestaan van psychosociale problematiek.
9.	Arboprofessional heeft aanwijzingen voor een stemmingsstoornis of angststoornis.
10.	Langer bestaand patroon: in ernstige gevallen is dit een jarenlang patroon en soms een levenslang patroon waarbij de DSM-IV-criteria voor een somatisatiestoornis (zie bijlage B) betrokken moeten worden.

4DKL

Een ander hulpmiddel is het afnemen - vooraf of na het spreekuur - van de 4DKL-vragenlijst van Terluin (te downloaden via www.datec.nl). Het is een hulpmiddel om onderliggende depressie, angststoornis en stressgerelateerde stoornis te ontdekken. De 4DKL moet naast het spreekuur worden gebruikt. De vragenlijst is niet gevalideerd voor psychiatrische diagnostiek (dit kan wel met de vragenlijst van Koetert en van den Brink, zie [paragraaf 5.2](#)) en vraagt altijd een nadere interpretatie. Een nadere toelichting vindt u in [paragraaf 5.1](#) en in [bijlage B](#).

Fase 1: Neem de klacht serieus

Uit onderzoek^(7,12) blijkt dat het voor het slagen van de begeleiding essentieel is dat de somatiserende patiënt zich begrepen voelt. Verder zijn de competenties en attitude van de begeleidend professional belangrijk. Valkuilen zijn dus het bagatelliseren van de klacht en van de ervaren ernst.

Signalen (in het spreekuur, volgens [schema 2](#), of op basis van de 4DKL) moeten serieus genomen worden en er moet worden onderzocht of er sprake is van somatisatie. Hiervoor is het SCEGS-model een goed referentiekader, zowel inhoudelijk als voor de communicatie. Dit model maakt onderscheid naar diverse factoren die rol spelen bij klachten: somatisch, cognities, emoties, gedrag, sociaal (zie [schema 3](#)). Het is ontwikkeld door internisten en huisartsen in Nijmegen als model bij de diagnostiek en communicatie met patiënten met medisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten^(13,14). Dit model is ook geschikt voor een cognitief gedragmatige interventie, waarbij de arts zodanig inspeelt op cognities, emoties en gedrag dat de patiënt deze kan bijstellen in een meer functionele richting.

Schema 3. Het SCEGS-model

Somatisch:	Wat zijn de klachten: duur, aard, lokalisatie, ernst, eventueel recidiverend karakter en bijkomende klachten (op basis van grondige anamnese)?
Cognities:	Welke ideeën heeft de patiënt of werknemer over mogelijke oorzaken en gevolgen van zijn klachten, over beperkingen, mogelijkheden, en arbeids (on-) geschiktheid?
Emoties:	Welke emoties roepen de klacht en de ervaren beperkingen op: boosheid, ongerustheid, angst of somberheid?
Gedrag:	Tot welk gedrag leiden de klachten: vermijden van belasting of verplichtingen? Tot forceren? Wat doet de patiënt of werknemer als hij klachten heeft aan zelfzorg en preventie?
Sociaal:	Hoe is de wisselwerking met de omgeving (werk en privé)?

Wees attent

Het gaat erom attent te zijn op aanwijzingen voor somatisatie. Dit zijn verwoorde cognities ('ik kan pas aan het werk als de klacht weg is'), emoties ('ik ben bang dat ik te snel hervat', 'kan het een hernia zijn?') of gedrag (vermijden van elke rugbelasting). Als dit het geval is, is het belangrijk de andere sporen uit te vragen. Waar de huisarts vooral doorvraagt op het vlak van cognities, emoties en gedrag

Vervolg aanpak op het spreekuur

rond aandringen op medisch onderzoek en verwijzingen, doet de arboprofessional dit op het vlak van cognities, emoties en gedrag rond belasten, functioneren en arbeidsongeschiktheid. De kenniskring heeft de ervaring dat het SCEGS-model in een training als vaardigheid aangeleerd moet worden.

Als het SCEGS-model goed is uitgevoerd, heeft de werknemer na exploratie het gevoel dat de arboprofessional goed heeft gekeken naar de somatische factoren en voelt de werknemer zich ook serieus genomen in de beleving van de klachten, beperkingen en arbeidsongeschiktheid.

Fase 2: Verbreed de agenda

De exploratie is gericht op de beleving van de werknemer. De arboprofessional heeft na exploratie deels zicht op de differentiaaldiagnose, maar heeft daarna meestal nog vragen over het ziektebeeld en de aard van de somatisatie. Daarvoor is het goed om vragen te stellen volgens schema 4: dat wil zeggen te beoordelen of er nog een somatische verklaring is, of de klachten veroorzaakt worden door depressie of angststoornis, of dat sprake is van een somatoforme stoornis.

Schema 4. Beslisboom bij diagnostiek van LOK⁽¹⁵⁾

Ingang	· Lichamelijke klachten zonder direct evidente verklaring, waarvoor werknemer een somatische verklaring zoekt; · Een of meer van de signalen volgens schema 2.
Stap 1	Sluit een andere verklaring uit door: a) een somatische aandoening of (genees-)middelengebruik; b) socioculturele factoren, simulatie (en aggraving) of in het kader van een nagebootste stoornis.
Stap 2	Stel vast of er sprake is van psychiatrische ziektebeelden (anders dan somatoforme stoornissen), en dan vooral depressies of angststoornissen.
Stap 3	Stel vast of er sprake is van een somatoforme stoornis in engere zin (vooral somatisatiestoornis, hypochondrie en pijnstoornis).
Stap 4	Stel als werkhypothese vast dat het om een lichamelijk onverklaarde klacht gaat, bijvoorbeeld somatisch onvoldoende verklaarde hoofd- en buikklachten, moeheid, KANS etc. Beleid: zie werkmodel voor de begeleiding (schema 1). Als dit niet effectief is, ga dan terug naar stap 1.

Stap 1

Om aan te nemen dat een klacht lichamelijk onvoldoende verklaard is, moet eerst een somatische aandoening uitgesloten worden. Hoe specifiek de klacht, hoe groter de kans op een specifieke aandoening. Dit geldt ook voor de leeftijd (hoe ouder, hoe meer kans) en voor de voorgeschiedenis (bij specifieke klachten in de voorgeschiedenis is er meer kans dan bij een voorgeschiedenis met aspecifieke klachten). Andersom verkleint de aanwezigheid van meerdere aspecifieke klachten (zoals moeheid, duizeligheid, hoofd- en borstklachten) de kans dat een somatische verklaring kan worden aangetoond.

In het beleid kan meestal worden aangesloten op standaarden van huisartsen en op epidemiologische kennis. Zo is uit onderzoek^(16,17) bij huisartsen gebleken dat klachten als hoofdpijn en buikpijn bij de meeste patiënten, in de loop van vier weken, vanzelf of met enige zelfzorg zijn verdwenen.

Als een klacht blijft bestaan, is het belangrijk een tweesporenbeleid te blijven volgen, net als huisartsen doen. Dit is het aanhouden van een dubbele hypothese waarbij er een 'waarschijnlijkheidsdiagnose' wordt gehanteerd (een somatische of een psychische oorzaak wordt vermoed), maar waarbij niet uit het oog wordt verloren dat het 'andersom' kan liggen.

Van medicatie is bekend dat de bijwerkingen vaak specifiek zijn, bijvoorbeeld malaise, duizeligheid of hoofdpijn. De kans neemt toe bij polifarmacie en gebruik van hogere doseringen. Daarom is het van belang na te gaan welke medicatie de werknemer gebruikt en in welke dosering. Overmatig alcohol- en drugsgebruik kunnen nogal eens leiden tot aspecifieke klachten en daarmee een valkuil zijn.

Socioculturele factoren beïnvloeden de klachtenpresentatie. Voor de specifieke aspecten daarvan verwijzen we onder andere naar de STECR-Assist over allochtonen⁽¹⁸⁾ en [paragraaf 3.7](#).

Simulatie en aggraving kunnen in de klachtenpresentatie een rol spelen, bijvoorbeeld als het gaat om een arbeidsongeschiktheidsuitkering, bij een claim met verhaalkwesties of bij andere aspecten die ziekte winst geven (goede kwantitatieve gegevens hierover ontbreken echter). Aanwijzingen hiervoor zijn een atypisch beeld en/of beloop, tegenstrijdigheden in anamnese en/of bij lichamelijk onderzoek en aantoonbare aspecten van ziekte winst.

Bij een nagebootste stoornis (DSM-IV-diagnose) kan een patiënt een vrij indrukwekkend medisch dossier hebben opgebouwd en aandringen op vergaande (risikante) procedures. Dit beeld is vrij zeldzaam, maar u moet er wel rekening mee houden. De patiënt is zich bewust dat hij een stoornis nabootst, maar niet van zijn motieven om dit te doen.

Stap 2

Dit wordt in de literatuur vaak secundaire somatisatie genoemd (primaire somatisatie betreft dan alle vormen van somatisatie die niet veroorzaakt worden door een psychiatrische aandoening).

Schattingen hierover lopen nogal uiteen: bij 10-30 procent van de somatiserende patiënten is er ook sprake van een angststoornis of een depressie⁽³⁾. De geschatte prevalenties van angststoornissen en depressies in de huisartspraktijk zijn zo hoog, dat bij patiënten met medisch onverklaarde lichamelijke klachten nagegaan moet worden of er ook sprake is van een depressie of angststoornis. De aanwezigheid van een van beide heeft consequenties voor het te volgen beleid. Depressie en angststoornis behoren tot de top vijf van de morbiditeit in de huisartspraktijk⁽¹⁹⁾. De prevalentie van een angststoornis bedraagt 5-8 per 1000 patiënten in een huisartspraktijk; bij mannen is de prevalentie^(20,21) 3-5 en bij vrouwen 6-10. De prevalentie van depressie in de huisartspraktijk bedraagt voor mannen 14 per 1000 en voor vrouwen 29 per 1000 patiënten⁽²²⁾. De prevalentie in de bedrijfsgezondheidszorg is nog onbekend, maar vermoedelijk lager in verband met het 'healthy worker effect'.

Een diagnostisch hulpmiddel dat huisartsen gebruiken, is de korte screeningsvragenlijst voor depressie en angststoornissen volgens Koeter en van den Brink⁽²³⁾. Deze is gevalideerd voor gebruik in de eerste lijn in Nederland en in de arbo-dienstverlening ook goed toe te passen, ook in combinatie met de 4DKL (die dimensies aangeeft, maar niet voor psychiatrische diagnostiek is gevalideerd). Uitkomst van stap 2 is in een aantal gevallen dat de klacht medisch wel verklaard kan worden door de psychiatrische aandoening en dat daarmee diagnose en aanpak helderder zijn.

Stap 3

De somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV bestaan uit de volgende beelden:

- Somatisatiestoornis (prevalentie 0,2-2 procent)
- Ongedifferentieerde somatoforme stoornis
- Conversiestoornis (prevalentie 0,01-0,5 per 1000)
- Pijnstoornis
- Hypochondrie (prevalentie 2-7 procent in de eerste lijn)
- Morfodysforie (stoornis in de lichaamsbeleving)
- Somatoforme stoornis niet anders gespecificeerd

Voor uitgebreidere beschrijving van deze ziektebeelden verwijzen wij naar [paragraaf 6.3](#) en [bijlage A](#). De kenniskring stelt dat de arboprofessional hierbij de patronen moet herkennen en dat specifieke expertise aanwezig is bij psychiaters,

klinisch psychologen en professionals van de tweedelijsarbozorg. Drie somatoforme stoornissen in engere zin zijn door hun ‘beeld’ van belang voor arboprofessionals:

1. Hypochondrie: een patroon waarbij ziekteangst en bezorgdheid, die niet in verhouding tot de ernst van het ziektebeeld staan, overheersen.
2. Pijnstoornis: de pijn overheerst het ziektebeeld, vraagt specifieke zorg en psychische factoren worden geacht een belangrijke rol te spelen.
3. Somatisatiestoornis: een levenslang patroon van episodes van lichamelijk onverklaarde klachten, die tot het zoeken van medische hulp hebben geleid, beginnend voor het dertigste levensjaar. Praktische vragen zijn: hoe vaak de werknemer in een ziekenhuis is geweest en hoe vaak hij of zij een specialist geraadpleegd heeft (bij meer dan vijf keer wordt de diagnose waarschijnlijker). Dit beeld is opvallend, maar in de werkende populatie zeldzaam.

Uitkomst van stap 3 is dat een (beperkt) aantal gevallen van werknemers met LOK psychiatrisch verklaard worden door deze psychiatrische beelden en dat de arboprofessional de aanpak hierop moet richten.

Stap 4

Als alle stappen goed doorlopen zijn, weet de arboprofessional in welke mate de klacht lichamelijk onverklaard is en of er sprake is van psychiatrische comorbiditeit. LOK komen relatief veel voor onder huisartspatiënten en zijn bij twee derde van de patiënten na twee maanden niet meer te vinden⁽²⁴⁾. Deze ‘somatoforme klachten’ treden vooral op in perioden van stress of andere problematiek. Onder dergelijke condities, waarbij samenhang tussen bepaalde persoonskenmerken⁽²⁵⁾ en een verhoogde gevoeligheid voor lichaamssignalen⁽²⁶⁾ is aangetoond, kan de patiënt een lichamelijke gewaarwording als klacht ervaren en er medische hulp voor zoeken. Als de klacht stressgerelateerd blijkt en werknemer en arboprofessional zijn het hierover eens, dan kan de begeleiding volgens de richtlijn van de NVAB⁽²⁷⁾ voor de begeleiding van werknemers met psychische klachten, plaatsvinden.

Uit [stap 4](#) blijkt dat een derde van de LOK na twee maanden nog bestaan. Hieronder vallen ook de zogenoemde somatoforme stoornissen in brede zin en ziektebeelden zoals fibromyalgie, ‘irritable bowel syndrome’ en dergelijke. De kenniskring ziet deze functionele syndromen als clusters van LOK. Zoals gesteld in [stap 1](#), [2](#) en [3](#) moet daarbij ‘los van het label’ gekeken worden naar eventueel onderliggende somatische problematiek en onderliggende psychiatrische problematiek. Voor aandachtspunten en behandelwijzen van functionele syndromen kijkt u in [paragraaf 6.2](#).

Vervolg aanpak op het spreekuur

Het resultaat van het doorlopen van de beslisboom is dat de arboprofessional heeft te maken met bijvoorbeeld somatisch onvoldoende verklaarde buik-, hoofdklachten of moeheid en waarbij een psychiatrische aandoening (voorlopig) is uitgesloten.

Daarbij denkt de kenniskring ook aan specifieke klachten aan arm, nek/schouder (KANS) en specifieke rugklachten, waarbij vaak (beperkte) lichamelijke afwijkingen te vinden zijn, die echter onvoldoende verklaring bieden voor de ernst van het klachtenpatroon. Voor de begeleiding van deze werknemers verwijst de kenniskring naar de betreffende NVAB-richtlijnen^(27,28) in samenhang met de inhoud van deze Werkwijzer.

Somatisatie komt ook voor bij mensen die een geobjectiveerde lichamelijke aandoening hebben. In dat geval presenteert de patiënt klachten die niet overeenkomen met de ernst en/of aard van het ziektebeeld. Zie verder paragraaf 6.1.4.

Vignet (praktijkvoorbeeld)

Een ziekenverzorgende is uitgevallen met klachten van moeheid die al enkele maanden bestaan. Hier waren recent hoofdpijn en concentratieproblemen (die zij weet aan de hoofdpijn) bijgekomen waardoor ze zich ziek heeft gemeld.

Een werkhervatting na vier weken mislukte, wat haar in het vermoeden sterkte dat ze aan een chronische virale infectie of andere lichamelijke oorzaak leed. De huisarts kon met een oriënterend onderzoek, de ziekte van Pfeiffer, bloedarmoede en schildklierproblematiek uitsluiten en adviseerde een afwachtend beleid.

De bedrijfsarts ziet haar vlak na de mislukte werkhervatting. Hij gaat eerst in op de gepresenteerde klachten: 'Ik wil graag precies weten hoe vaak en hoe erg de moeheidsklachten zijn, waarin u daardoor beperkt bent en of er lichamelijke oorzaken zijn uitgesloten' (fase 1 werkmodel). Cliënte vertelt in detail over haar moeheidsklachten, beperkingen en het consult bij de huisarts. De bedrijfsarts doet een oriënterend lichamenlijk onderzoek en geeft aan ook geen aanwijzingen te zien voor lichamelijke oorzaken.

Vervolgens verbreedt de bedrijfsarts de anamnese naar psychische en psychiatrische oorzaken (fase 2 werkmodel). De werknemer geeft aan niet goed te kunnen slapen, tot erg weinig te komen en weinig plezier meer in de dagelijkse dingen te hebben. Zij geeft aan 'vroeger was ik heel anders'.

Bij verder doorvragen blijkt dat er sprake is van een gemaskeerd depressief syndroom. De werknemer is verrast door de boodschap dat er vermoedelijk geen lichamelijke oorzaak is en verbaast dat een depressief syndroom de verklaring kan zijn. Zij vraagt hoe dit kan en begrijpt na enige uitleg dat een

verminderde stemming vaak gepaard gaat met lichamelijke klachten ([fase 3](#) werkmodel) en geeft daarna aan dat ze blij is dat duidelijk is waar de moeheid vandaan komt.

De werknemer geeft na voorlichting over mogelijke behandelwijzen aan te twijfelen over aanpak met psychotherapie en antidepressiva te willen gebruiken als dit onvoldoende zou helpen. Met cliënte wordt afgesproken dat ze een en ander op zich zal laten inwerken en dat er over een week telefonisch contact is voor afspraken over het vervolg van de werkhervatting en professionele ondersteuning ([fase 4](#) werkmodel).

Cliënte belt na een week op en er worden afspraken gemaakt voor een terugkeerplan en verwijzing voor professionele ondersteuning, in overleg met de huisarts.

Fase 3: Leggen van de link (door de werknemer)

Het leggen van de link kan met open vragen ('Welk verband ziet u?') en suggesties ('Ziet u een verband tussen moment X, de periode van de problemen op uw werk, en uw klachten?'). Belangrijk is om niet een mening op te dringen, maar aan de hand van (non-) verbale signalen te zien of de werknemer zelf de link legt. Bij werknemers die hierin een open houding hebben, zal dit een natuurlijke overlap hebben met [fase 2](#).

Vaak is het nodig om de bestaande vicieuze cirkels uit te leggen; dit versterkt het doorbreken van 'oorzaak-gevolgdenken' dat bij somatiserende werknemers een rol speelt. Voorbeeld is de werknemer met borstklachten die door de gedachte aan mogelijke hartklachten (cognitie) angstig (emotie) wordt, zich gaat ontzien en zich gaat focussen op zijn lichaam (gedrag) en door zijn toegenomen gespannenheid (lichamelijke reactie) meer borstklachten krijgt. Dit versterkt zijn gedachten en emoties en daarmee de vicieuze cirkel. Het uittekenen van de specifieke vicieuze cirkel of gebruiken van een model is dan een goed hulpmiddel om het inzichtelijk te maken voor de werknemer. Voor meer achtergrondinformatie en een compleet model zie [paragraaf 6.1](#).

[Figuur 1](#) beschrijft een voorbeeld van de werknemer met rugklachten.

Figuur 1. Vicious circle bij de werknemer met rugklachten



Een goede verklaring van de klachten levert een belangrijke bijdrage aan een goed resultaat. Hierbij kan de professional ook gebruik maken van metaforen, bijvoorbeeld die van de weegschaal om uitleg te geven wanneer een evenwicht verstoord is en wat de werknemer kan doen om het evenwicht te herstellen.

Onderzoek afwachten

Als dit erg bepalend is en op korte termijn duidelijk, kan het raadzaam zijn uitgezet onderzoek van de curatieve sector af te wachten (niet met betrekking tot duiden mogelijkheden en beperkingen en van stappen in de werkhervatting), om het leggen van de link door de werknemer te faciliteren. Bijvoorbeeld omdat de werknemer enkele uitslagen wil afwachten of de visie van de huisarts wil horen, voordat hij openstaat voor een andere dan een somatische verklaring. Daarbij is een afstemming tussen bedrijfsarts en behandelend arts gewenst.

Een klachtendagboek (zie [paragraaf 5.3](#)) is een hulpmiddel om de probleembediagnose te verhelderen en om de werknemer te helpen zicht te krijgen op de oorzaken van de klachten. De werknemer houdt dan in een dagboek zijn klachten, activiteiten en gedachten/zorgen per dag bij.

Fase 4: Bepaal beleid

Als de werknemer (onderdelen van) het beleid niet goed accepteert, kan een voorgaande stap van het werkmodel niet goed zijn verlopen, of de werknemer is minder 'ver' dan gedacht. Het is goed dan terug te gaan tot de stap waar het blijft 'hangen'. Door vragen als 'bent u nog bang voor een lichamelijke oorzaak?' 'denkt u dat er een beschadiging optreedt bij belasten?'. Als deze vragen beantwoord zijn, staat de werknemer vaak toe de agenda te verbreden naar het functioneren.

Door het accent meer te leggen op de 'gevolgen' bedoelen wij: benoem de onderhoudende factoren en gevolgen die voor werknemer van belang zijn. Dit in de termen van het SCEGS-model. 'U bent door de rugklachten bang voor belasting geworden' en 'u dreigt door uw klachten van het werk geïsoleerd te raken' dan wel 'u kunt door uw klachten voor u belangrijke taken thuis niet vervullen'. Dit accent helpt als duidelijk is dat oorzaakverheldering waarschijnlijk niet zal volgen (de oorzaak voor rugklachten zonder uitstraling voorbij de knie, de oorzaak voor moeheid na basaal onderzoek door huisarts). De valkuil hierbij is om hierin te blijven hangen. Wat helpt is de constatering dat de werknemer niet van zijn problemen afkomt door alleen verder te zoeken naar oorzaken en het aanbod om te helpen bij de aanpak van de gevolgen voor werknemer. Zie verder [paragraaf 5.5](#).

Bij langdurige en moeilijk behandelbare vormen van somatisatie is het verstandig om gedragsregels toe te passen. In de Verenigde Staten bleek uit vier randomized clinical trials (RCT's)⁽⁹⁻¹²⁾ dat het gebruik van 'consultation letters' - instructies over het serieus nemen van de klacht, beperken van verwijzingen, geven van goede uitleg - effectief was. Bij huisartsen leidde dit tot een verminderde medische consumptie van deze patiënten met vijftig procent. Van der Zwaard⁽²⁹⁾ bepleitte eerder om deze gedragsregels toe te passen in de Nederlandse gezondheidszorg (zie [paragraaf 5.6](#)).

Bij verwijzingen gaat het om interventies die herstel en terugkeer bevorderen. Daarbij dienen een integrale aanpak, een kundige begeleiding en eventuele onderliggende aandoeningen gewaarborgd te zijn. Check dit waar nodig bij de curatieve sector (eerste- en tweedelijns) en bij de tweedelijns arbozorg (zie [paragraaf 3.4](#)). Als de werknemer ook na meerdere gesprekken weerstand blijft houden tegen een verwijzing, overweeg dan het liaisonmodel: een psychiater of psycholoog ziet de werknemer eenmalig of de arboprofessional consulteert zelf een psychiater of psycholoog om advies te krijgen over het beleid bij de werknemer. Van der Feltz e.a.⁽³⁰⁾ hebben in een RCT aangetoond dat dit een goed werkbaar en effectief model is. Hierover loopt nu ook een RCT in de arbodienstverlening.

Vervolg aanpak op het spreekuur

De kenniskring geeft in overweging om op indicatie een driegesprek tussen werknemer, werkgever en arboprofessional te organiseren. Dit kan soms leiden tot een beter begrip van oorzaken en leiden tot oplossingen wat de re-integratie positief kan beïnvloeden.

Vignet (praktijkvoorbeeld)

Een 47-jarige medewerkster van de huishoudelijke dienst is uitgevallen met lage rugklachten, nekklachten en moeheid. Zij heeft veel last en uitstralende pijn tot in de heup. Ze is bang voor een hernia en vreest dat het vak te zwaar voor haar wordt. Zij ziet een verband met het vaak gebogen werken, de tilwerkzaamheden en het vele traplopen. Via de huisarts is zij verwezen naar de fysiotherapeut. De behandeling is onder meer gericht op een juiste houding tijdens het verrichten van werkzaamheden. De huisarts denkt niet aan een hernia. De fysiotherapeut maakt een voorbehoud ten aanzien van de diagnose fibromyalgie in verband met de diverse spierklachten en moeheid.

Tijdens het spreekuur wordt eerst ingegaan op de klachten en een lichamelijk onderzoek gedaan. Daarna volgt uitleg dat er geen aanwijzingen zijn voor een hernia en uitgelegd dat lumbale spieren en sacro-iliacale banden geïrriteerd zijn. De nek- en hoge rugspieren zijn gespannen, maar er zijn geen andere gevoelige drukpunten. De medewerkster wil dan graag weten of de bevindingen de klachten kunnen verklaren en hoe er uitstralende pijn kan zijn zonder een hernia. Na enige uitleg is ze meer gerustgesteld (*fase 1* werkmodel). Daarna verbreedt de arts de agenda door haar te informeren naar de mogelijkheden tot ontspanning en het slapen. De medewerkster geeft aan dat ze zich moeilijk kan ontspannen en al langere tijd (ongeveer twee jaar) slaapproblemen heeft (*fase 2* werkmodel). Zij krijgt van de huisarts regelmatig kortdurend slaapmedicatie.

In eerste instantie kan de vrouw de link niet leggen tussen haar 'privé-problemen' en de rug- en nekklachten. Wel werkt ze mee aan een geleidelijke uitbreiding van haar werk en wil daarbij een klachtendagboek bij gaan houden. Bij een vervolgesprek blijft de medewerkster sceptisch en geeft aan behoorlijk moeite te hebben met het uitbreiden van haar werk. Ze blijft bang voor de diagnose fibromyalgie. Na het derde en vierde gesprek ziet betrokkene aan de hand van het klachtendagboek dat er een vicieuze cirkel bestaat: zij heeft vooral klachten door de werkdruk in combinaties met spanningen thuis. Er zijn irritaties binnen haar huwelijk. Haar echtgenoot claimt haar en vindt dat ze minder moet werken.

Na bespreking ziet de betrokkene in dat vermoeid thuiskomen leidt tot extra irritatie waardoor ze slecht slaapt en de volgende werkdag meer klachten heeft.

De irritaties dragen bij tot slechter slapen. Met dit inzicht legt zij de link tussen de klachten en de genoemde oorzaken (*fase 3* werkmodel). Dan is de betrokkene gemotiveerd tot het in grotere stappen uitbreiden van het werk, in samenhang met beter aangeven van haar grenzen aan haar leidinggevende (*fase 4* werkmodel). Hierna krijgt haar echtgenoot ook meer vertrouwen in het geheel. De slaapproblemen en echtelijke spanningen zijn nog niet geheel verdwenen maar betrokkene raakt er minder door gefrustreerd. Zij heeft haar werk volledig hervat.

3.3 Rolverdeling tussen bedrijfsarts en arboverpleegkundige

Uit onze ervaring met het werkmodel blijkt dat de bedrijfsarts het model het beste kan toepassen bij werknemers met ernstigere vormen van somatisatie. De bedrijfsarts is immers degene die de diagnose het best kan stellen, omdat hij lichamelijk onderzoek kan doen en medisch verantwoordelijk is voor het eindoordeel. Volgens de kenniskring kunnen arboverpleegkundigen - hoewel ze geen lichamelijk onderzoek doen - werknemers met lichamelijk onverklaarde klachten en lichte vormen van somatisatie wel begeleiden. De manier waarop zij werken sluit namelijk vaak aan op het lichamelijk onderzoek van de huisarts. Als de arboverpleegkundige met de werknemer tot reattributie en re-integratie komt is er geen verwijzing naar de bedrijfsarts nodig. Als het herstel stagneert en de reattributie niet slaagt, is een dergelijke verwijzing wel nodig. In overeenstemming met de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) is bij begeleiding van een arboverpleegkundige altijd overleg met de bedrijfsarts nodig als er sprake is van stagnerend herstel of vermoeden van (niet adequaat behandelde) psychiatrische ziektebeelden.

Op basis van het werkmodel van de kenniskring is het belangrijk dat de bedrijfsarts werknemers ziet bij wie de reattributie niet makkelijk verloopt. Bij twijfel vooraf kan de bedrijfsarts de werknemer het beste het eerst zien, omdat een overdracht van arboverpleegkundige naar bedrijfsarts nadelig is voor de gewenste vaste begeleiderrelatie met de werknemer.

3.4 Samenwerking met de huisarts

De ervaringen met patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten leert dat het bevorderlijk is dat één vaste arts ze begeleidt. Dat is in Nederland echter zelden

het geval. Daarom is het belangrijk dat de arboprofessional en huisarts zoveel mogelijk hetzelfde beleid hanteren. Hiervoor zal regelmatig afstemming nodig zijn. Concreet adviseren wij afstemming door de arboprofessional als:

- Er onzekerheid is over de medische diagnose en/of onderliggende psychiatrische problematiek.
- Er afspraken nodig zijn over de afbakening van het medisch traject (welk medisch onderzoek is nodig en wat moet daarbij uitgelegd worden aan de werknemer).
- Er specifieke interventies zijn gericht op de aanpak van de somatisatie en/of de stressoren die daaraan bijdragen. Hier kan ook goed een werkverdeling⁽³¹⁾ afgesproken worden voor de aanpak van de meer werkgerelateerde oorzaken (arboprofessional) en voor de oorzaken in het privé-domein (via huisarts).

Communicatie die niet is afgestemd draagt bij aan de onzekerheid en eventuele somatisatie bij de werknemer. Wij pleiten voor een vergelijkbare insteek bij de huisarts als hij of zij bovengenoemde zaken bij een werknemer opmerkt.

Eind 2006 start het CBO een werkgroep voor het opstellen van een multidisciplinaire richtlijn 'diagnostiek en behandeling van somatoforme stoornissen en klachten'. Die richtlijn is eind 2008 klaar. Hierin zal de NVAB participeren en deze richtlijn biedt vermoedelijk een goed referentiekader voor de afstemming tussen arboprofessionals en andere behandelaars.

3.5 Begeleiding in de tweedelijns (arbo-)zorg

Als de begeleiding conform de Werkwijzer niet leidt tot volledige re-integratie moet men verwijzing naar de tweede lijn overwegen. Bij de lichtere vormen van somatisatie is het mogelijk dat een stressor in het werk of de thuissituatie onvoldoende aangepakt is. Indicaties van de zwaardere vormen van somatisatie zijn:

- a) Irrationele opvatting over oorzaken, gevolgen en aanpak.
- b) Een ontregelde balans van inspanning en ontspanning, activiteiten en rust.
- c) Een significant verlies van uithoudingsvermogen.
- d) Diagnose van somatisch specialisten van een functioneel syndroom en waarbij de werknemer de klachten en beperkingen moeilijk te hanteren vindt ([zie verder 6.2](#)).
- e) Aanwijzingen voor psychopathologie, vooral in de vorm van depressie of angststoornis, dan wel in de vorm van een somatoforme stoornis.
- f) Persoonlijkheidsproblematiek.

Zoals eerder gesteld, is het belangrijk de werknemer op de juiste wijze te motiveren voor een verwijzing. De praktijk leert dat voor bepaalde problematieken specifieke tweedelijns professionals het beste zijn toegerust, mits zij bekend zijn met basale technieken voor reattributie en communicatie:

- LOK in relatie tot stressoren in het werk: bedrijfsmaatschappelijk werk.
- Idem door oorzaken in thuissituatie: algemeen maatschappelijk werk of bedrijfsmaatschappelijk werk in verband met de arbeidsrelevante aspecten.
- Langdurige/ernstige LOK met aangetoonde rol somatisatie: klinisch psycholoog/ggz-psycholoog.

De behandeling^(32,33) in de tweede lijn moet verzorgd worden door een psycholoog die ervaring heeft met de protocollaire behandeling van lichamelijk onverklaarde klachten en somatisatie. De protocollen zijn gebaseerd op een cognitief gedragsmatige aanpak, waarbij het gevolgenmodel en biopsychosociaal model als referentiekader worden gebruikt. Bij de intake dient goede psychiatrische diagnostiek gewaarborgd te zijn. Deze vorm van behandeling wordt in de reguliere zorg en de tweedelijns arbozorg aangeboden.

- Somatoforme stoornissen: psychiater via verwijzing of via het liaisonmodel in samenwerking met huisarts of bedrijfsarts. Dit is ook het geval bij ernstige primaire somatisatie met persoonlijkheidsstoornissen.
- Aspecifieke klachten van het bewegingsapparaat (rug, KASN) samenhangend met gedragsmatige aspecten: bij minder dan dertien weken verzuimduur en/of goed corrigeerbare gedragscomponent: arboprofessional, vooral de arbeidsrevalidatietherapeut, bedrijfsfysiotherapeut of psychosomatisch werkende fysiotherapeut al dan niet in samenwerking met psycholoog.
- Idem maar verzuimduur langer durend dan dertien weken en/of forse gedragscomponent: multidisciplinaire behandeling.

Motiveren

Bij aanwijzingen voor psychopathologie moet met de huisarts afgestemd worden welke behandeling het meest adequaat is en welke wachttijd ermee gemoeid is. De keuze is om te verwijzen naar GGZ, vrijgevestigd psychiater, eerstelijns klinisch psycholoog of tweedelijns arbopsycholoog.

Bij alle genoemde verwijzingen is het van belang de voorkeur van de werknemer in de beslissing te betrekken, omdat de behandelmotivatie van de werknemer bijdraagt aan het uiteindelijke resultaat. Relevant is ook de wachttijd voor een eventuele behandeling. Hoe langer de wachttijd, hoe groter de kans dat het verstoorde evenwicht zich fixeert. Volgens de kenniskring is bijvoorbeeld zes maanden wachttijd voor behandeling in een revalidatiecentrum geen volwaardig alternatief. In sommige gevallen hangt somatisatie samen met loopbaanproblematiek of ontstaan er in samenhang met bijvoorbeeld functionele syndromen

zodanige beperkingen, dat er bemiddeld moet worden in het zoeken naar passend werk. Een advies van de arbeidsdeskundige ligt dan voor de hand of de inzet van een re-integratiebedrijf. Dan is het wel nodig dat de verwijzer hun attendeert op een samenhang tussen klachten en oorzaken in het werk. Hij kan de werkgever dan adviseren waar arbeidsomstandigheden en begeleiding aan moeten voldoen.

3.6 LOK en somatisatie in relatie tot arbeids(on-)geschiktheid

Anders dan de huisarts, heeft de arboprofessional naast een begeleidende rol ook een wettelijke taak in de verzuimbegeleiding. De Wet Verbetering Poortwachter heeft ertoe bijgedragen dat arboprofessionals meer vanuit een multifactoriële insteek begeleiden en dat de werknemer en de werkgever meer gestimuleerd worden om bij arbeidsongeschiktheid aan oorzaken en onderhoudende factoren te werken en dit met elkaar af te stemmen. Wij veronderstellen dat dit gunstig is voor de begeleiding en re-integratie van werknemers met medisch onverklaarde lichamelijke klachten.

In verband met het medisch arbeidsongeschiktheids criterium⁽³⁴⁾ kan er bij werknemers met lichamelijk onverklaarde klachten een spanningsveld bestaan rond het objectiveren van de beperkingen en het aannemelijk maken van 'ziekte of gebrek'. De kenniskring vermoedt dat bij vage klachten vaker een meningsverschil bestaat tussen werknemer en arboprofessional, dan bij klachten die duidelijker objectiveerbaar zijn. Dit zal dan vaker leiden tot het aanvragen van een deskundigenoordeel. De kenniskring stelt dat het beoordelen van beperkingen en mogelijkheden bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen net als bij andere ziektebeelden dient te gebeuren. Dat wil zeggen op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en het gericht opvragen van informatie bij anderen. Een vooroordeel of onvoldoende expertise bij de arboprofessionals mag geen reden zijn om het te laten aankomen op een deskundigenoordeel, maar ook niet tot het vermijden van het duiden van beperkingen of mogelijkheden. Naar de mening van de kenniskring kan het duiden van meer beperkingen dan er aanwezig zijn somatisatie juist versterken.

Een adequate begeleiding draagt bij aan een goede problemdiagnose en bijpassend beleid. Hierbij dient de werknemer volgens de kenniskring proces- en tijdcontingent begeleid te worden. Daarbij kan het voor de werknemer enige tijd vergen (enkele weken) om te komen tot probleemverheldering en inzicht. Dit kan tot gevolg hebben dat de re-integratie meer gefaseerd dient te worden dan bij een werknemer met een vergelijkbaar klachtenpatroon waar dit niet speelt. De samenhang tussen de beperkingen en de verzuimbestendige factoren zullen

zo duidelijker worden. Op basis van genoemde aanpak worden daarmee de beste resultaten bereikt.

Uit een goede probleemanalyse en bij adequate begeleiding kan duidelijk worden dat een motivatieprobleem overheerst en dat de arbeidsongeschiktheid niet onderbouwd kan worden door andere factoren. Het aangeven van grenzen voor de arbeidsongeschiktheid en verzuimbegeleiding is dan op zijn plaats.

Bovenstaande is geen pleidooi om onnodig mee te gaan in een claim op arbeidsongeschiktheid. Het SCEGS-model biedt juist een basis om naar exploratie van cognities, emoties en gedrag en na aanvullend onderzoek (verdere anamnese, lichamelijk onderzoek) een visie op de arbeidsongeschiktheid van de werknemer te geven. Frictie tussen de opvatting van de arts en de werknemer dient daarbij niet vermeden te worden. Door de opvattingen in termen van het SCEGS-model te formuleren, neemt wel de kans op een door beiden onderschreven beleid toe. Daarom zal de bedrijfsarts aangeven dat bij somatisch onvoldoende verklaarde duizeligheid, buikklachten, moeheid, klachten die weinig objectiveerbare beperkingen met zich meebrengen, de werknemer geen beperkingen heeft voor eigen werk. Als er wel duidelijk objectiveerbare beperkingen zijn zal de gradatie en tijdelijkheid ervan worden besproken.

Legitimeren

Aparte vermelding verdient de rol van legitimering en juridisering bij arbeidsongeschiktheid. Dit ontstaat als de werknemer of patiënt eist, bijvoorbeeld in het kader van loonderving of schadeclaim, dat een medische professional oorzaken van klachten en beperkingen en gevolgde behandeling aantoonbaar maakt. Bellamy⁽³⁵⁾ onderzocht in de Verenigde Staten arbeidsongeschiktheid van patiënten, veroorzaakt door derden (ongevallen). Het herstel van de patiënt bleek vaak uitgesteld tot na de uitspraak van de rechter over de claim van de patiënt. In landen als Litouwen, waar geen vergoeding voor aandoeningen zoals whiplash bestaat, bleek het ziekteverloop na een tot drie jaar na het ongeval vergelijkbaar met dat van de controlegroep waarvan de deelnemers geen ongeval hadden gehad. Hij noemt de financiële compensatie voor de patiënt een nocebo-effect, tegengesteld aan het placebo-effect. Met betrekking tot deze Werkwijzer is het relevant dit soort mechanismen op te merken als er bijvoorbeeld een verhaalkwestie loopt bij whiplashklachten na een ongeval of als een werknemer in beroep gaat tegen een beschikking over een keuring voor de WIA.

3.7 LOK in relatie tot culturele factoren

Culturele verschillen bij arbeidsongeschiktheid van allochtonen spelen vaak cultureel bepaalde factoren een rol. Die vallen buiten het bestek van deze Werkwijzer. Door de grote culturele verschillen tussen groepen allochtonen is het beter te spreken van ‘culturele factoren’ dan ‘allochtonen’. We verwijzen dan naar de STECR-Assist over allochtonen⁽¹⁸⁾. Als tool verwijzen wij naar het TOPOI-model van Hoffman (in de Assist te vinden op bladzijde 13 als compacte checklist ‘interculturele gespreksvoering’). Daarnaast kan een korte vragenlijst aangeboden worden om het ziekteverklaringsmodel van een cliënt in kaart te brengen. Dit sluit goed aan op het verkennen van de cognities in het kader van het SCEGS-model. De vragen die daarbij horen zijn⁽³⁶⁾:

- Wat denkt u dat de oorzaak van uw probleem is?
- Waarom denkt u dat het juist nu in die periode of op dat moment begonnen is?
- Wat denkt u dat het gevolg van uw ziekte voor u zal/kan zijn?
- Wat verwacht u van het verloop van uw ziekte?
- Verwacht u dat deze van korte of lange duur zal zijn?
- Wat voor soort behandeling denkt u dat u nodig hebt?

Waar het om gaat is dat de hulpverlener in het zelfvertelde verhaal van de cliënt diens eigen betekenissen opspoorde en zo in staat is de cliënt met zijn/haar klachten in een sociaal-culturele context te plaatsen. Iedere cultuur heeft immers haar eigen manier om gevoelens van niet-welbevinden uit te drukken.

Er zijn in verband met LOK wel goede onderzoeken⁽³⁷⁻³⁸⁾ gedaan die aantonen dat deze klachten overal in de wereld in vergelijkbare mate voorkomen en dus geen ‘welvaartsziekte’ zijn. De aard van de klachten wordt daarbij wel cultureel bepaald: in Azië geeft men bijvoorbeeld duizeligheid vaker aan dan in het westen, maar het blijven doorgaans LOK.

De kenniskring vindt dat het werkmodel goed aansluit bij wat bekend is over sociaal- medische begeleiding bij werknemers met een andere culturele achtergrond. Allochtonen hebben meer dan autochtonen de verwachting dat een fysieke klacht serieus genomen wordt en dat de arts lichamelijk onderzoek doet. Toepassen van de gedragsregels (zie [paragraaf 5.6](#)) is daarom van belang. De leden van de kenniskring hebben de ervaring dat hierna de agenda goed verbreed kan worden, zij het dat cultureel bepaalde aspecten van belang zijn en dat bijvoorbeeld discriminatie een stressor kan zijn. Bij het leggen van de link, kan het door cultureel bepaalde aspecten nuttig zijn, dat de arboprofessional meer

‘naast’ de werknemer gaat staan en samen met de cliënt stapsgewijs inventariseert welke verbanden kunnen worden gelegd en wat een adequate aanpak is. Ook hier geldt dat de aanpak averechts werkt als het advies tegenstrijdig is met de inzichten van de allochtone werknemer.

Onze ervaring is dat het werken met het SCEGS-model verhelderend werkt voor de allochtone werknemer en arboprofessional. Wel is het zo dat wat de betekenisgeving van de klacht aangaat, het goed kan zijn om niet te veel op de persoon gericht te zijn. Dat wil zeggen dat je soms meer bereikt door te vragen wat de klacht voor de omgeving van de werknemer betekent. Allochtonen zijn in het algemeen meer op hun sociale context gericht.

3.8 Aanpak van somatisatie naar werkfactoren

LOK waarbij de werknemer de oorzaak zoekt in werkgebonden factoren, onderscheiden zich qua symptomen niet van de andere vormen van somatisatie⁽³⁹⁾. Van belang is dat de werknemer de oorzaak van de lichamelijk ervaren klachten wijt aan een factor in de werkomgeving. Dit is in de literatuur omschreven als Environmental Somatization Syndrome^(40,41) (ESS, bijvoorbeeld hoofdpijnklachten bij een Sick Building Syndrome) en Multiple Chemical Sensitivity (MCS). Bij MCS worden de klachten volgens de definitie van Cullen⁽⁴²⁾ toegeschreven aan chemische stoffen, terwijl de dosering beduidend lag onder de normen waarbij gezondheidseffecten zijn aangetoond. MCS wordt ook geduid als functioneel syndroom. Bij nader onderzoek naar vormen van MCS is steeds aangetoond dat de blootstelling ver onder de bekende normen lag. Er bestaat geen causaal verband tussen blootstelling en klachten, maar er is wel samenhang met psychiatrische problematiek^(40,43) en een voorgeschiedenis van lichamelijk onverklaarde klachten.

Bij somatisatie naar werkgebonden factoren spelen media vaak een opvallende rol⁽⁴¹⁾ in de verspreiding en de onrust daarover. Een voorbeeld is het toeschrijven van klachten aan het effect van elektromagnetische straling van beeldschermen en ongerustheid over mogelijke effecten op de ongeboren vrucht in de jaren tachtig. Deze verbanden bleken later niet te bestaan, maar de publiciteit in de media droeg ertoe bij dat deze onrust nog jaren bleef bestaan.

Uit de literatuur⁽³⁹⁾ blijkt dat de aanpak op hoofdlijnen dezelfde is als bij de andere vormen van somatisatie: toepassing van de gedragsregels (zie [paragraaf 5.6](#)) en toepassing van reattribution. Specifiek is dat als de arboprofessional meent dat er maatregelen nodig zijn in de werkomgeving, deze zeer goed dient uit te leggen uit welk oogpunt hij dit doet en wat de te verwachten effecten zijn. Als

Vervolg aanpak op het spreekuur

de werknemer (tijdelijk) ontheven wordt van blootstelling, moet hem uitgelegd worden dat dit is vanwege de ongerustheid en het doorbreken van de vicieuze cirkel. Dit impliceert niet dat er een causaal verband bestaat tussen de klachten en de factoren in de werkomgeving.

Aangezien lichte vormen van somatisatie vaak voorkomen, kunnen we er van uitgaan dat de werkgever en werknemer hier vaak mee te maken hebben. Dit zal meestal om lichamelijk onverklaarde klachten gaan, waarbij de werknemer een lichamelijke klacht heeft die samenhangt met een stressor op het werk of in de privé-situatie. Dit is vooral relevant als dit bij de werknemer leidt tot verminderd functioneren, frequent verzuim of langdurig verzuim.

Somatisatie en de rol van de werkgever

4.1 Somatisatie zonder ziekmelding

Somatisatie wordt bevorderd als er bij de werkgever geen structurele aandacht is voor preventie van fysieke of psychische klachten en bovendien als de medewerker er (onbewust) van uitgaat dat hij pas gehoord en serieus genomen wordt als hij 'echt' iets mankeert. Het is belangrijk dat het management een bedrijfscultuur schept waarin het gestimuleerd wordt om klachten, en oorzaken van klachten, in een vroeg stadium bespreekbaar te maken en waarin allen zich medeverantwoordelijk voelen. Dit dient aan te sluiten op een arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid waarbij er een structureel beleid is om klachten te voorkomen en het productieproces af te stemmen op de fysieke en mentale belastbaarheid van de werknemers.

Als een werknemer somatiseert, is de werkgever geneigd hierin mee te gaan. Hij doet dat bijvoorbeeld vanuit de gedachte 'ik ben geen dokter'. Hierdoor zal de werkgever de adviezen van bijvoorbeeld de huisarts als 'doe het maar even rustig aan' niet ter discussie stellen. De klachten kunnen variëren van hoofd- en rugpijn tot vage klachten als griepigheid en duizeligheid. Ons advies aan de leidinggevende is dat de medewerker een afspraak maakt voor een consult bij de bedrijfsarts. Bij medewerkers die lichte vormen van somatisatie vertonen, is het doel van het consult geruststelling en advies (denk bijvoorbeeld aan een medewerker met lage-rugpijnklachten met angst voor een hernia). Als de werknemer niet de juiste aandacht krijgt voor de klachten (te veel, of te weinig) kan dit leiden tot versterking van de klachten. Dit kan dan weer leiden tot verzuim. Suggesties en praktische adviezen voor de werkgever (op basis van persoonlijke ervaringen van leden van de kenniskring) staan in [paragraaf 5.8](#). Best practices zijn vooral ontleend aan de principes voor een goede verzuimpreventie en verzuimbegeleiding. De toets voor een succesvolle aanpak is dat de werknemer zelf aangeeft dat er onderliggende oorzaken zijn en dat hij wil meewerken aan een oplossing. In organisaties met een goede verzuimbegeleiding en verzuimpreventie leidt dit meestal tot verzuimdaling. Ook zullen werknemers hun lichamelijke klachten minder 'poneren'.

4.2 Somatisatie met ziekmelding

Als bij een werknemer de klacht verergert en/of als hij zich niet meer in staat acht om te werken, start de arbodienst de verzuimbegeleiding op.

Er zijn zaken die de aanpak van de werkgever effectiever maken. Dit zijn:

- Een actieve opstelling bij aanpak van oorzakelijke en/of onderhoudende factoren. Bij ervaren werkdruk kan dit bijvoorbeeld aanpassing van werktijden zijn. Bij oorzaken buiten het werk, met gevolgen voor het werk, zijn dit bijvoorbeeld afspraken over bijzonder verlof bij privé-problemen.
- Het actief inzetten van interventies die de aanpak van klachten ondersteunen die samenhangen met stressoren, zoals bedrijfsmaatschappelijk werk bij samenhang met problemen in werksfeer of inzet van arbeidsrevalidatietherapie bij stagnerend herstel van rugklachten door gedragsmatige factoren.
- Het inzetten van arbeidsdeskundige/arbeidsbemiddeling als loopbaanproblematiek de onderliggende oorzaak van somatisatie is.
- Het onderhouden van contact met de werknemer tijdens re-integratie. Het is aan te bevelen om wekelijks of tweewekelijks met de werknemer te bespreken hoe zijn re-integratie verloopt.
- Proactief en interactief overleg met de arbodienst over de aanpak van oorzakelijke en/of onderhoudende factoren van het verzuim en over het re-integratieproces. Bij hardnekkige vormen van somatisatie is het van belang dat de leidinggevende meewerkt aan de re-integratie in kleine stappen, dan wel meewerkt aan begeleiding naar passend werk.

4.3 HRM-beleid

In gesprekken met somatiserende werknemers op verzuim- en open arbeidsomstandighedensprekuren krijgen we zicht op oorzakelijke en onderhoudende factoren, die vaak werkgerelateerd zijn. Dit zijn factoren die te maken hebben met verzuimbegeleiding en preventie van verzuim (zie vorige paragrafen in dit hoofdstuk). Het beeld van de kenniskring is dat er ook veel factoren zijn die met organisatie van het werkproces te maken hebben. Zo zal de werkdruk bijdragen aan toename van lichamelijke onverklaarde klachten en somatisatie en er een onderhoudende rol in spelen.

Onze aanbeveling is dat arboprofessionals dit soort signalen op afdelings- en organisatieniveau terugrapporteren aan werkgever. De arbeids- en organisatie-deskundige kan goed ondersteuning bieden bij het eventueel nader onderzoeken en het vertalen van deze ‘knelpunten’ naar een beleidsmatige aanpak.

Vervolg rol werkgever

Als er veel onverklaarde lichamelijke klachten in een organisatie spelen, is het verstandig er aandacht aan te besteden in het Preventief Medisch Onderzoek (PMO). Door de 4-DKL in de aanpak op te nemen en die te combineren met de uitkomsten van vragenlijsten over werkbeleving, zijn verbanden te herleiden. Werknemers met hoge scores uitnodigen op een individueel gesprek, maakt het mogelijk om verergering van klachten te voorkomen, vermoedens te toetsen en goede adviezen op organisatieniveau te formuleren. In aansluiting hierop kan de professional in Sociaal Medisch Teams of op workshops voorlichting geven aan de leidinggevendenden (zie [paragraaf 5.8](#)) en knelpunten op organisatieniveau bespreken.

Toolbox

Vanuit de trainingen ‘Aanpak Somatisatie’ kreeg de kenniskring regelmatig de vraag voorgelegd of ze praktische handvatten hebben voor de spreekkamer. In dit hoofdstuk geven we enkele praktische tools voor zowel de beginnende als ervaren arboprofessional. Aan bod komen: Vierdimensionale klachtenlijst (ofwel 4-DKL), screener op angststoornissen en depressie, het klachtendagboek, verbreding van agenda: werkstijl en persoonlijkheid, gevolgenmodel, graded activity en adviezen voor de gespreksvoering door leidinggevende.

5.1 4-DKL

De 4-DKL meet in aparte dimensies distress, depressie, angst en somatisatie en gaat uit van de klachten van de laatste week. De 4-DKL is een vragenlijst met 50 vragen en is ontwikkeld door Terluin⁽⁴⁴⁾ voor de huisartsenpraktijk (zie voor de vragenlijst zelf www.datec.nl):

- De distressschaal (16 vragen) vraagt naar psychische spanningsklachten variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie).
- De depressieschaal (6 vragen) vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities.
- De angstschaal (12 vragen) vraagt naar specifieke symptomen van een angststoornis: irrationele en fobische angst.
- De somatisatieschaal (16 vragen) vraagt naar een scala van functionele klachten.

Afname

De toelichting op vragenlijst 4-DKL staat in [bijlage B](#). Om er zeker van te zijn dat de werknemer de vragenlijst goed invult, is het aan te raden de instructie gezamenlijk door te nemen. Het is belangrijk om te benadrukken dat het over de klachten van afgelopen week gaat. De werknemer moet aankruisen in welke mate hij de klachten heeft ervaren met de antwoordcategorieën: 0=nee, 1=soms, 2=regelmatig, 3=vaak en 4=voortdurend.

Het invullen van de 4-DKL duurt ongeveer 10 minuten. Bij onzekere en besluiteloze cliënten en zij die de geschreven Nederlandse taal slecht beheersen, kan het invullen van de vragenlijst stress opleveren. Dit kunt u ondervangen door de eerste vragen samen in te vullen of u laat de vragenlijst thuis samen met de partner invullen en bij het tweede consult weer meenemen.

Vervolg toolbox

Tip: laat de werknemer de 4-DKL in de wachtruimte invullen en aan de balie afgeven. Controleer of u de naam van de werknemer en invuldatum op de vragenlijst hebt genoteerd.

Scoren

Met het scoringsformulier (bijlage B) kunt u de 4-DKL snel handmatig scoren. Het antwoord 'nee' is 0 punten. Het antwoord 'soms' is 1 punt. De antwoorden 'regelmatig', 'vaak' en 'voortdurend' zijn 2 punten. Na het invullen van de scoring op het scoringsformulier telt u de kolommen vertikaal op voor een totaalscore per categorie.

Interpretatie

In bijlage B staat de beschrijving van de testcores.

Aanbevolen gebruik

De 4-DKL kan op meerdere momenten een zinvolle en goede aanvulling zijn. Als bij het eerste consult de 4-DKL is ingevuld, is de meerwaarde een gevalideerde aanvulling op de diagnostiek. Ook geven de testresultaten een goed startpunt voor overleg met de huisarts van de werknemer.

De 4-DKL is ook uitermate geschikt om het verloop van de klachten te volgen. Als tussenmeting kunt u 4-DKL gebruiken voor een periodieke evaluatie en bij start en verloop van re-integratie. Bij gebruik van de 4-DKL bij afsluiting van de begeleiding is het waardevol om de testuitslagen van startdatum en eindgesprek met de werknemer te bespreken. Enerzijds ervaren werknemers dit als zorgvuldig van u als arboprofessional en anderzijds geeft het input voor een positieve afsluiting, waarbij de cliënt ook op papier kan zien hoe zijn klachten zijn afgenomen.

5.2 Screenen op depressie en angststoornis

Als er aanwijzingen zijn voor depressie en/of angststoornis (anamnestisch en uitslagen 4-DKL) is het verstandig dit verder uit te vragen. De 4-DKL is een goed hulpmiddel, maar niet gevalideerd voor psychiatrische diagnostiek. Een gevalideerde vragenlijst is het screenende interview van Koeter en van de Brink⁽²³⁾. Deze is gevalideerd voor gebruik in de eerste lijn. Als er geen aanwijzingen zijn voor depressie of angststoornis zijn vier vragen voldoende. Als er wel aanwijzingen voor zijn, volstaan een aantal aanvullende vragen.

Vervolg toolbox

Angst/algemeen

1. Voelt u zich (de laatste tijd) opgejaagd, gespannen?	Ja/Nee
2. Hebt u zich (de laatste tijd) veel zorgen gemaakt?	Ja/Nee
3. Bent u (de laatste tijd) prikkelbaar?	Ja/Nee
4. Kunt u zich (de laatste tijd) moeilijk ontspannen?	Ja/Nee
• GA DOOR bij 'ja' op tenminste één vraag. • STOP bij geen enkele 'ja'-antwoord. Geen angst, geen depressie.	
5. Hebt u (de laatste tijd) slecht geslapen?	Ja/Nee
6. Hebt u (de laatste tijd) hoofdpijn of pijn in uw nek?	Ja/Nee
7. Hebt u (de laatste tijd) last gehad van: Trillen, tintelingen, duizeligheid, zweten of diarree?	Ja/Nee
8. Hebt u zich (de laatste tijd) veel zorgen gemaakt over uw gezondheid?	Ja/Nee
9. Hebt u (de laatste tijd) moeite gehad met in slaap komen?	Ja/Nee
• Als 4 of meer 'ja': ANGSTSTOORNIS WAARSCHIJNLIJK. • Ga door met de depressievragen.	

Depressie

1. Bent u (de laatste tijd) futloos geweest?	Ja/Nee
2. Hebt u (de laatste tijd) minder belangstelling voor dingen?	Ja/Nee
3. Hebt u (de laatste tijd) het vertrouwen in uzelf verloren?	Ja/Nee
4. Hebt u (de laatste tijd) de hoop verloren?	Ja/Nee
• GA DOOR bij 'ja' op tenminste één vraag. • STOP bij geen enkel 'ja'.	
5. Hebt u (de laatste tijd) moeite met concentreren?	Ja/Nee
6. Bent u (de laatste tijd) afgevallen door een slechte eetlust?	Ja/Nee
7. Wordt u (de laatste tijd) 's morgens te vroeg wakker?	Ja/Nee
8. Hebt u (de laatste tijd) het gevoel dat u trager bent?	Ja/Nee
9. Lijkt het er (de laatste tijd) op dat u zich 's morgens slechter voelt dan 's avonds?	Ja/Nee
• Bij 2 of meer 'ja': DEPRESSIEVE STOORNIS WAARSCHIJNLIJK.	

Vervolg toolbox

5.3 Klachtendagboek

Het klachtendagboek is een huiswerkopdracht voor de werknemer. Het is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk^(3,7), maar uit ervaringen van de kenniskring blijkt het ook bruikbaar in de arbopraktijk.

Doel

Het klachtendagboek geeft aanvullende informatie over ervaren klachten, ernst van de klachten, dagelijkse activiteit en gedachten en zorgen over de klachten. Wanneer gebruikt u het klachtenboek? Als aanvulling op de diagnostiekfase van uitvragen en doorvragen van klachten - zonder dat u daar een interpretatie aan geeft - vraagt u de somatiserende werknemer een week lang het klachtendagboek in te vullen. Ook als u door uw consulttijd heen bent ofwel merkt dat de werknemer nog niet toe is aan verbreding van de agenda, raden we u aan gebruik te maken van het klachtendagboek. Soms kan een werknemer verrast reageren op de huiswerkopdracht, maar als u uitlegt dat u een beter zicht krijgt op de ernst van de klachten en hoe de klachten het dagelijks functioneren beïnvloeden zijn de meeste werknemers snel gemotiveerd.

Instructie

U neemt gezamenlijk met de werknemer de uitleg van het klachtendagboek door. Om de werknemer op gang te helpen om het dagboek goed in te vullen, kunt u het beste vanuit de rol als interviewer de vragen stellen. Daarbij neemt de werknemer steeds de vorige dag in gedachten. Hieronder staat een praktijkvoorbeeld.

	Klachten	Activiteiten	Gedachten/zorgen
Ma	Nekpijn, moe	Weinig gedaan	Dit is zo erg, dat moet een oorzaak hebben
Di	Matige nekpijn	Met kinderen naar bioscoop	Geen hinder van klachten
Wo	Veel hoofd- en nekpijn	Gewerkt, ruzie met cheffin	Veel meer last, afspraak huisarts gemaakt
Do	Idem	Huishouden gedaan	Hoofdpijn houdt aan, waarom?

Vervolg toolbox

Bespreking en interpretatie

Als de werknemer de volgende ontmoeting het ingevulde dagboek meeneemt, kunt u de bespreking van het dagboek het beste starten met de vragen ‘hoe het gegaan is met het bijhouden van het klachtendagboek’ en ‘wat de werknemer zelf opvalt’. Deze open houding bij de start van de bespreking geeft aanvullende informatie over hoe de werknemer de opdracht heeft uitgevoerd en ervaren. Werknemers vertellen dan uit zichzelf wat ze lastig hebben gevonden bij het invullen. Ook krijgt u dan een indruk van de thuissituatie als de werknemer vertelt hoe de partner reageerde op het invullen van het dagboek. De mate waarin partners zich met het invullen van het dagboek bemoeien, kan verschillen van onverschilligheid tot het bijna overnemen van de huiswerkopdracht.

Bij de interpretatie en bespreking met werknemer kunt u met behulp van het SCEGS-model letten op:

- verschil in klachten tussen de dagen;
- verschil in ernst van de klachten tussen de dagen (‘goede’ en ‘slechte’ dagen);
- verschil in klachten op doordeweekse dagen en weekenddagen (mogelijke invloed partner en verschil in alleen thuis en samen thuis zijn);
- hoe bezig en/of druk is de werknemer (overbelasting en onderbelasting);
- invloed van klachten op geplande activiteiten (wel/niet worden uitgevoerd);
- invloed van stressoren en steun in de werk- en privé-omgeving;
- wat werknemer doet om klachten te voorkómen; als klachten toenemen en als er weinig klachten zijn;
- de ziekmakende gedachten van werknemer over zijn klacht(en);
- in hoeverre er gedachten zijn die aanwijzing geven voor hypochondrie;
- heeft werknemer het vermogen zichzelf gerust te stellen met relativerende en/of positieve gedachten (coping).

Aan de hand van het SCEGS-model zijn er in onderstaand praktijkvoorbeeld een aantal factoren aanwijsbaar die voor de begeleiding van belang zijn om nader te onderzoeken en te verhelderen:

	Klachten (somatisch)	Activiteiten (gedrag, sociale factoren)	Gedachten/zorgen (cognities, emoties)
Ma	Nekpijn, moe	Weinig gedaan (veel invloed klacht op gedrag)	Dit is zo erg, dat moet een oorzaak hebben (gezondheidsangst)
Di	Matige nekpijn	Met kinderen naar bioscoop	Geen hinder van klachten

Vervolg toolbox

Wo	Veel hoofd- en nekpijn	Gewerkt, ruzie met cheffin (<i>invloed werk</i>)	Veel meer last, afspraak huisarts gemaakt
Do	Idem	Huishouden gedaan	Hoofdpijn houdt aan, waarom?

5.4 Verbreding agenda: werkstijl en persoonlijkheid

Bij de verbreding van de agenda binnen het SCEGS-model met vragen specifiek gericht op de werkstijl en persoonlijkheid van de werknemer krijgen we beter zicht op hoe de werknemer omgaat met zijn werk en als persoon in het leven staat.

De vragen

Hoe u de vragen precies formuleert is niet het allerbelangrijkste, maar wel dat vraagstijl bij u en de werknemer past. Dit kan enige oefening vragen om dit voor uzelf duidelijk te krijgen. Bij werknemers met een gering vermogen tot reflectie sluiten de sturende vragen het beste aan. Zowel bij de open vragen als bij de meer sturende vragen is het belangrijk dat u een rustig gesprekstempo heeft om de werknemer voldoende ruimte te geven.

De vragen, vanuit een *sturende vraagstelling*, zijn:

- Bent u iemand die de lat hoog legt voor uzelf?
- Bent u iemand die pauzes neemt?
- Werkt u wel eens langer dan van u verwacht wordt?
- Lukt het u om volgens de agenda te werken of lopen de zaken door elkaar heen?
- Vindt u het belangrijk dat uw collega's u aardig vinden?
- Bent u iemand die altijd voor anderen klaar staat?

De vragen, vanuit een *open vraagstelling*, zijn:

- Hoe beschrijft u uzelf op het werk?
- Hoe ziet uw leidinggevende u?
- Welke indruk hebben collega's van u?
- Als ik aan uw naaste collega zou vragen hoe u op het werk bent, wat voor een antwoord zal uw collega dan geven? (werk)
- Als ik aan uw man/vrouw zou vragen hoe u thuis bent, welke antwoord zal hij/zij geven? (thuis)

Vervolg toolbox

Interpretatie van de vragen

De vragen over werkstijl en persoonlijkheid geven zicht op: assertiviteit en omgaan met grenzen, kritiek en waardering, behoefte tot 'pleasen', mate van perfectionisme, en communicatieve- en sociale vaardigheden.

De volgende stap is uw samenvatting geven: 'U bent iemand die.... Op uw werk uit zich dat in....'

Uitspreken van positieve effecten van dit gedrag

'Omdat u altijd voor uw collega's klaar staat en ze nooit tevergeefs een beroep op u doen, krijgt u veel waardering van uw collega's.'

'Uw leidinggevende kan met een gerust hart de zaken aan u overlaten, want u zult uw werk tot in de puntjes goed doen.'

Dit vanuit de gedachte, dat gedrag niet goed of fout is, maar dat het tot gewenste resultaten leidt. Geen enkele werknemer zit te wachten op uw kritiek of dat hij te horen krijgt dat hij het fout heeft gedaan.

Leggen van de link naar klachten

Vanuit een positieve etikettering van werkwijze en persoon kunt u de link naar de klacht leggen: 'U bent iemand die *...het anderen graag naar de zin maakt...* en u hebt altijd veel waardering gekregen voor uw *....behulpzaamheid...*, maar nu bent uzelf voorbij gelopen met *...het zorgen voor de anderen...* en uw energie is nu op.'

De werkstijl en persoonlijkheid van de werknemer bieden aanknopingspunten voor verandering in gedrag waarbij reductie van klachten te verwachten is. Hiermee kunt u de werknemer motiveren tot gedragsverandering, waarbij reële doelen en haalbare stappen belangrijk zijn. Gedrag, waaraan iemand zijn identiteit ontleent en veel waardering voor heeft gekregen, is niet gemakkelijk te veranderen. De werknemer heeft ondersteuning van leidinggevende en collega's nodig om niet in de bekende valkuil van het oude gedrag terug te vallen. Als de werknemer zijn gedrag verandert en dus die grens stelt, eens niet aardig is of de lat minder hoog legt en de wereld niet instort en hij nog steeds gewaardeerd wordt, is dit een krachtige ervaring in zijn veranderingsproces. Als haalbare tussenstap is het goed om dit gedrag eerst te oefenen in een vertrouwde omgeving.

5.5 Het gevolgenmodel

Het gevolgenmodel is ontwikkeld^(45,46) als handvat voor de aanpak van klachten waarvan de oorzaak niet duidelijk is. Het gevolgenmodel sluit aan op het referentiekader van het SCEGS-model, waarbij de focus ligt op klachtbestendige of instandhoudende factoren. Normaliter is het mogelijk dat de werknemer de link legt naar de vicieuze cirkels van oorzaken en instandhoudende factoren die bij de klachten spelen. Als de werknemer deze verbanden wel herkent maar hier moeite mee heeft, kan het nodig zijn om expliciet de aandacht te vestigen op de aanpak van de gevolgen en de instandhoudende factoren die daaraan bijdragen.

Het is belangrijk aan te geven dat het vaak niet mogelijk is eenduidige oorzaken van de klachten te achterhalen, maar dat de gevolgen van de klachten wel beïnvloed kunnen worden. Vooral bij functionele klachten die langer dan een half jaar bestaan, is dit relevant.

Gevolgen

U sluit aan bij de gevolgen die voor de werknemer belangrijk zijn. Denk hierbij aan:

- *Somatische/lichamelijke gevolgen:* pijn kan tot spierspanning leiden. Denk in dit verband aan een geforceerde houding om een pijnlijke plek te ontzien. Vooral langdurige pijn kan onnodige spierspanning geven, die zelf ook weer tot klachten leidt.
- *Cognitieve gevolgen:* hoe meer mensen hun aandacht op de klachten richten, des te meer klachten zij ervaren.
- *Emotionele gevolgen:* lichamelijke klachten kunnen tot angst en stemmingswisseling leiden of deze versterken.
- *Gedragmatige gevolgen:* lichamelijke klachten hebben gevolgen voor de bezigheden van mensen als de hobby's laten vallen en ziekmelding. Dit leidt tot een achteruitgang in de lichamelijke en geestelijke conditie, wat ertoe bijdraagt dat mensen meer klachten krijgen.
- *Sociale/interpersoonlijke gevolgen:* door klachten kunnen mensen geïrriteerd reageren op hun gezinsleden, ze melden zich ziek en kunnen in het uiterste geval in een WIA-traject terechtkomen. Deze gevolgen, vooral het verlies van sociale rollen, kunnen ertoe leiden dat mensen zich machteloos voelen, hun perspectief verliezen en depressief worden.

Vervolgens legt u uit dat de gevolgen tot een neerwaartse spiraal kunnen leiden die, hoe langer de werknemer zo doorgaat steeds moeilijker te beïnvloeden is.

Vervolg toolbox

Als u gebruik maakt van het gevolgenmodel, gebruikt u elementen uit het verhaal van de werknemer die voor de werknemer relevant zijn. U zegt bijvoorbeeld tegen de werknemer: 'Ik begrijp dat u klachten hebt en dat u ook heel veel last heeft van uw klachten (eerst aansluiten). Alleen, wat hebt u aan mijn begrip als u door uw klachten voor uw belangrijke zaken kwijtraakt? U hebt aangegeven dat u bang bent voor verlies van uw baan, dat uw financiën minder zullen worden en dat uw relatie onder deze dreiging lijdt. Uw partner heeft nu nog begrip voor u, maar blijft dat zo? Ik kan u waarschijnlijk niet helpen bij het achterhalen van de oorzaak van uw klachten maar wel helpen bij de aanpak van de gevolgen van uw klachten. Wat vindt u hiervan?'

Als de werknemer (h)erkent dat er voor hem winst te halen is om zijn aandacht te richten op de gevolgen van zijn klachten is de interventie geslaagd. De gedachte daarachter is dat somatische fixatie doorbroken moet worden en de werknemer letterlijk en figuurlijk in beweging moet komen. Bij het verder begeleiden kunt u een concreet stappenplan opstellen voor de werknemer.

5.6 Gedragsregels

De gedragsregels die bij de aanpak van de somatisatiestoornis effectief zijn gebleken, zijn door Van de Zwaard⁽²⁹⁾ op basis van de literatuur samengevat. Hij veronderstelt dat deze regels ook effectief zijn bij de aanpak van lichtere vormen in de eerste lijn. Cursief staan - waar relevant - de opmerkingen van de kenniskring die van belang zijn voor de vertaalslag naar ons werkveld.

1. Realiseren van een arts-patiëntrelatie

Empathisch contact met een vaste arts kan de behoefte van de patiënt aan 'shopping' beperken. *Bij zwaardere vormen van somatisatie is begeleiding door de bedrijfsarts aangewezen. Begeleiding door waarnemende collega's dient voorkomen of zo veel mogelijk beperkt te worden.*

2. Vaststellen van een realistisch behandeldoel

Wat hiermee bereikt kan worden, is een vermindering van de medische consumptie en een verbetering van het beroepsmatig en sociaal functioneren. Deze behandeldoelen kunt u in samenspraak met de patiënt formuleren, waarbij u benadrukt dat bij een jarenlang durend patroon van klachten, het niet in het uw vermogen ligt alle symptomen te verklaren of te genezen. *Realistisch behandeldoel is vaak re-integratie, zo goed als mogelijk functioneren met klachten.*

Vervolg toolbox

3. Acceptatie van de klachten door de hulpverlener

De psychodynamiek die aan de afwijzing van een niet-organische verklaring ten grondslag ligt, is eerder te beschouwen als een manier van communiceren dan van ziekte. Gedragstherapeutische interventies - zoals positieve aanmoedigingen - kunnen artsen gebruiken om gezond gedrag te stimuleren. Aan het ziektegedrag dient zo weinig mogelijk aandacht geschonken te worden.

4. Aanbieden van regelmatige, gestructureerde contacten

Patiënten met een somatisatiestoornis hebben de neiging de arts (of eerstehulpvoorziening) ogenblikkelijk te consulteren bij voor hen alarmerende symptomen. Dit kan de arts voorkomen door elke vier tot zes weken een afspraak te maken. Het doel hiervan is de gewenste onafhankelijkheid te verhogen tussen het optreden van symptomen en de arts-patiëntrelatie.

Dit speelt minder in ons werkveld, wel is het verstandig dat de leidinggevende regelmatige contact heeft met werknemer om het functioneren te evalueren. Bij functioneringsproblemen door klachten kan waar nodig de bedrijfsarts preventief om advies gevraagd worden.

5. Evalueren van oude en nieuwe klachten

In verband met het risico om juist bij deze groep een organische aandoening te miskennen, is lichamelijk onderzoek bij elke nieuwe klacht zinvol. Bovendien voelt zich de patiënt zich hierdoor serieus genomen.

6. Vermijden van diagnostische procedures

Verwijzingen naar somatisch specialisten en laboratoriumonderzoek dienen artsen zoveel mogelijk te vermijden.

Dit betekent dat de arboprofessional zich niet uitlaat over gewenst vervolgonderzoek of verwijzing, dan wel zeer gericht – met uitleg- en in afstemming met behandelende sector.

7. Verklaren van de bevindingen aan de patiënt

Hiervoor zijn fysiologische en descriptieve verklaringen (verhoogde spierspanning bij rugklachten, onrustige peristaltiek bij darmklachten) het meest geschikt, omdat de patiënt zich hiermee bevestigd voelt in de ernst van de klacht en in verband met de 'diagnose'. *Voor de arboprofessional betekent dit dat vooral dat hij conclusies over mogelijkheden, beperkingen en arbeids(-on)geschiktheid goed uitlegt en wat werknemer op dit vlak ervaart serieus te nemen.*

Vervolg toolbox

8. Vermijden en afbouwen van medicatie

Als medicatie nodig is, dienen artsen medicijnen laag te doseren en ze moeten gestaakt als er geen verbetering optreedt om een somatisatie versterkend regime te voorkomen.

Door bedrijfsarts af te stemmen met de behandelende sector.

9. Behandelen van comorbiditeit

Indien de somatisatie samenhangt met depressie of angststoornis, klaart deze meestal op door de comorbiditeit te behandelen. Daarnaast is een actieve opstelling nodig om (seksueel) misbruik uit de jeugd bespreekbaar te maken en verwijzing daarvoor te realiseren.

10. Onderhouden van contacten met gezinsleden

Tegenover de familie dient benadrukt te worden dat het ziektegedrag niet te veel bekrachtigd moet worden. Dit contact kan gebruikt worden voor heteroanamnestische gegevens.

Dit is voor de arboprofessional slecht incidenteel mogelijk. Veel meer is er een taak om werkgever te betrekken in de aanpak door voorlichting en afstemming over het gewenste beleid en de communicatie.

5.7 Graded activity

Als re-integratie moeizaam verloopt bij werknemers met somatisatie bieden de principes van graded activity een goede houvast. Graded activity⁽⁴⁷⁾ staat voor de stapsgewijze toename van activiteit. Het is ontworpen voor de begeleiding van patiënten bij wie gedragsmatige factoren een grote rol spelen in de hantering van hun lichamelijke klachten. Het principe van 'graded activity' wordt vooral in een tijdscontingente behandeling toegepast in onder andere de revalidatie en de arbeidsre-integratie. Hier volgen enkele tips hoe u graded activity kunt toepassen in de begeleiding van somatiserende werknemers.

Bij kortdurende en minder ernstige somatisatie

Als de somatische fixatie bij de werknemer is doorbroken, zijn de gedachten en angsten en zorgen van de werknemer over zijn klachten veranderd. U komt dan op het voor u bekende begeleidingstraject. Vanuit de angst voor bewegen en/of moeheid zijn werknemers vaak minder gaan doen tijdens de klachtenperiode. Het is belangrijk dat u aandacht besteedt aan het doorbreken van dit patroon. U kunt hierin een adviesfunctie vervullen, door uitleg te geven dat het goed is om weer geleidelijk aan de normale activiteiten op te pakken. U kunt de werknemer

Vervolg toolbox

bijvoorbeeld het advies geven om (tijdelijk) in een sportschool onder begeleiding te trainen met een trainingsprogramma. Naast het verbeteren van zijn conditie, krijgt de werknemer zo ook weer vertrouwen in zijn herstel en in zijn kunnen.

Bij langdurige en ernstige somatisatie

In het geval van langdurige somatische fixatie, waarbij sprake is van conditieverlies en afname van activiteit in brede zin - als functioneren thuis, sociale rollen en hobby's en sport - moet u ervoor zorgen eerst zicht te krijgen op het niveau van functioneren en de dagbesteding. Het ingevulde klachtendagboek kunt u als uitgangspunt gebruiken. Vervolgens maakt u samen met de werknemer een stappenplan voor het opbouwen van activiteiten. Het is belangrijk aan te sluiten bij het huidige niveau van functioneren van de werknemer en een plan op te stellen met geleidelijke opbouw en uitbreiding van activiteiten. Het succes van deze begeleiding zit in het stellen van reële en haalbare doelen. Dit kunnen in uw beleving 'maar kleine stapjes zijn', maar voor de werknemer is het een grote stap om weer 'in beweging te komen'. Principes voor graded activity zijn:

- Begin op een niveau onder het aangegeven beperkingenpatroon (handvat: start qua belasting ongeveer een derde onder dit niveau).
- Breid in haalbare en overzichtelijke stappen uit (bijvoorbeeld elke twee weken uitbreiden met een aantal uren werk per dag).
- Bij normaal verloop richt de werknemer zich op deze haalbare doelen en minder op de klachten en de angst voor overbelasting.

5.8 Adviezen voor gespreksvoering door werkgever

De leden van de kenniskring hebben goede praktijkervaringen met onderstaande lijst van do's en don'ts voor de advisering van leidinggevenden met werknemers bij wie somatisatie een rol speelt. Meerdere leidinggevenden vinden deze adviezen bruikbaar in de praktijk.

Do's

(De voorbeelden staan cursief gedrukt.)

- Erken de klacht, toon er begrip voor. *'Vervelend, dat je rugpijn hebt.'*
- Focus op de gevolgen voor het werk en niet op de oorzaken van de klacht, omdat dit de presentatie van klachten versterkt. *'Ik begrijp dat je al enige tijd last van rugpijn hebt. Vervelend. Heeft dit gevolgen voor jouw werk?'*
- Vraag naar mogelijkheden en beperkingen. *'Nu je rugpijn hebt, wil ik graag weten of dit invloed op je heeft om goed je werk te kunnen doen. Kun je net*

Vervolg toolbox

als anders, wanneer je geen rugpijn hebt, je werk doen of zijn er taken die je nu niet of anders moet doen?"

- Vraag hoe de werknemer in het werk ondersteund kan worden om werken toch mogelijk te maken. *'Wat kan ik voor je doen of regelen, zodat je toch je werk goed kunt doen? Heb je hier zelf ideeën over?'*
- Vraag - na het tonen van belangstelling en een inventarisatie van consequenties - of er onderliggende oorzaken zijn met de intentie mee te werken aan gezamenlijke oplossingen. *'...en is er verder misschien nog iets waardoor je zo'n last van rugpijn hebt?'*
- Wees duidelijk over wat er wel, maar ook wat er niet kan in het werk qua oplossingen. *'Wat je voorstelde lijkt me niet haalbaar, omdat (reden aangeven). Wat is volgens jou een redelijke oplossing?'*
- Geef aan wat voor het werk oplossingen zijn voor niet-medische problemen (bijvoorbeeld calamiteitenverlof, zorgverlof en ouderschapsverlof). *'Als ik zo hoor wat er gaande is, wil ik toch graag zoeken naar een structurele oplossing. Een oplossing die jou de ruimte geeft om jouw (privé-) problemen op te lossen en die voor mij zorgt dat ik op je kan rekenen als je hier op het werk bent. Ik denk bijvoorbeeld aan een dag ouderschapsverlof per week. Zou dit voldoende zijn?'*
- Geef mogelijkheden en verantwoordelijkheden aan van de werkgever, de werknemer en de arbodienst als het verzuim langer gaat duren. *'Mocht dit, zoals het er nu uit ziet, allemaal wat langer gaan duren, dan krijg je een oproep van de arbodienst voor een gesprek. De arbodienst is volgens de nieuwe wetgeving verplicht om een analyse te maken van wat er aan de hand is en een advies te geven. Als je leidinggevende zal ik meewerken aan een goede oplossing.'*
- Vooral bij langer durend verzuim is het belangrijk de genoemde uitgangspunten te hanteren. Houd telefonisch contact, waarbij u belangstellend vraagt hoe het met de werknemer gaat en waarbij u hem informeert over de laatste ontwikkelingen op het werk. Een werknemer moet niet het gevoel krijgen dat hij gemakkelijk gemist kan worden!
- Als een stap uit het bovenstaande niet lukt, check dit eenmalig en stop dan. Overweeg of de voorgaande stappen adequaat zijn verlopen en hoe de strategie moet worden bijgesteld, bijvoorbeeld door fasering van de gesprekken om meer duidelijkheid te krijgen over het verloop of inschakeling van de arbodienst.
- Bij herhaaldelijk verzuim of disfunctioneren is het advies om het gedrag van de werknemer objectief te benoemen en welke gevolgen er zijn voor het werk. Volg het bovenstaande.

Vervolg toolbox

- Als de klachten toenemen of als blijkt dat het verzuimpatroon niet te doorbreken is, geef dan de mogelijkheid om de arbodienst in te schakelen. De arbodienst kan verheldering van het probleem geven en een voorstel voor mogelijke interventies aanbieden.
- Delegeer of laat u trainen voor verzuimbegeleiding als u bovenstaande technieken niet kunt hanteren.

Don'ts

- De klacht negeren, bagatelliseren en erover in discussie gaan.
- Niet zonder duidelijke indicatie aandringen op een somatische verklaring, huisartsenbezoek of verwijzing naar fysiotherapeut of specialist.
- Een 'psychische verklaring' geven die niet aansluit bij de beleving van de werknemer.
- Direct overgaan op het aanspreken van de werknemer op de consequenties.
- Druk uitoefenen voor re-integratie zonder dit te kunnen onderbouwen.
- Contact opnemen met werknemer met als doel hem ter verantwoording te roepen.

Achtergrondstudie

6.1 LOK in breder perspectief

6.1.1. Epidemiologie

Hoe vaak LOK voorkomen onder werknemers, en hoe vaak ze als gevolg daarvan (frequent) verzuimen is nog onbekend. Onderzoek is schaars in de (internationale) wetenschappelijke literatuur. Week- en dagbladen besteden er steeds meer aandacht aan^(48,49). Uit recent TNO-onderzoek is gebleken dat in een derde van het langdurig verzuim in Nederland er een relatie bestaat met lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten⁽⁵⁰⁾. Op dit moment zijn er een aantal bedrijfsartsen (in opleiding) die onderzoek doen naar de prevalentie van lichamelijk onverklaarde klachten in hun dagelijkse praktijk. Hoe vaak bedrijfsartsen met lichamelijk onverklaarde klachten in aanraking komen, is ook nog onbekend. Vooralsnog gaan we ervan uit dat dit minder vaak zal zijn dan bij de huisarts, omdat de huisarts patiënten vaker en op kortere termijn ziet dan de bedrijfsarts. Ongeveer driekwart van een huisarts-populatie bezoekt jaarlijks hun huisarts vanwege algemene klachten en symptomen; in een periode van twee jaar is dat zelfs 92 procent⁽¹⁷⁾.

Veelkomers

Naar schatting blijft 20-50 procent van de klachten waarmee patiënten hun huisarts bezoeken, lichamelijk onverklaard. Bij een deel van de patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten is er sprake van somatisatie. Dat geldt zeker niet voor alle patiënten met onverklaarde klachten, maar wel voor een aanzienlijk deel en vooral voor patiënten die veelkomers⁽⁵¹⁾ zijn. Bij ongeveer 10-35 procent van die veelkomers is sprake van somatisatie volgens de Lipowski-definitie⁽⁷⁾. Veelkomers worden frequent verwezen naar de tweede lijn. Volgens huisartsen komt dat doordat somatiserende patiënten vaker aandringen op verwijzing en vasthoudender zijn. In recent onderzoek⁽⁵²⁾ is dat echter bepaald niet bevestigd: huisartsen bleken meer behoefte aan verwijzing te hebben dan hun somatiserende patiënten, waarmee gesuggereerd wordt dat dokters en patiënten beiden een rol in het somatisatieproces hebben⁽⁵³⁾.

Omdat LOK veel voorkomen, gaan wij ervan uit dat bedrijfsartsen er vrijwel dagelijks in hun contacten met werknemers mee te maken hebben. Veelal zijn dat verzuimende werknemers met klachten als gevolg van een te hoge werkdruk en inadequate copingstijlen⁽⁵⁴⁾. Welk deel van de werknemerspopulatie jaarlijks hun bedrijfsarts bezoekt is evenmin bekend uit onderzoek. Ruw geschat is dat 25-35 procent van de populatie, afhankelijk van de soort organisatie, de meldingsfre-

Vervolg achtergrondstudie

quentie, de verzuimduur en de behoefte aan preventie (arbeidsgezondheidskundig spreekuur) in een bedrijf.

Ook is nog niet bekend of somatisatie van invloed is op verzuim; er zijn aanwijzingen dat somatisatie de verzuimduur kan verlengen⁽⁵⁵⁾.

6.1.2. Biopsychosociaal paradigma

Artsen zijn opgeleid om lichamelijke klachten te exploreren met het eendimensionale biomedisch model, waarin geneeskunde wordt beschouwd als een natuurwetenschap van het menselijk lichaam. Het is een reductionistisch denkmodel waarin zonder objectiveerbare stoornis - lees een ziekte die ons is onderwezen in de collegebanken - geen gezondheidsprobleem bestaat. Het veel gebruikte tweedimensionale belasting-belastbaarheidmodel is een integratie van het biomedisch model en het psychosociaal model. Het biopsychosociaal, gebaseerd is op de theorie van Engel⁽⁵⁶⁾ wordt steeds vaker gebruikt om klachten te begrijpen (figuur 2). Dit multidimensionele model gaat ervan uit dat klachten niet alleen op somatisch niveau en uit omgevingsreacties te verklaren zijn, maar ook te maken hebben met cognities, emoties en gedrag. In de biopsychosociale benaderingswijze wordt de context waarin lichamelijk onverklaarde klachten zijn ontstaan (predisponerende en uitlokkende factoren) en voortbestaan (in stand houdende factoren) geanalyseerd aan de hand van meerdere factoren: de multifactoriële probleemanalyse.

Bril

Hoe onbegrepen of onvoldoende verklaard de klachten zijn, hangt dus af vanuit welk paradigma ('bril') de arts kijkt naar klachten. Die blik kent twee extremen: een causale (biomedische, reductionistische) en een finale (biopsychosociale) benadering^(57,58). Welk standpunt een bedrijfsarts tussen de beide benaderingsextremen inneemt, hangt af van allerlei arts- en werknemergebonden factoren, van de arts-werknemer interactie en de betekenisverlening van de klachten en beperkingen door beiden^(59,60). Iedere bedrijfsarts stemt zijn gedrag en handelen daarbij af op zijn persoonlijke waarden en normen, geloof in eigen kunnen (persoonlijke effectiviteit) en persoonlijkheidseigenschappen. Kennis en kunde, inzicht en vaardigheden en factoren uit de omgeving (werknemers, werkgevers, richtlijnen, gebrek aan tijd et cetera) kleuren deze 'programmering', maar vormen zeker niet de basis van beslissingen of van de 'verklarende modellen' van (bedrijfs-) artsen⁽⁶¹⁾.

Doordat lichamelijk onverklaarde klachten niet objectief – in de zin van neutraal – waargenomen of beoordeeld worden en de beoordeling niet onafhankelijk van individuele opvattingen en voorkeuren is, is de 'inter-dokter-variantie' aanzienlijk en dat werkt door in diagnostiek en interventies.

6.1.3. Etiologie en pathofysiologie

Er wordt van uitgegaan dat lichamelijk onverklaarde klachten een (werk-) stress-gebonden pathofysiologisch substraat kennen⁽⁶²⁻⁶⁵⁾. Familiaire en genetische factoren^(66,67), dwangmatige persoonlijkheidsstijl^(68,69), neuroticisme (negatieve affectiviteit^(64,70,71), hechtingsstijlen (in de loop het leven ontwikkelde beelden van onszelf en van anderen)⁽⁷²⁻⁷⁵⁾, en vroegpsychotraumatische ervaringen zoals incest⁽⁷⁶⁾ worden als predisponerende factoren gezien. Een stressrijke gebeurtenis, overbelasting in brede zin, een trauma, een verwonding of infectie kunnen optreden als uitlokkende factoren⁽⁷⁷⁾. Tot de in stand houdende factoren worden gerekend: ziektecognities/attribution, catastroferen, ziekteangst, ziektegedrag, juridische procedures et cetera⁽⁷⁷⁾. De laatste worden ook wel prognostische of beloopdeterminanten genoemd. Inzicht in predisponerende en uitlokkende factoren draagt bij aan het begrip waarom een patiënt bepaalde klachten heeft ontwikkeld. Prognostische determinanten geven aan waarom de klachten niet verdwijnen en zijn daarmee een belangrijk aangrijpingspunt voor behandeling en begeleiding van LOK^(78,79).

Fundament

Het neurobiologisch fundament onder al deze factoren is disfunctie van de schakel tussen lichaam en geest, het limbisch systeem. Sensitisatie van dit systeem leidt tot 'overperceptie' voor lichaamssignalen⁽⁸⁰⁻⁸¹⁾. Mogelijke verklaringen voor sensitivatie worden gezocht in verminderde activiteit van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HHB-as)^(83,84), overactiviteit van de 'alof-lus' van Damasio^(84,85) en/of selectieve aandacht voor lichamelijke sensaties (symptoomperceptietheorie, symptom-focused attention)⁽⁸⁶⁾.

De etiologische mechanismen van ziektegevoel en ziektegedrag bij lichamelijk onverklaarde klachten zijn samengevat in figuur 2^(87,88). In deze figuur zijn geïntegreerd het ABC-model (Activating event, Beliefs en Consequences) van de Ratio-neel Emotieve Training (RET)⁽⁸⁹⁾, de Denken-Voelen-Doen (DVD) benadering van de psychosomatische fysiotherapie en het in de GGZ gebruikte 4G-model (Gebeurtenis, Gedachte(n), Gevoel en Gedrag). Deze drie benaderingswijzen van cognities, emoties en gedrag stappen misschien niet op hetzelfde niveau van de figuur in, maar passen wel onder de, door Damasio veronderstelde, overkoepelende etiologische paraplu. Het weergegeven etiologisch proces biedt handvatten voor de diagnostiek en begeleiding en kan als spiegel dienen voor een werknemer met lichamelijk onverklaarde klachten om zichzelf te leren (her)kennen⁽⁹⁰⁾.

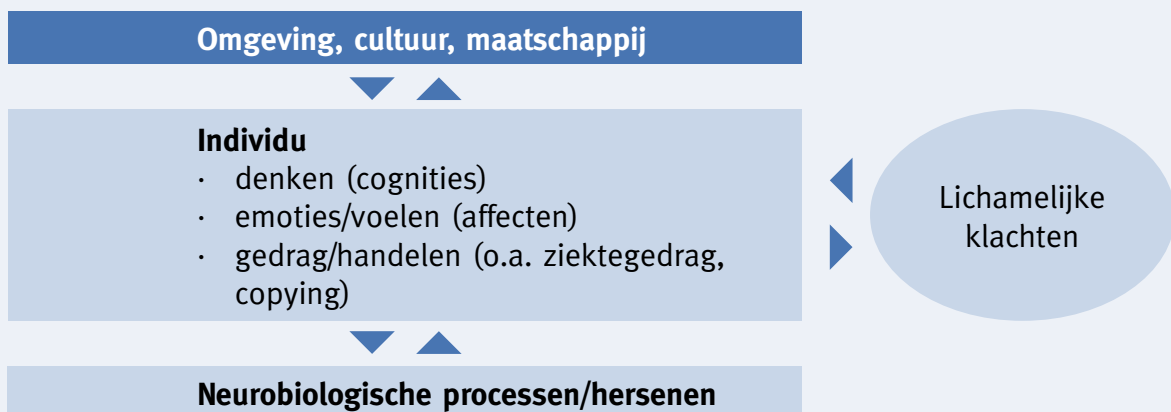
6.1.4. Somatiek en somatisatie

Lichamelijk onverklaarde klachten komen ook voor bij mensen met een al gediagnosticeerde (chronische) ernstige lichamelijke aandoening, maar ook zij zijn exo-

Vervolg achtergrondstudie

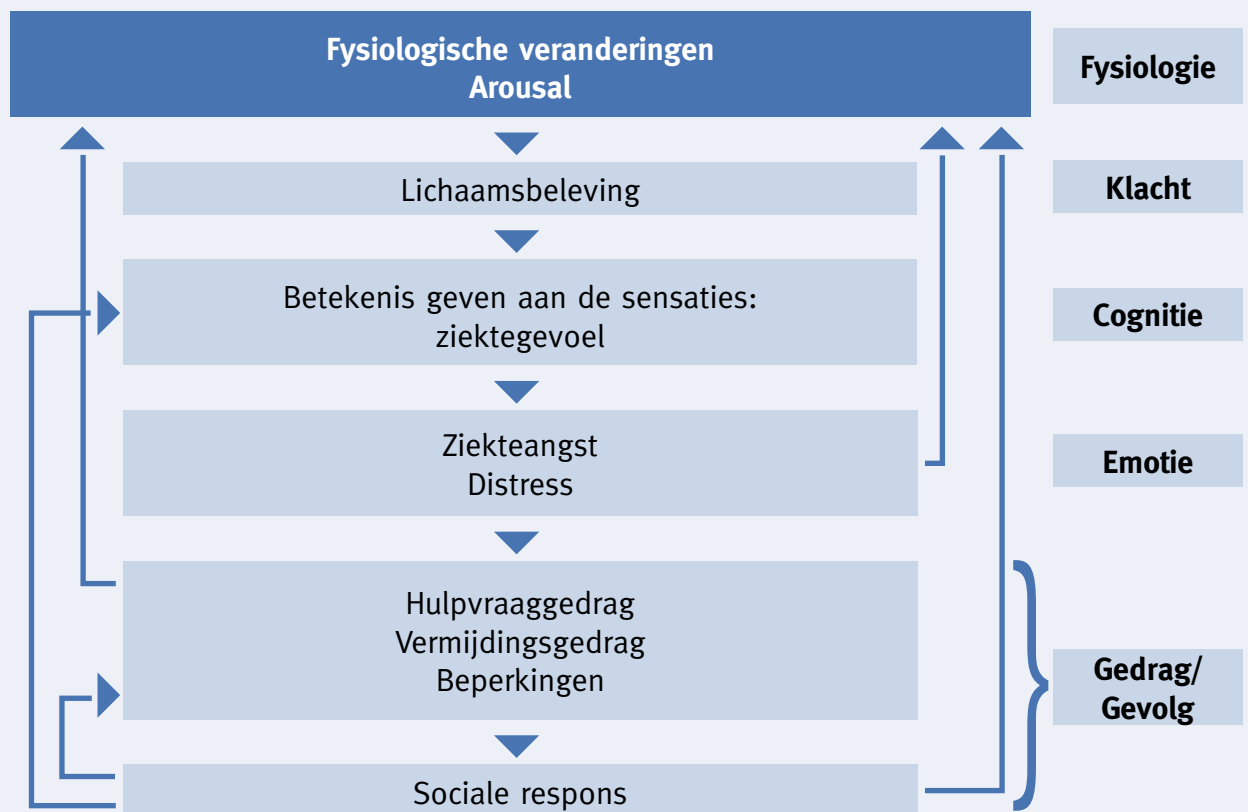
tische fenomenen in de wetenschappelijke literatuur. In voorkomende gevallen presenteren patiënten klachten die niet overeenkomen met de ernst en/of aard van de lichamelijke aandoening. In klinische situaties worden algemeen lichamelijke klachten zoals pijn, vermoeidheid en malaise niet direct gediagnosticeerd als onverklaarde lichamelijke klachten. Als gevolg van de overlappende oorzaken van dergelijke klachten en het gebrek aan diagnostische hulpmiddelen worden ze in eerste instantie vaak toegeschreven aan de bekende lichamelijke aandoening of de progressie van de ziekte⁽⁹¹⁾. De etiologie van deze verschijnselen bij patiënten met een lichamelijke aandoening lijkt vergelijkbaar met die van mensen zonder een geobjectiveerd lichamenlijk lijden^(92,93). Somatisatie bij patiënten met een lichamelijke aandoening hangt zeer waarschijnlijk samen met de vaak aanzienlijke comorbiditeit met angst- en depressieve stoornissen^(91,94,95).

Figuur 2: Biopsychosociaal model



Vervolg achtergrondstudie

Figuur 3. Ontstaansmechanismen LOK en somatisatie



6.2 Functionele syndromen

De kenniskring verstaat onder functionele syndromen clusters van LOK die multifactorieel bepaald zijn (zie [hoofdstuk 3](#)). Diverse klinische specialismen hebben criteria opgesteld voor een bepaalde aandoening. Voorbeelden zijn fibromyalgie, waarvoor reumatologen criteria hebben geformuleerd en whiplash, waarvoor neurologen diagnostische criteria hebben opgesteld. Psychiaters hanteren de DSM-IV-classificatie ongedifferentieerde somatoforme aandoening. Voor overleg met curatieve artsen is het van belang dat arboprofessionals de terminologie van klinische specialisten en psychiaters hanteren.

Bij nadere bestudering blijkt dat er een grote mate van overlap bestaat tussen de klachten die patiënten met deze aandoeningen hebben^(96,97). Zo klagen patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom veelal ook over hoofdpijn, spierpijn en problemen met het geheugen en de concentratie. Patiënten met fibromyalgie geven vaak aan dat zij naast pijn ook last hebben van vermoeidheidsklachten. De uitgangspunten van het werkmodel zijn bij alle functionele syndromen bruikbaar:

- Sluit somatische oorzaken uit;
- Let op onderliggend psychiatrische comorbiditeit en
- Gebruik het SCEGS-model in de begeleiding.

Per functioneel syndroom zijn er echter ook specifieke aandachtspunten voor diagnostiek, herstel en re-integratie. Zo is bij het chronisch vermoeidheidssyndroom cognitief gedragsmatige begeleiding door de huisarts onvoldoende effectief en is er bij de werknemer met fibromyalgie aandacht nodig voor de pijnbehandeling en slaapproblemen om de belastbaarheid te verbeteren.

Om de arboprofessional een overzicht te geven van de belangrijkste kenmerken van drie veel voorkomende functionele syndromen worden hierbij de grote lijnen beschreven:

- Chronisch vermoeidheidssyndroom;
- Whiplash;
- Fibromyalgie.

6.2.1. Chronisch vermoeidheidssyndroom

Voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), ook wel myalgische encephalitis genoemd (de patiëntenvereniging en meerdere wetenschappers spreken van ME/CVS), zijn er internationale criteria⁽⁹⁸⁾. Deze zijn herzien door Fukuda⁽⁹⁹⁾ en er is een internationale consensusbijeenkomst⁽¹⁰⁰⁾ over diagnostiek en behandeling geweest. Volgens deze criteria dient de patiënt minimaal vier klachten uit

Vervolg achtergrondstudie

een lijst van acht te hebben, zoals moeheid, spierpijn, zere keel, hoofdpijn en slaapklachten. Verder dient een andere somatische verklaring uitgesloten te zijn, is het niet het gevolg van een voortdurende inspanning, helpt rust onvoldoende, dient het geleid te hebben tot een aanzienlijke vermindering van het vroegere activiteitsniveau en dienen de klachten een bepaalde tijd te bestaan (bij het chronisch vermoeidheidssyndroom zes maanden of langer). Is er sprake van chronische vermoeidheid, maar voldoet de werknemer niet volledig aan genoemde criteria, dan is er formeel geen sprake van het chronisch vermoeidheidssyndroom maar van idiopathische chronische vermoeidheid. Dit is van belang voor onderzoeksdoeleinden. Het belang voor de praktijk van de arboprofessional is moeilijk aan te geven, zij het dat de prognose voor herstel gunstiger wordt naarmate de werknemer aan minder criteria voldoet.

Attributie naar een somatische ziekte is gecorreleerd met een slechtere prognose⁽¹⁰¹⁾ en dient dus volgens het SCEGS-model te worden uitgevraagd.

Het spontaan herstel is laag. Dit is bij CVS 3-13 procent binnen twee jaar. Dit geldt niet voor het beloop in de eerste zes maanden bij idiopathische moeheid: slechts 10-17 procent van diegenen die zich met de moeheidsklachten aan hun huisarts presenteren, voldoet zes maanden later aan de criteria van CVS.

Gelet daarop is het verstandig om samen met de werknemer realistische behandeldoelen te formuleren, waarbij het bij CVS gaat om 'coping rather than curing'. Overleg met de huisarts wordt dringend geadviseerd om te voorkomen dat de patiënt wordt geconfronteerd met tegengestelde adviezen. Volgens de onofficiële resultaten van een TNO-onderzoek over ME/ CVS en werk⁽¹⁰¹⁾ bepaalden bij werkende CVS-patiënten vooral de ervaren beperkingen de kans op (blijvende) arbeidsongeschiktheid. Er waren geen andere factoren die de kans op arbeidsongeschiktheid significant beïnvloedden. Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers met CVS verliep significant beter door beeldschermwerk, hulpmiddelen als werkaanpassingen en frequente contacten met de arbodienst.

Op basis van recent onderzoek is gebleken⁽¹⁰²⁾ dat toepassing van cognitieve gedragsmatige therapie door huisartsen niet effectief was bij patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Prins⁽³²⁾ toonde aan dat cognitieve gedragsmatige begeleiding door psychologen bij patiënten met CVS wel effect gaf, afgezien van de groep patiënten (een derde) die verwickeld was in een beroepsprocedure in het kader van de WAO of de groep patiënten (een kwart) met een constant laag activiteitenpatroon.

6.2.2. Whiplash

Whiplash wordt gedefinieerd als een extensie-acceleratieletsel en geeft alleen een ongevalsmechanisme aan. Oorzaak is meestal een aanrijding van achteren. In de volksmond wordt deze term gebruikt voor patiënten met een groep klachten - vooral nekkklachten en concentratiestoornissen - die na een aanrijding chronische klachten houden.

Het beeld wordt door neurologen en orthopeden beschouwd als een distorsie van de nek. Neurologen stellen dat de klachten binnen 48 uur na het ongeval moeten zijn ontstaan, wil er een oorzakelijk verband worden vastgesteld. Bij 7% is er echter een langere pijnvrije interval⁽¹⁰⁴⁾.

Symptomen zijn vooral hoofd- en nekkklachten, gestoorde cognitieve functies (concentratiestoornissen), visusstoornissen en neurologische afwijkingen (3-16%). Neurologische afwijkingen - zoals krachtsverlies hand, dermatoomgebonden uitstraling - dienen goed onderzocht te worden, omdat ze kunnen duiden op wervelfractuur of hersenbeschadiging. Specifieke afwijkingen komen echter weinig frequent voor.

Bij twee derde van de patiënten verdwijnen de klachten geleidelijk maar volledig binnen drie tot zes maanden. Belangrijkst aandachtspunt voor herstel is bewaken of de klachten chronisch worden, dat wil zeggen langer dan zes maanden gaan duren. Aanwijzingen daarvoor zijn de ernst van de aangegeven klachten en de aangegeven beperkingen voor werk⁽¹⁰⁴⁾. Een claimprocedure voor het verhalen van de schade vertraagt het herstel.

In de acute fase zijn alleen pijnstillers effectief. Halskragen verlengen juist het herstel⁽¹⁰⁵⁾. Fysiotherapie na whiplash heeft geen meerwaarde, begeleiding door de huisarts wel voor herstel op de langere termijn qua functioneel herstel, coping en fysiek functioneren⁽¹⁰⁴⁾. Aandachtspunten zijn goede voorlichting, activerende begeleiding en bewaken van ontwikkelen van chroniciteit.

Bij het ontbreken van specifiek onderzoek van hoge kwaliteit adviseert de kenniskring een aanpak met goede voorlichting en geleidelijke activering. Bij werknemers met een stagnerende re-integratie, hoge pijnintensiteit en/of neiging tot somatisatie is er extra aandacht nodig. In een eerste fase - na een paar weken verzuim en geen vorderende re-integratie - kan de begeleiding gedelegeerd worden aan een fysiotherapeut die werkt volgens de principes van graded activity met uitgebreide uitleg. Als het verzuim langer dan drie maanden duurt, zonder gunstige hersteltendens is multidisciplinaire behandeling de aangewezen weg.

In 2007 verschijnt er een CBO-richtlijn over de behandeling van 'whiplash asso-

Vervolg achtergrondstudie

ciated disorder (WAD)'. Daarbij ligt het accent op goede diagnostiek, uitleg en een activerende begeleiding (zowel qua activiteiten als qua werkhervatting bij verzuim).

6.2.3. Fibromyalgie

Fibromyalgie kunnen we omschrijven als een chronische (langer dan drie maanden durend) gegeneraliseerde pijn gelokaliseerd in spieren en botten plus de aanwezigheid van een aantoonbare drukpijn op minimaal 11 van 18 specifieke drukpunten⁽¹⁰⁶⁾.

De prevalentie⁽¹⁰⁷⁾ wordt geschat op 2%; bij vrouwen op 3,4% en mannen 0,5% (cijfers Verenigde Staten). Het komt vaker voor bij lager opgeleiden en werknemers met fysiek belastend werk.

Op de voorgrond staan pijn en vermoeidheid en verminderende belastbaarheid, waarbij pijn de meest bepalende factor is.

Voor de aanpak is aangetoond dat pijnmedicatie, antidepressiva, goede voorlichting, cognitieve gedragstherapie (4 tot 6 sessies zijn effectief), fysieke training en multidisciplinaire therapie effectief zijn⁽¹⁰⁷⁾.

Op basis van de gevonden literatuur adviseert de kenniskring de volgende elementen in de begeleiding in te brengen:

- Uitleg over aard van het ziektebeeld, het ontbreken van een verband met een ernstige somatische ziekte en verbetering van de prognose door actief te blijven.
- Nastreven van een adequate pijnstilling en zo goed als mogelijk slapen (adviezen over slaaphygiëne, eventueel medicatie).
- Het nut van fysieke training.
- De mogelijkheid tot en het nut van gedoseerd belasten in werk en vrije tijd. In de opbouw bij verzuim, is het goed principes van graded activity toe te passen (zie [hoofdstuk 4](#)).
- De effectiviteit van cognitief gedragsmatige begeleiding voor de doorbreking van vicieuze cirkels en onderhoudende factoren. Dit geldt vooral bij verzuim dat meerdere weken duurt en/of belemmerende cognities die op de voorgrond staan.
- De effectiviteit van multidisciplinaire therapie. Vooral bij verzuim dat langer dan drie maanden duurt.

6.3 Somatoforme stoornissen

6.3.1. Somatisatiestoornis

De somatisatiestoornis is één van de meest uitgesproken vormen van somatisatie. Om te voldoen aan deze diagnose moet er bij de werknemer sprake zijn van een patroon dat voor het dertigste levensjaar begonnen is. Verder moet hij voor minstens vier pijnklachten, twee gastro-intestinale klachten, één seksuele klacht en één pseudoneurologische klacht hulp hebben gezocht zonder dat er daarvoor een duidelijk medische verklaring is gevonden.

De prevalentie^(38,108) varieert van 0,1 procent in de Verenigde Staten tot 0,7 procent in Puerto Rico. In psychiatrische settings is dit hoger: 6-12. De prevalentie in Nederland is niet bekend. Aangenomen mag worden dat dit beeld door selectie in de werkende populatie minder voorkomt dan in de algemene bevolking, aangezien deze mensen vaker werkloos zijn en vaker disfunctioneren in hun persoonlijke en beroepsleven. Deze patiënten hebben in hun jeugd meer dan gemiddeld te maken gehad met mishandeling, misbruik, echtscheiding en alcohol- en drugsverslaving van andere gezinsleden.

De relevantie voor de arboprofessional (vooral werkzaam in de tweedelijns arbozorg) is dat hij aan de diagnose moet denken bij een patroon beginnend voor het dertigste levensjaar. Voor het overige is het relevant dat de werkzame begeleidingstechnieken (reattributie, gedragsregels volgens [paragraaf 5.6](#)) bij een somatisatiestoornis, ook werkzaam zijn bij de lichtere vormen. Dit heeft diverse onderzoekers⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾ tot de stelling gebracht dat somatisatiestoornis een statistische diagnose is en dat het om een spectrum van beelden gaat. De visie van de kenniskring sluit hierop aan.

6.3.2. Hypochondrie

Dit beeld is voor de arboprofessional van belang omdat hypochondrie vaker voorkomt (2-7 procent in de eerste lijn) dan de somatisatiestoornis. In lichtere vorm ('subtresholdform') zal het nog vaker voorkomen⁽¹¹¹⁾, wat de arboprofessional merkt aan een overmatige ongerustheid en angst (wel te onderscheiden van een angststoornis doordat de angst gekoppeld moet zijn aan de vrees voor een ernstige ziekte). Hierbij volgt een toelichting op de technieken zoals beschreven door Blankenstein⁽⁷⁾, gebaseerd op onderzoek van psychiaters⁽¹¹²⁾. Aangetoond is dat een cognitief gedragsmatige aanpak, vergelijkbaar met die voor somatisatiestoornis, effectief is.

1. Effectief geruststellen

De timing is belangrijk. Laat eerst merken dat u de bezorgdheid van de werknemer gehoord hebt, doe pas hierna lichamelijk onderzoek. Vertel duidelijk de con-

Vervolg achtergrondstudie

clusies, zodat de werknemer weet waarop de geruststelling gebaseerd is. Vertel dat u ervaring hebt met dit soort problemen, zodat de werknemer makkelijker in uw oordeel kan meegaan. Leg in begrijpelijk Nederlands het biopsychosociaal model uit, en vooral hoe vicieuze cirkels werken. Zwak de ongerustheid niet af ('ik begrijp dat u een beetje ongerust bent'), maar versterk het eerder ('ik heb de indruk dat u doodsbang bent voor een hartinfarct') zodat de werknemer zich meer herkend voelt.

Stoppen met geruststellen doet u als voor dezelfde klacht twee keer een dergelijke geruststelling hebt gegeven. Verdere herhaling zal niet werken en de werknemer raakt 'verslaafd' aan de geruststelling. De aanpak is in het algemeen direct en congruent:

'Ik heb nu drie keer vergeefs geprobeerd u gerust te stellen en een vierde keer heeft geen zin. Ik ben van plan daarmee te stoppen. Laten we zoeken naar een manier waarop u zelf leert omgaan met uw ongerustheid.'

2. Drie technieken voor verder beleid na stoppen met geruststellen

Als de arboprofessional stopt met geruststellen is er nog altijd een ernstig ongeruste werknemer. Met de onderstaande technieken kan een ervaren en getrainde bedrijfsarts verder gaan. Anders is het raadzaam om naar een psycholoog te verwijzen en de begeleiding daarop af te stemmen.

a. Ingaan op de meest alarmerende gedachte

- Vraag de werknemer naar diens alarmerende gedachten, hoe groot acht de werknemer de kans daarop en hoe sterk is zijn of haar behoefte aan geruststelling?
- Doe een 'final test'. Dit kan lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek of een verwijzing zijn. Kies - in afstemming met behandelend arts - voor de meest betrouwbare test met het oog op de gevreesde ziekte, bijvoorbeeld een inspannings-ECG in plaats van een gewoon ECG bij angst voor hartaandoeningen. Leg uit dat u dit niet nodig acht uit medisch oogpunt maar met het oog op de bezorgdheid. Leg de te verwachten resultaten uit.
- Vraag de werknemer opnieuw alarmerende gedachten te noemen, de kans te schatten en de behoefte aan geruststelling. Als de werknemer gerust blijft is het probleem opgelost.
- Blijven de alarmerende gedachten, dan kunt u concluderen dat zelfs het meest betrouwbare onderzoek de ongerustheid niet kan weg nemen. De angst zal blijven, tenzij de werknemer het probleem ook anders wil aanpakken. Hiervoor is vaak een verwijzing naar een psycholoog of psychiater nodig.

Vervolg achtergrondstudie

b. Uitdagen van de alarmerende gedachten

Dit is een andere manier om in te gaan op alarmerende gedachten. Hiervoor zet u de volgende stappen:

- Vraag naar de meest alarmerende hypothese: ‘Wat denkt u als ergste over deze klacht?’
- ‘Hoe groot acht u de kans hierop?’ Vraag door naar argumenten.
- ‘Ziet u ook een andere mogelijke verklaring voor de klacht?’ (Alternatieve hypothese).
- ‘Hoe groot acht u de kans hierop? Welke argumenten pleiten hiervoor?’
- Schat nu opnieuw de kans op de alarmerende hypothese. Deze blijkt vaak veel lager uit te vallen. Door dit proces wordt het voor de werknemer vaak acceptabel de alternatieve hypothese te aanvaarden.

c. Exposure

Analoog aan de aanpak bij angststoornissen wordt de werknemer gevraagd zich bloot te stellen aan gezondheidsangst, in plaats van angstgevoelens te ontlopen. Hiervoor zijn er drie manieren:

- Vraag de werknemer zijn gezondheidsangsten thuis op te schrijven. Opschrijven vereist dat hij de angst toelaat en niet meteen wegdrukt.
- Niet vermijden, maar juist opzoeken van angst oproepende prikkels. Dit kan voor een tobber betekenen een uur per dag ‘verplicht’ te tobben over de gezondheid.
- Paradoxaal: geef de werknemer de opdracht een hartaanval/pijn te provoceren. Hierdoor blijkt vaak dat de omzichtigheid, waarmee klacht uitlokkende situaties vermeden werd, onnodig zijn.

Als het via deze technieken lukt om de werknemer te laten zien dat niet zijn lichaam het probleem is, maar zijn ziekteangst, wordt het een kunst dit inzicht consequent te blijven benoemen steeds als de ziekteangst weer opspeelt. Mogelijk komt er een moment dat de werknemer voelt voor een verwijzing naar de tweedelijs cognitieve gedragstherapie. Daarmee zijn goede resultaten geboekt: tot 70 procent verbetert sterk volgens onderzoek⁽⁷⁾.

6.3.3. Pijnstoornis

Over het algemeen nemen we aan dat ruim 10 procent van de bevolking hulp zoekt voor pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat⁽¹¹³⁾. Er is een spectrum van pijnklachten die duidelijk in verhouding staan tot een duidelijke lichamelijk aantoonbare oorzaak: via beheersbare pijnklachten waar die oorzaak onvoldoende aantoonbaar is, tot en met beelden waar de pijnklacht alles bepalend is en niet in verhouding tot de aantoonbare oorzaken. Voor deze Werkwijzer is de achtergrondinformatie over het laatste van belang.

Vervolg achtergrondstudie

De meeste gegevens over het natuurlijk beloop van chronische pijnklachten hebben betrekking op lage rugpijn. De overgrote meerderheid van de patiënten met acute rugpijn heeft een aspecifieke diagnose. Hoewel 60-90 procent van de bevolking op enig moment in het leven rugpijn ervaart⁽¹¹⁴⁾, is het verloop van de klachten vrij gunstig te noemen. Slechts een deel van de mensen met rugklachten doet een beroep op de gezondheidszorg en een nog kleiner deel verzuimt de arbeid wegens de klachten. Van de groep die zich wegens rugpijnklachten heeft ziekgemeld, is 90 procent na een periode van vier weken weer aan het werk. De klachten komen bij mannen en vrouwen ongeveer evenveel voor. Lage rugpijn is, in tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, geen ouderdomskwaal. De hoogste prevalentie wordt tussen de veertig en zestig jaar gesignaleerd^(115,116). Volgens de studie van de Quebec Task Force on Spinal Disorders⁽¹¹⁷⁾ is 74 procent van de groep acute lage-rugpijnpatiënten binnen een periode van vier weken weer aan het werk. Van de overige 26 procent heeft 1 procent een specifieke diagnose. De kans op langdurig verzuim neemt aanzienlijk toe na vier weken arbeidsverzuim. In totaal heeft 17 procent van de acute-rugpijnpatiënten langer dan zeven weken klachten en blijft arbeidsongeschikt. Bij twaalf weken is van de groep rugpijnpatiënten 13 procent nog arbeidsongeschikt, bij zes maanden is dat 8 procent.

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen acute en chronische rugpijn, afhankelijk van de duur van de klachten en de objectiveerbare somatische bevindingen. In tegenstelling tot chronische rugpijn is acute rugpijn kortstondig en te beschouwen als een onmiddellijke respons op een vorm van weefsel-schade. Acute rugpijn zou monodisciplinair en volgens het traditionele ziekte-model kunnen worden behandeld. Als pijnklachten langer duren dan op basis van de objectiveerbare bevindingen te verwachten is, wordt bij voorkeur de term ‘chronische pijnsyndroom’ (CPS) gebruikt⁽¹¹⁸⁾.

In de literatuur komen verschillende tijdsriteria voor over wanneer over chronische pijn wordt gesproken. Volgens de International Association for the Study of Pain⁽¹¹⁹⁾ is dat na zes maanden en volgens Spitzer, LeBlanc en Depuis⁽¹¹⁷⁾ al na zeven weken. Bij chronische rugpijn wordt aangeraden zo snel mogelijk een interdisciplinaire en gedragsgeoriënteerde interventie aan te bieden. Hierbij is het aan te raden de therapiebereidheid te bevorderen door het volgen van de stappen van de reattributietechniek.

6.4 Procescontingente begeleiding

De kenniskring pleit voor een procescontingente begeleiding bij werknemers met lichamelijk onverklaarde klachten. Onder procescontingent⁽¹²⁰⁾ verstaan we dat in de begeleiding voorop staat dat de werknemers hun processen rond hun herstel doorlopen en niet het verloop van de klacht. Dit heeft betrekking op:

- De aanpak van de somatisatie in zover deze herstel en re-integratie belemmert.
- Het verhelderen van de oorzaken, inzicht in de gevolgen (het geven van een rationale kan hierbij behulpzaam zijn).
- Het aanpakken van de oorzaken en de gevolgen en de vormgeving van de re-integratie.
- De terugvalpreventie.

Dit vindt plaats in een kader van tijdcontingente begeleiding^(31,120). Het tijdsverloop is bij procescontingente begeleiding echter geen dogma, maar een nuttig instrument om het verloop te evalueren. Bij een werknemer met surmenage en forse somatisatie of overmatige bezorgdheid kan het zijn, dat het twintig weken duurt voordat deze het werk volledig hervat heeft. Bijvoorbeeld doordat de werknemer forse beperkingen had die langzaam afnamen, omdat de werknemer pas na een aantal gesprekken open ging staan voor andere verklaringen. Als er verder sprake was van een redelijke motivatie van de werknemer, zijn dit 'normale processen' waarvoor een aangepaste tijdslijn redelijk is.

Aanbevelingen

De kenniskring stelt dat lichamelijk onverklaarde klachten en somatisatie veel voorkomen en dat een betere aanpak van belang is voor werknemer, werkgever en maatschappij. Deze Werkwijzer is een instrument dat daarbij een rol kan spelen. Voor de volgende doelgroepen hebben we aanbevelingen om tot een groter effect te komen:

Arbodiensten en arboprofessionals in ander verband werkzaam, organisaties in tweedelijns arbozorg

- School alle arboprofessionals die betrokken zijn bij de directe verzuimbegeleiding in de techniek van de reattributie. Wij stellen voor het door de kenniskring ontwikkelde werkmodel als inhoudelijke grondslag te gebruiken.
- Waarborg voldoende ruimte voor de begeleiding van werknemers met somatisatie via contracten.
- Rust de tweedelijns arbozorg toe met specifieke expertise voor de aanpak van somatisatie.

NVAB, KNMG en CBO

Bevorder in KNMG-verband de samenwerking tussen behandelend arts en arboprofessional bij werknemers met somatisatie. Onze suggesties zijn:

- Stel een multidisciplinaire CBO-richtlijn op over handelwijze bij somatoforme stoornissen en klachten.
- Geef bekendheid aan het bestaan van deze Werkwijzer.
- Organiseer workshops over deze thematiek met deelname van behandelende artsen en arboprofessionals.
- Stel publicaties op waarin de inhoud van de Werkwijzer wordt verspreid.

Werknemersvertegenwoordigers

- Ontwikkel voorlichting over de positie van de werknemer. De kenniskring denkt aan folders over rol van arbodienst en het spreekuur in het algemeen en in het bijzonder over de aanpak van lichamelijke klachten zonder duidelijk objectieveerbare oorzaak (psycho-educatie).
- Vraag om beleid op dit punt als er in de organisatie veel lichamelijk onverklaarde klachten een rol spelen. Doelen zijn opsporen van oorzaken op organisatieniveau, verbetering van verzuimbegeleiding en aandacht voor preventie.

Werkgeversvertegenwoordigers

- Licht werkgevers voor over de voorgestelde werkwijze.

Vervolg aanbevelingen

- Licht werkgevers voor over de noodzaak van beleid en preventie vooral als de werkdruk gepaard gaat met toename van lichamelijk onverklaarde klachten, somatisatie en verzuim.

Onderzoeksinstituten

- Start een pilot met het liaisonmodel om te bezien of dit leidt tot grotere effectiviteit in de begeleiding van de arboprofessional en meer tevredenheid bij de werknemer. Liaisonmodel: consultatie door de arboprofessional van een psychiater of het eenmalig zien van de werknemer door de psychiater.
- Onderzoek de effecten van de Werkwijzer (vooral op de gemiddelde verzuimduur bij deze soort klachten en tevredenheid bij werknemers en werkgevers over de kwaliteit van de begeleiding).

De volgende, via het medisch dossier, onderzoekbare prestatie-indicatoren achten wij daarbij van belang:

- Worden cognities, emoties en gedrag van werknemer over de klacht uitgevraagd?
- Wordt bij onbegrepen lichamelijke klachten angst of depressie uitgesloten?
- Wordt er bij het eerste consult lichamelijk onderzoek gedaan?
- Wordt in het beleid een multifactorieel referentiekader gehanteerd?
- Onderzoek de effectiviteit van het werkmodel bij professionals die een training in de reattributietechniek hebben gehad.
- Doe vervolgonderzoek naar de diagnostische en begeleidingsaspecten voor arboprofessionals bij de meest voorkomende functionele syndromen.

Overheid en zorgverzekeraars

- Faciliteer zorg aan werknemers met lichamelijk onverklaarde klachten die ten goede komt aan herstel en re-integratie.
- Zet kenniscentra op voor de aanpak van het chronisch vermoeidheidssyndroom, betrek hier arboprofessionals bij en verbreed dit naar de ontwikkeling van expertise voor behandel- en begeleidingsprincipes bij functionele syndromen in het algemeen.

Essentie en verantwoording

Het begrip somatisatie kunnen we vertalen als een proces dat bij een werknemer speelt. Dit is volgens Lipowski gedefinieerd als: ‘De neiging om lichamelijke ongemakken en klachten die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard te ervaren en te rapporteren, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken.’ De internationale tendens is om somatisatie te benaderen vanuit de klacht, dat wil zeggen of een klacht lichamenlijk onverklaard blijft. Dit zijn de zogenoemde lichamenlijk onverklaarde klachten (LOK), die bij patiënten van huisartsen 20 tot 50 procent van de klachten vormen.

Deze Werkwijzer beschrijft de diagnostiek en aanpak bij lichamenlijk onverklaarde klachten. Vaak houden deze klachten verband met stressoren en verhoogde gevoeligheid voor signalen. Dergelijke patiënten zijn met de juiste aanpak goed te begeleiden. Arboprofessionals hebben het meest te maken met deze lichtere vormen. Na uitsluiting van een somatische aandoening dienen in de differentiaal-diagnose psychiatrische aandoeningen zoals een depressie of een angststoornis (bij ongeveer een derde van deze patiënten) en de weinig voorkomende somatoforme stoornissen overwogen te worden.

Een aparte categorie zijn clusters van lichamenlijk onverklaarde klachten in het kader van een zogenoemd functioneel syndroom. Bovengenoemde verbanden kunnen ook hiervoor gelden.

De onderstaande punten zijn volgens de kenniskring relevant voor de arboprofessionaal voor de aanpak van lichamenlijk onverklaarde klachten:

- *Het SCEGS-model*

Dit model voor een multifactoriële analyse van de klachten betreft expliciet de cognities, emoties en gedrag van de werknemer bij de klacht. Dit biedt de arboprofessionaal en de werknemer meer zicht op oorzakelijke, onderhoudende en bevorderende factoren. Bij de juiste hantering van dit model, voelt de werknemer zich beter begrepen en dat verbetert de kwaliteit van de begeleiding.

- *Gedragsregels*

Bij patiënten met veel en/of frequent voorkomende lichamenlijk onverklaarde klachten zijn gedragsregels effectief om de medische consumptie te beperken. Dat geldt ook voor het verzuim.

- *De reattributietechniek*

Dit is een effectieve techniek voor de aanpak van somatisatie in de eerste lijn, met aangetoonde effecten in de vorm van reductie van medische consumptie en ziekteverzuim. De stappen zijn:

1. Neem de klacht serieus.
2. Verbreed de agenda.
3. Leg de link.

In deze Werkwijzer zijn de genoemde modellen en techniek door de kenniskring geïntegreerd in een werkmodel voor de arboprofessional.

Extra hulpmiddelen zijn de 4-DKL, de screener op angststoornis en depressie, het klachtendagboek en hantering van het gevolgenmodel.

Voor de aanpak door de werkgever geldt dat somatisatie bij de werknemer kan worden versterkt door aan te dringen op legitimering (aan de werknemer vragen een strikt medische oorzaak aantoonbaar te maken en zich onder 'officiële medische behandeling' te laten stellen) of door een passieve houding aan te nemen. Voorlichting hierover en het tijdig en gericht betrekken van de arbodienst is hier dus op zijn plaats.

Werkdruk in organisaties speelt een belangrijke rol bij toename en in stand houden van lichamelijk onverklaarde klachten, somatisatie en daaraan verbonden verzuim. Maatregelen op organisatieniveau, aandacht in het PMO dragen bij tot de aanpak. De arbeids- en organisatiedeskundige kan hierover nader adviseren.

In de Werkwijzer is door de kenniskring zoveel als mogelijk aangegeven of de elementen voor diagnostiek en begeleiding practice of evidence based zijn. De onderhavige versie is een bewerking van de Werkwijzer uit 2004. De wijzigingen zijn met name:

- Vooropstellen van de belangrijkste elementen voor diagnostiek en aanpak voor de praktiserende arboprofessional. Comprimeren van de theorie naar [hoofdstuk 6](#).
- Integratie van het SCEGS-model in het werkmodel.
- Onderscheiden van het 'basale' werkmodel en extra hulpmiddelen ([hoofdstuk 4](#)).
- Een meer praktische beschrijving van de aanpak bij de klant-werkgever ([hoofdstuk 5](#)).
- Beschrijven van diagnostiek en aanpak bij drie belangrijke functionele syndromen ([paragraaf 6.2](#)).

Evenals in 2004 hebben we een conceptversie aan een panel van onderstaande experts en praktiserende arboprofessionals voorgelegd. De kenniskring is ze

Vervolg essentie en verantwoording

erkentelijk voor hun inbreng, waarvoor we ze hartelijk danken. Hun opmerkingen zijn in deze versie verwerkt, evenals de opmerkingen van de deelnemers die op stellingen op de [STECR-website](#) hebben gereageerd in november 2004.

Mw. I. van Banning	psychosomatisch fysiotherapeut	Paramedisch Centrum Moleneind
Mw. Dr. A.H. Blankenstein	huisarts	VU Amsterdam
Mw. Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis	psychiater	Trimbos Instituut
Dhr. Dr. M.M. Klaver	neuroloog	Hengelo
Dhr. Prof. Dr. J.A. Swinkels	psychiater	AMC Amsterdam
Dhr. Drs. B.D. Beijderwells	bedrijfsarts	Achmea Arbo
Mw. Drs. R. Braber	bedrijfsarts	Achmea Arbo
Mw. Drs. A. Heissmann	bedrijfsarts	Maetis
Dhr. Drs. C.A.W.M. Hertog	bedrijfsarts	Arbo Unie
Dhr. Drs. R. Moelands	bedrijfsarts	Maetis
Dhr. Drs. R. Ouwens	bedrijfsarts	ArboNed
Mw. A. Savalle	adviseur arbeid en gezondheid	Maetis

De leden van de Kenniskring Aanpak van lichamelijke onverklaarde klachten en somatisatie

Rob Hoedeman (voorzitter)	bedrijfsarts	ArboNed
Eric van der Beek	bedrijfsarts	Achmea Arbo
Astrid te Koppele	GZ-psycholoog, gastlid	Working Solutions
Jan Hein Wijers	bedrijfsarts	WOSM
Hilde Wijers	adviseur arbeid en gezondheid	Maetis
Ronald Broeders	stafregioverzekerings-geneeskundige, gastlid	UWV
Jan Hoevenaars	medisch adviseur, gastlid	Movir

Literatuur

- 1) Kenniskring Somatisatie. Werkwijzer Somatisatie. STECR: Hoofddorp, 2004
- 2) Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am. J. Psychiatr* 145: 1358-68, 1988
- 3) Horst HE van der. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. In: Van der Feltz-Cornelis CM, van der Horst HE. *Handboek somatisatie*. De Tijdstroom Uitgeverij. Pagina: 15-27, 2003
- 4) Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Brit J of Gen Pract* 53:233-41, 2003
- 5) Visser S. Somatisatie. In: AA Kaptein, B Garssen, J Dekker, HWJ van Marwijk, PJG Schreurs, R Beunderman. *Psychologie en geneeskunde*, Bohn Stafleu van Loghum, pagina: 15-31, 2000
- 6) Glazenburg BE, Vos MS. Uw gehoor is uitstekend! 'Wat zegt u dokter?' Hoofdstuk 1 en 15. Den Haag: Kugler Publications, 2003
- 7) Blankenstein NA. Somatising patients in general practice; reattribution, a promising approach. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit, oktober 2001
- 8) Goldberg RJ, Novack DH, Gask L. The recognition and management of somatization. What is needed in primary care training. *Psychosomatics* 33: 55-61, 1992
- 9) Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. *The New England Journal of Medicine* 314:1407-13, 1986
- 10) Rost K, Kashner TM, Smith GR. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry* 16:381-7, 1994
- 11) Smith GR, Rost K, Kashner TM. Effectiveness of psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 52:238-43, 1995
- 12) Dickinson WP, Dickinson LM, de Gruy FV, Main DS, Candib LM, Rost K. A randomized clinical trial of a care recommendation letter intervention for somatization in primary care. *Annals of Family Medicine* 1:228-35, 2003
- 13) Spaendonck KPM van, Bleijenberg G, Wollersheim H, Keijser K. Cursus interactieve consultvoering voor arts-assistenten. *Gezond Onderwijs* 7, 287-88, 1998
- 14) Hoedeman R, Wijers JHL, Beek EJ van der, Koppele A te. Toepassing van het SCEGS-model in de begeleiding van somatiserende werknemers. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 8:376-79, 2006

Vervolg literatuur

- 15) Swinkels JA. Hoogleraar psychiatrie AMC Amsterdam. Bewerking door Kenniskring van schriftelijke mededeling, naar aanleiding van openbaar debat, 19 november 2003
- 16) Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. The classification of psychological and social problems in general practice. Huisarts wet 36: 5-13, 1993
- 17) Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians Journal of Family Practice 51(1): 31-36, 2002
- 18) Kenniskring Sociaal Medische Begeleiding van Allochtonen. Assistent sociaal medische begeleiding van allochtonen. Hoofddorp: STECR, 2003
- 19) Meijer SA, et al. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Nivel, Trimbos-instituut, SGB0, 2003
- 20) Neomagnus JH, Terluin B, Aulbers LPJ, Hekman J, Van Heest FB, Van der Meer K, Romeijnders ACM, Burgers JS. NHG-Standaard Angststoornissen, 1997
- 21) Van Balkom AJLM, Van Dyck R, Gijsen R, Poos MJJC. Angststoornissen – omvang van het probleem. Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2003
- 22) Gijsen R, Poos MJJC. Depressie – omvang van het probleem Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2003
- 23) Koeter MW, Brink W van den. The relationship between depression and anxiety: construction of a prototypical anxiety and depression scale. Psychol Med 22(3):597-606, augustus 1992
- 24) Terluin B. Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn. Huisarts en Wetenschap 41: 219-228, 1998
- 25) Meerum Terwogt M, Rieffe C, Bosch JD. Emoties en zelfbeeld als indicatoren voor somatische klachten bij kinderen. TSG 81(5): 274-280, 2003
- 26) Terluin B, Duijsens IJ. Handleiding van de Vierdimensionale Klachtenlijst. Leiderdorp: Datec, 2002
- 27) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Utrecht, 2000
- 28) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten. Utrecht, 1999
- 29) Zwaard R van der, Grundmeijer GLM. Somatisatiestoornis: klinisch beeld en behandeling. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 138: 595-99, 1994
- 30) Van der Feltz-Cornelis CM, Oppen P van, Ader HJ, Dyck R van. Randomized controlled trial of collaborative care by psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. Psychother Psychosom 75:282-289, 2006



Vervolg literatuur

- 31) Hoedeman R, Wijers JHL. In het belang van de werknemer. De tijd als richtsnoer bij re-integratie. Medisch Contact 57: 1568-1571, 2002
- 32) Prins J. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome, dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003
- 33) Keijsers GPJ, Minnen A van, Hoogduin CAL (red). Protocollaire behandeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 1 en 2, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1999
- 34) Medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Amsterdam: TICA, 1996
- 35) Bellamy R. Compensation neurosis, Financial reward for illnesses nocebo, Clinical Orthopedics and related research 336: 94-106, 1997
- 36) Borra R. Transculturele diagnostiek. in: Borra R, van Dijk R en Rohlf H (red). Cultuur, classificatie en diagnose. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002
- 37) Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care 154: 989-95, 1997
- 38) Escobar JI, Burnam A, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatisation in the community. Archives of General Psychiatry 44: 713-18, 1987
- 39) Hoedeman R. Bedrijfsarts, verzekeringsgeneeskundige en somatisatie. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 3: 67-73, 2000
- 40) Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. Ann Intern Med 130: 910-921, 1999
- 41) Göthe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. Psychosomatics. 36: 1-11, 1995
- 42) Cullen MR. The worker with multiple chemical sensitivities: an overview. in Cullen MR. (ed). Occupational Medicine: State of the art reviews. Philadelphia: Hanley and Belfus blz. 655-662, 1987
- 43) Simon GE, Keaton WJ, Sparks PJ. Allergic to life: psychological factors in environmental illness. Am J Psychiatry 147: 147: 901-6, 1990
- 44) Terluin B, Rhenen W van, Schaufeli WB, Haan M de. The four- dimensional questionnaire (4DSQ). Measuring distress and other mental health problems in a working population. Work & Stress. 18: 187-207, 2004
- 45) Speckens AEM, Spinhoven Ph, Rood YR van. Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie, in: Keijsers GPJ, van Minnen A, Hoogduin CAL (red). Protocollaire behandeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 2, hoofdstuk 8. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1999
- 46) Speckens AEM, Hemert AM van, Spinhoven P, Hawton KE, Rooijmans HGM. 'Gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie voor onverklaarde lichamelijke klachten; een gerandomiseerd onderzoek'. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 140: 1227-32, 1996



Vervolg literatuur

- 47) Fordyce WE, Brockway J, Bergman J, Spengler D. A control group comparison of behavioural versus traditional management methods in acute low back pain. *Journal of Behavioural Medicine* 2: 127-140, 1986
- 48) Brandt E. 'Onbegrepen ziekten', een artikelenserie in *Trouw* in de maanden mei en juni van 2005
- 49) Traa M. 'Beroep: patiënt'. *HP De Tijd*, 22 april 2005
- 50) Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Blonk RWB. Moeilijk objectiveerbare klachten in de praktijk van de bedrijfs- en verzekeringsarts. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 14: 354-359, 2006
- 51) Horst HE van der. Diagnostiek van somatisatie in de huisartsenpraktijk. In: C.M. van der Feltz-Cornelis, H.E. van der Horst, *Handboek somatisatie*, De Tijdstroom Uitgeverij. Pagina 43-53, 2003
- 52) Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurize general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *British Medical Journal* 328: 1057- 1061, 2004
- 53) Bensing JM, Verhaak PFM. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient, *Lancet* 367: 452-454, 2006
- 54) Eriksen HR, Ursin H. Sensitization and subjective health complaints, *Scandinavian Journal of Psychology* 43: 189-196, 2002
- 55) Post M, Krol B, Groothoff JW. Self-rated health as a predictor of return to work among employees on long-term sickness absence. *Disability & Rehabilitation* 28: 289-297, 2006
- 56) Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137: 535-544, 1980
- 57) Bont C de, Meus G. Hazelaar, Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering: over verschillen in de implementatie, interpretatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van problematiek bij ME; Ctsv-rapport R98/6, 1998
- 58) Gezondheidsraad. Het chronische-vermoeidheidssyndroom. Den Haag: 2005
- 59) Trijsburg RW. Interventies en interacties in de psychotherapie. Oratie Universiteit van Amsterdam, 2001
- 60) Van den Bergen J, Vanheule S. Het chronische-vermoeidheidssyndroom en betekenisverlening door artsen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 47: 359-367, 2005
- 61) Junod Perron N, Hudelson P. How do junior doctors working in a multicultural context make sense of somatisation?. *Swiss Med Wkly* 135: 475-479, 2005
- 62) Sluiter JK, Croon EM de, Meijman TF, Frings-Dresen MHW. Need for recovery from work related fatigue and its role in the development and prediction of subjective health complaints. *Occup Environ Med* 60 (Suppl 1): i62-i70, 2003

Vervolg literatuur

- 63) Ihlebæk C, Eriksen HR. Occupational and social variation in subjective health complaints, *Occupational Medicine* 53: 270-278, 2003
- 64) Gucht V de, Fischler B, Heiser W. Job stress, personality, and determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses. *Stress and Health* 19: 195-204, 2003
- 65) Godin I, Knittel F, Coppegieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health* 5: 67
- 66) Kendler KS, Walters EE, Truett KR, Heath AC, Neale MC, Martin NG, Eaves LJ. A twin-family study of self-reported symptoms of panic-phobia and somatization. *Behav. Genet.* 25: 499-515, 1995
- 67) Kalantar JS, Locke GR, Zinsmeister AR, Beighley CM, Talley NJ. Familial aggregation of irritable bowel syndrome: a prospective study. *Gut* 52: 1703-1707, 2003
- 68) Stuart S, Noyes R. Attachment and interpersonal communication in somatization; *Psychosomatics* 40: 34-43, 1999
- 69) Noyes R, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL. Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics* 42: 320-329, 2001
- 70) Albertsen E, Malt S, Olafsson A, Lund H, Ursin. Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders* 3: 12, 2002
- 71) Persson LO, Sahlberg D. The influence of negative illness cognitions and neuroticism on subjective symptoms and mood in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 61: 1000-1006, 2002
- 72) Wilkinson SR. Coping and complaining – attachment and the language of disease. Brunner-Routledge. Hove, 2003
- 73) Hofstra J, Oudenhoven JP van. Hechtingsstijlen; In: Oud gedaan, jong geleerd?. Aksant. Amsterdam: 2004; pag. 31-67
- 74) Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine* 64: 660-667, 2002
- 75) Thompson D, Ciechanowski PS. Attaching a new understanding tot the patient-physician relationship in family practice. *J Am Board Fam Pract* 16:219-226, 2003
- 76) Dickinson LM, Verloin deGruy F, Dickinson P, Candib LM. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Arch Fam Med* 8: 35-43, 1999
- 77) Vingerhoets A. Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief; In: Gulden JWJ van der, et al. Onverklaarde chronische klachten –verklaring, behandeling en begeleiding. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pagina: 19-31, 2006

Vervolg literatuur

- 78) Swinkels JA. Baas in eigen hoofd? Psychische klachten en verzuim. Syllabus Boerhaavecursus 'Arbeidsrelevante aandoeningen'. 83-92, 2003
- 79) Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology* 103: 125-136, 1994
- 80) Klaver MM. De limbische verklaring voor onbegrepen lichamelijke klachten. In: Gulden JWJ van der et al. Onverklaarde chronische klachten –verklaring, behandeling en begeleiding, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pagina: 33-46, 2006
- 81) Wilgen CP van, Keizer D. Het sensitisatiemodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 148: 2535-2538, 2004
- 82) Klaver MM. Over Damasio, de limbische verklaring en de psychosomatische fysiotherapie: denkbeelden en praktijk. *Tijdschrift voor Psychosomatische Fysiotherapie* 10(4): 4-17, 2005
- 83) Eriksen HR, Ursin H. Sensitization and subjective health complaints; *Scandinavian Journal of Psychology* 43:189–196, 2002
- 84) Henningsen P. The body in the brain: towards a representational neurobiology of somatoform disorders. *Acta Neuropsychiatrica* 15: 157-160, 2003
- 85) Damasio AR. De vergissing van Descartes – gevoel, verstand en het menselijk brein, Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1995
- 86) Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin* 130: 793-812, 2004
- 87) Looper KJ, Kirmayer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70: 810-827, 2002
- 88) Kirmayer LJ, Looper KJ. Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with stress. *Current Opinion in Psychiatry* 19: 54-60, 2006
- 89) IJzermans Th, Bender R. Hoe maak ik van een olifant weer een mug?. Thema. Zaltbommel, 2004
- 90) Beek EJ van der. Somatoforme verschijnselen in de bedrijfsgeneeskundige praktijk. *Tijdschrift voor Psychosomatische Fysiotherapie* 11(1): 3-14, 2006
- 91) Chaturvedi SK, Maguire GP, Somashekar BS. Somatization in cancer; *International Review of Psychiatry* 18: 49-54, 2006
- 92) Koller M, Heitmann K, Kussmann J, Lorenz W. Symptom reporting in cancer patients II: relations to social desirability, negative affect, and self-reported health behaviours. *Cancer* 86: 1609-1620, 1999
- 93) Covic T, Adamson B, Spencer D, Howe G. A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology* 42: 1287-1294, 2003

Vervolg literatuur

- 94) Korff M von, Katon W, Lin EHB, Simon G, Ciechanowskie P, Lundman M, Oliver C, Rutter B. Young; Work disability among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 28: 1326-1332, 2005
- 95) Jonge P de, Ormel J, Brink RHS van den, Spijkerman TA, Kujper A, Veldhuisen DJ van, Berg MP van den, Honig A, Grijns HJGM, Schene A. Symptom dimensions of depression following myocardial infarction and their relationship with somatic health status and cardiovascular prognosis. *Am J Psychiatry* 163: 138-144, 2006
- 96) Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. 'Functional somatic syndromes: one or many?' *Lancet* 354: 936-39, 1999
- 97) Mayou R, Farmer A. ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *British Medical Journal* 325:265-268, 2002
- 98) Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Infectious Diseases. Atlanta, Georgia, 1995
- 99) Fukuda K, Straus S, Hickie I. et al. The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med*; 121: 953-959, 1994
- 100) Carruthers BM, Jain AK, Meirleir KL de, Peterson DL, Klimas NG, Lerner AM, et al. Myalgic Encephalitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition. Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*; 11: 7-115, 2003
- 101) Powell P, Bentall RP, Nye FJ, Edwards RH. Randomised controlled trial of patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. *BMJ*; 322: 1-5, 2001
- 102) Blatter BM, Berg R van den, Putten D van. ME/CVS en werk, TNO-rapport 1810106/14358. Hoofddorp: TNO Arbeid, Publicatie in voorbereiding
- 103) Huibers M. Fatigue among employees. Treatment in primary care and associations with chronic fatigue syndrom. Dissertatie. Universiteit van Maastricht, 2003
- 104) Scholten-Peeters GGM. Whiplash and its treatment. Dissertatie. Nijmegen, 2004
- 105) Cassidy JD e.a. Scientific Monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: Redefining 'Whiplash' and its Management. *Spine Vol* 20 nr 8 sectie 3 en 4, 1995
- 106) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB ea. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 33:160-172, 1990
- 107) Goldberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 292; 19: 2388-2395

Vervolg literatuur

- 108) Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentations of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J of Psychosom Res*; 29; 563-69, 1985
- 109) Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J of Abnormal Psychology*; 102: 125-3, 1994
- 110) Kirmayer LJ, Robbins JM. Current concepts of somatization, Research and clinical perspectives. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1991
- 111) Sensky T. Editorial, Somatization: syndromes or processes? *Psychother psychosom* :61: 1-3, 1994
- 112) Van der Feltz-Cornelis CM. Psychiatric consultation for patients with somatoform disorder in general practice, dissertatie, Amsterdam: 2002
- 113) Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. A cost -of -illness study of back pain in the Netherlands. *Pain* 62: 233-240, 1995
- 114) Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 7: 632-644, 1987
- 115) Flor H, Turk DC. Etiological theories and treatments for chronic back pain, II. Psychological models and interventions, *Pain* 19: 209-233, 1984
- 116) Haanen HCM. Een epidemiologisch onderzoek naar lage-rugpijn, dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1984
- 117) Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 12 (suppl. 7) S1-S59, 1987
- 118) Vlaeyen WS, Kole-Snijders MJ, Eek H van. Bohn Stafleu Van Loghum, – III – (Praktijkreeks gedragstherapie; dl. 5), 1996
- 119) International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain, descriptions, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Supplement* 3, 1-225, 1986
- 120) Klink J van der. Mondelinge mededeling. Opleider NSPOH en hoofdauteur 'Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten'

10

Bijlagen

A. Criteria somatoforme stoornissen volgens DSM-IV

Somatisatiestoornis

- A. Een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend voor het dertigste levensjaar. De klachten zijn een aantal jaren aanwezig en hebben geleid tot het zoeken van behandeling of tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- B. Aan elk van de volgende criteria moet zijn voldaan, waarbij de afzonderlijke symptomen (zie ook onderstaande tabel) op elk moment in het beloop van de stoornis kunnen voorkomen:
 - Vier pijnklachten: een voorgeschiedenis van pijn die verband houdt met tenminste vier verschillende lokalisaties of functies (bijvoorbeeld hoofd, buik, rug, gewrichten, extremiteiten, borst, rectum, tijdens de menstruatie, tijdens de geslachtsgemeenschap of tijdens de mictie).
 - Twee gastro-intestinale klachten: een voorgeschiedenis van tenminste twee gastro-intestinale klachten en anders dan pijn (bijvoorbeeld misselijkheid, opgeblazen gevoel, braken buiten zwangerschap, diarree of intolerantie voor een aantal voedingsmiddelen).
 - Eén seksuele klacht: een voorgeschiedenis met tenminste één klacht op het gebied van de seksualiteit of voortplanting en anders dan pijn (bijvoorbeeld seksuele onverschilligheid, disfunctie bij erectie of ejaculatie, onregelmatige menses, overvloedige menstruele bloedingen, braken tijdens de gehele duur van de zwangerschap).
 - Eén pseudoneurologisch syndroom: een voorgeschiedenis met tenminste één symptoom of uitvalsverschijnsel dat doet denken aan een neurologische aandoening en niet beperkt is tot pijn (conversiesymptomen zoals stoornissen in de coördinatie of evenwicht, paralyse of gelokaliseerde spierzwakte, slikproblemen of brok in de keel, afonie, urineretentie, hallucinaties, verlies van de tast- of pijnzin, dubbelzien, blindheid, doofheid, toevallen; dissociatieve verschijnselen zoals amnesie; of bewustzijnsverlies anders dan flauwvallen).
- C. Ofwel (1) of (2)
 - (1) Na adequaat medisch onderzoek is geen van de symptomen van criterium B eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het directe effect van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel).

Vervolg bijlagen

- (2) Als er een somatische aandoening is die hiermee verband houdt, zijn de lichamelijke klachten of de hieruit volgende sociale of beroepsmatige beperkingen ernstiger dan verwacht wordt op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.

De symptomen worden niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij een nagebootste stoornis of simulatie).

Ongedifferentieerde somatoforme stoornis

- A. Eén of meer lichamelijke klachten (bijvoorbeeld moeheid, verlies van eetlust, gastro-intestinale of mictieklachten).
- B. Ofwel (1) ofwel (2)
 - (1) Na adequaat medisch onderzoek zijn de symptomen niet eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het direct effect van een middel (bijvoorbeeld drug of geneesmiddel).
 - (2) Als er een somatische aandoening is die hiermee verband houdt, zijn de lichamelijke klachten of de hieruit volgende sociale of beroepsmatige beperkingen ernstiger dan verwacht wordt op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. De duur van de stoornis is tenminste zes maanden.
- E. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een andere somatoforme stoornis, seksuele dysfunctie, stemmingsstoornis, angststoornis, slaapstoornis of psychotische stoornis).
- F. Het symptoom wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij een nagebootste stoornis of simulatie).

Conversiestoornis

- A. Een of meer symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies betreffen, die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening.
- B. Psychische factoren worden verondersteld samen te hangen met het symptoom of uitvalsverschijnselen omdat het begin of het verergeren van het symptoom of uitvalsverschijnselen voorafgegaan wordt door conflicten of andere stressveroorzakende factoren.
- C. Het symptoom of uitvalsverschijnsel wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij een nagebootste stoornis of simulatie).
- D. Het syndroom of uitvalsverschijnsel is, na adequaat medisch onderzoek niet eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het direct

Vervolg bijlagen

effect van een middel of als een cultureel aanvaarde vorm van gedrag of ervaring.

- E. Het symptoom of uitvalsverschijnsel veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, of rechtvaardigt medisch onderzoek.
- F. Het symptoom of uitvalsverschijnsel is niet beperkt tot pijn of seksuele dysfunctie, komt niet uitsluitend voor in het beloop van een somatisatiestoornis en is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Het symptoom of uitvalsverschijnsel nader specificeren:

- met motorische symptomen of uitvalsverschijnselen;
- met sensorische symptomen of uitvalsverschijnselen;
- met toevallen of conclusies;
- met gemengd beeld.

Pijnstoornis

- A. Pijn in een of meer anatomische lokalisaties vormt de belangrijkste presentatie en is van voldoende ernst om medische zorg te rechtvaardigen.
- B. De pijn veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. Psychische factoren worden verondersteld een belangrijke rol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn.
- D. De pijn wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij de nagebootste stoornis of simulatie).
- E. De pijn is niet eerder toe te schrijven aan een stemmingsstoornis, angststoornis of psychotische stoornis en voldoet niet aan de criteria voor een dyspareunie.

Nader specificeren in:

- pijnstoornis gebonden aan psychische factoren;
- pijnstoornis gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening;
- pijnstoornis gebonden aan een somatische aandoening.

Hypochondrie

- A. Preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op een verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen.
- B. De preoccupatie houdt aan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling.

Vervolg bijlagen

- C. De overtuiging in criterium A heeft niet de intensiteit van een waan (zoals bij een waanstoornis, somatische type) en is niet beperkt tot een omschreven bezorgdheid over het uiterlijk (zoals bij de stoornis in de lichaamsbeleving).
- D. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E. De duur van de stoornis is ten minste zes maanden.
- F. De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, paniekstoornis, depressieve episode, separatie-angststoornis of een andere somatoforme stoornis.

Stoornis in de lichaamsbeleving

- A. Preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. Als er een geringe lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van betrokkene duidelijk overdreven.
- B. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld ontevredenheid over de lichaamsvorm en omvang bij anorexia nervosa).

Somatoforme stoornis Niet Anders Omschreven (NAO)

Deze categorie omvat stoornissen met somatoforme symptomen die niet voldoen aan de criteria van een specifieke stoornis. Tot de voorbeelden horen:

- Pseudocyesis: de foutieve overtuiging zwanger te zijn waarbij objectieve verschijnselen kunnen optreden van zwangerschap, zoals abdominale zwelling (hoewel de navel niet verstreken is), verminderde menstruele bloedingen, amenorrhoe, subjectieve beleving van foetale bewegingen, misselijkheid, toegenomen borstgrootte en melksecretie en pijnlijke barensweeën op de verwachte bevallingsdatum. Endocrinologische veranderingen kunnen aanwezig zijn, maar het syndroom kan niet verklaard worden door een somatische aandoening die de endocrinologische veranderingen veroorzaakt (bijvoorbeeld tumor met hormoonsecretie).
- Een stoornis met niet-psychotische hypochondrische symptomen, korter dan zes maanden.
- Een stoornis met onverklaarde lichamelijke klachten (bijvoorbeeld moeheid of lichamelijke zwakte), die korter is dan zes maanden en niet het gevolg is van een andere psychische stoornis.

B. Beschrijving vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)

De vierdimensionale klachtenlijst

De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) is geconstrueerd op basis van een klachtenlijst met 96 symptomen van surmenage en niet-psychotische psychiatrische stoornissen volgens de DSM-III-R⁽²⁶⁾. De 4DKL meet distress, depressie, angst en somatisatie als aparte dimensies en kan helpen een onderscheid te maken tussen ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek en psychiatrische stoornissen.

Distress-schaal

De distress-schaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie). Een *lage score* op distress (0-10) is doorgaans als normaal aan te duiden. Enige distress is onder normale levensomstandigheden een veel voorkomende ervaring omdat stress nou eenmaal bij het normale leven hoort. Een *matig verhoogde score* op distress (11-20) wijst op de aanwezigheid van een serieus stressprobleem dat in potentie de gezondheid en het normale functioneren kan bedreigen. Het is dus zaak de oorzaak van de stress te identificeren en activiteiten te ontplooiën om de stressproblemen op te lossen en het distressniveau te reduceren. Meestal heeft de persoon nog controle over zijn situatie. De oorzaak is meestal psychosociaal, soms wordt een matig verhoogde score veroorzaakt door een lichamelijke ziekte of aandoening. Psychische stoornissen, zoals depressief of angststoornissen, die relatief licht zijn of gedeeltelijk in remissie zijn, kunnen gepaard gaan met een matig verhoogde distress-score. Een *sterk verhoogde score* op distress (21-32) wijst op de aanwezigheid van een ernstig stressprobleem. De oorzaak is psychosociale stress en/of een psychische stoornis, vaak depressies of angststoornissen. Bij een sterk verhoogde score wordt het normale functioneren ernstig bedreigd door prikkelbaarheid (conflicten), energieverlies (afkeer van inspanning), concentratieproblemen (fouten) en motivatieverlies (nergens toe kunnen komen). Het 'afhaken' door een ziekmelding is vaker een kwestie van niet meer kunnen dan niet meer willen. Een sterk verhoogde distress-score in combinatie met een lage score op depressie en angst bij iemand die gedecompenseerd is, is typisch voor surmenage (overspanning).

Depressieschaal

De depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities. Een *lage score* op de depressie (1-2) wijst in het algemeen niet op het bestaan van een echte depressieve stem-

Vervolg bijlagen

mingsstoornis. Dergelijke lage scores worden regelmatig gezien bij personen met een matige of sterk verhoogde distress-scores. Een *matig verhoogde score* op depressie (3-5) wijst op het mogelijk bestaan van een stemmingsstoornis. Deze score kan ook een uiting zijn van een zeer ernstige mate van distress, een stemmingsstoornis in gedeeltelijke remissie, dan wel een chronische lichte depressie (dysthymie). Andere gegevens zijn noodzakelijk voor een goede diagnose. Een sterk verhoogde score op depressie (6-12) wijst vrijwel zeker op het bestaan van een stemmingsstoornis. Een *sterk verhoogde depressiescore* gaat praktisch altijd gepaard met een (sterk) verhoogde distress-score.

Angstschaal

De angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst. Een *lage score* op angst (1-8) wijst hooguit op het bestaan van enige angstigheid, danwel het gevolg zijn van een hoge distress-score, waarbij een lichte mate van angstigheid wordt geactiveerd als gevolg van distress. Een *matig verhoogde score* op angst (9-12) wijst op het mogelijk bestaan van een lichte angststoornis met weinig vermijdingsgedrag. Ook kan deze score soms verklaard worden door een zeer ernstige mate van distress, of een gedeeltelijk onder controle zijnde angststoornis.

Een *sterk verhoogde score* op angst (13-24) wijst vrijwel zeker op het bestaan van een of meer angststoornissen zoals omschreven in de DSM-IV. Een sterk verhoogde angst-score gaat bijna altijd gepaard met een (sterk) verhoogde distress-score, en kan ook gepaard gaan met een verhoogde depressiescore. Welke stoornis primair is, kan in veel gevallen worden achterhaald door de anamnese over het ontstaan van klachten uit te diepen.

Somatisatieschaal

De somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten. Een *lage score* op somatisatie (0-10) wordt gezien als een normale reactie op de bij het normale leven behorende stress. Bij een *matig verhoogde score* op somatisatie (11-20) vormt somatisatie vaak een alternatief voor distress, en is er zelden sprake van een lichamelijke aandoening. Een *sterk verhoogde score* op somatisatie (21-35) duidt op een serieus proces van somatische fixatie. Daarbij raakt de patiënt gevangen in een vicieuze cirkel van lichamelijke klachten, ongerustheid over de lichamelijke gezondheid, verhoogde aandacht voor lichamelijke klachten en een verlaagde waarnemingsdrempel voor lichamelijke sensaties. Een sterk verhoogde score gaat vrijwel altijd gepaard met een sterk verhoogde distress-score, en vaak ook met een (matig of sterk) verhoogde angstscore.