

STECR Werkwijzer

Aanpak

Problematisch Verzuim

4

STECR

PLATFORM REÏNTEGRATIE



Inhoudsopgave

1	Korte handleiding Werkwijzer	3
2	Inleiding	7
3	Model	10
4	Werkwijzer	12
	4.1 Inleiding	12
	4.2 Fase 0: primaire preventie van verzuim	12
	4.3 Fase 1: signaleren mogelijk problematisch verzuim	13
	4.4 Fase 2: opstellen probleemanalyse	18
	4.5 Fase 3: opstellen interventieplan	21
	4.6 Fase 4: voortgangsbewaking interventieplan	22
	4.7 Fase 5: procesverbetering en -bewaking	23
5	Implementatie Werkwijzer binnen arbodiensten	24
6	Aanbevelingen voor verder onderzoek en ontwikkeling	25
7	Literatuur	26
8	Bijlagen	28
	8.1 Voorbeeld van ervaringsnormen	28
	8.2 Interventies bij somatisering	30
	8.3 Interventies bij niet-effectieve coping	32

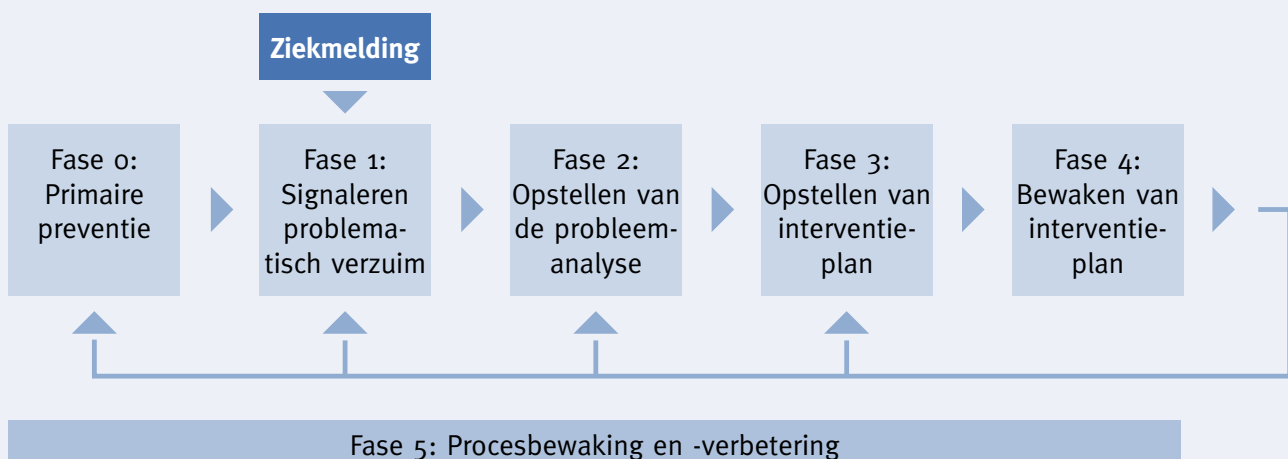


Korte handleiding Werkwijzer

In deze korte handleiding vindt u achtereenvolgens:

- Model voor de aanpak van problematisch verzuim.
- Acht vlaggen voor het signaleren van problematisch verzuim.
- De analyse matrix voor problematisch verzuim.
- Aandachtspunten bij het opstellen van het interventieplan.
- Aandachtspunten bij het bewaken van het interventieplan.
- Aanbevelingen voor verder onderzoek en ontwikkeling.

Model voor de aanpak van problematisch verzuim



De acht vlaggen voor het signaleren van problematisch verzuim

1. Vage klachten en/of onduidelijke diagnose
2. Verzuimhistorie
3. Somatisering/medicalisering
4. Afwijkende tijdscontingenten
5. Disfuncties in het zorgdomein
6. Stressoren in het werkdomein
7. Stressoren in het privé-domein
8. Niet-effectieve coping (probleemoplossend gedrag)

Analysematrix problematisch verzuim

Drie stappen ► ▼ Vijf segmenten	Uitdiepen en objectiveren (vanuit de anamnese en onderzoek) (S/O)	Wegen en evalueren (vanuit de arbeidsreïntegratie) (E)	Interventie (P)
Het medisch beeld: vlaggen 1,2,3 en 4	Basis: <ul style="list-style-type: none"> • kennis en ervaring van de arboprofessionaal • Nederlandse MDA • ervaringsnormen (binnen of buiten de arbodienst) 	Denk aan: <ul style="list-style-type: none"> • de mogelijkheden en beperkingen gezien vanuit de arbeidsreïntegratie • eventuele vervolgonderzoeken voor objectivering • intercollegiaal overleg bij twijfel • keuze voor de meest waarschijnlijke conclusies • keuze interventie(s) • toetsen evaluatie bij vervolgsconsulteren • inschakelen van andere deskundigen binnen of buiten de arbodienst N.B.: De evaluatie altijd op schrift stellen.	Opstellen interventieplan (§4-5)
De behandeling of interventie + vlag 5	Denk aan: <ul style="list-style-type: none"> • de voortgang • specifieke interventies (in het verleden) 		
Stressoren in het werkdomein (vlag 6)	Denk aan: <ul style="list-style-type: none"> • de 4 A's (1) • het model van Karasek (2) 		
Stressoren in het privé-domein (vlag 7)	Denk aan: <ul style="list-style-type: none"> • de mate van steun uit de omgeving • life-events 		
Copinggedrag (vlag 8)	Denk aan: <ul style="list-style-type: none"> • coping effectief/niet-effectief • verandermogelijkheden 		

- 1) Arbeidsomstandigheden, arbeidsinhoud, arbeidsorganisatie en arbeidsvoorwaarden
- 2) Het demand-controlmodel, zie [Karasek](#)



Vervolg korte handleiding

Aandachtspunten bij het opstellen van het interventieplan

1. Maak een duidelijk onderscheid tussen de klachtenbehandeling en de arbeidsreïntegratie; dit zijn gescheiden trajecten.
2. Bevorder en stimuleer de oriëntatie van de medewerker én van de werkgever op de arbeidsreïntegratie.
3. Begeleid in overeenstemming met (expliciete of impliciete) tijdsnormen voor arbeidsreïntegratie (denk aan de afspraken voor vervolgconsult).
4. Herstel of stimuleer het contact tussen de medewerker en de werkgever.
5. Stel de klachtenbehandeling, in overleg met de huisarts, bij.
6. Pas interventies toe die de belastbaarheid verhogen, eventueel met behulp van andere deskundigen.
7. Evalueer gemaakte afspraken met betrekking tot het herstelgedrag en de arbeidsreïntegratie.
8. Confronteer de werknemer én de werkgever met de gevolgen van een onnodig afwachtende houding ten aanzien van arbeidsreïntegratie.
9. Maak afspraken met de medewerker en de werkgever over passende werkzaamheden in het reïntegratietraject.
10. Schakel zo vroeg als noodzakelijk of gewenst andere deskundigen in, zoals psycholoog, A&O-deskundige, mediator.
11. Begeleid volgens de richtlijnen van de NVAB en de Werkwijzers van STECR.

Aandachtspunten bij het bewaken van het interventieplan

1. Ga uit van de eigen verantwoordelijkheden van de medewerker en de werkgever. Zij zijn dan ook verantwoordelijk voor het signaleren van verstoringen in de uitvoering van het interventieplan. Zij moeten aan de bel trekken en de arbodienst informeren over problemen in de uitvoering van het interventieplan.
2. Stel een procesmanager aan, bij voorkeur aan de werkgeverskant, zeker in geval van kritische interventies met een hoog afbreukrisico.
3. Rapporteer op indicatie (medewerker-werkgever-arbodienst).
4. Stel een korte samenvatting op (checklist) voor de mogelijkheden en belemmeringen van de medewerker. Te gebruiken door medewerker en werkgever tijdens het reïntegratietraject.
5. Laat een logboek bijhouden van de arbeidsreïntegratie door de medewerker (zelfobservatie) en door de werkgever (waarneming). In geval van nieuwe instabiliteit kan zo een goede analyse van de oorzaken worden gemaakt.





Vervolg korte handleiding

Aanbevelingen voor verder onderzoek en ontwikkeling

1. STECR dient een nieuwe Kenniskring in te stellen gericht op de primaire preventie van ziekteverzuim.
2. Er dient een specifiek werkproces binnen arbodiensten te worden ingevoerd gericht op de effectieve aanpak van problematisch verzuim, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen arbeidsreïntegratie en klachtenherstel.
3. Er dient een verkorte en eenvoudig leesbare versie van deze Werkwijzer te worden ontwikkeld bestemd voor medewerkers en werkgevers.
4. Arbodiensten dienen gezamenlijk normen te ontwikkelen die de arboprofessional een houvast geven voor afwijkende tijdscontingenten.
5. STECR dient het initiatief te nemen om te komen tot een Nederlandse versie van de Medical Disability Advisor (MDA).
6. Er dient verder onderzoek te worden uitgevoerd naar de belangrijkste determinanten die leiden tot succesvolle arbeidsreïntegratie na problematisch verzuim.



Inleiding

Doelstelling

Het doel van de Kenniskring is een Werkwijzer te ontwikkelen waarmee problematisch verzuim op een effectieve manier aan te pakken is. De Werkwijzer dient aan de arboprofessional vooral praktisch bruikbare handvatten te bieden bij de aanpak van problematisch verzuim.

Uitgangspunten

De opdracht van STECR aan de Kenniskring was: ‘Het verzamelen van kennis en ervaring van vroegtijdige arbeidsreïntegratie en het voorkomen van langdurig ziekteverzuim. Vervolgens moet deze kennis en ervaring worden gebundeld en beschikbaar gemaakt en moet er een oordeel gegeven worden over de effectiviteit van deze manier van werken. Tot slot moet in kaart worden gebracht wat het zou betekenen wanneer deze wijze van werken geïmplementeerd wordt.’

Tevens werd gevraagd een onderscheid te maken in de gevolgen voor:

- arboprofessionals;
- organisatorische, procedurele en logistieke aspecten van arbodiensten;
- rechten en plichten van werknemers en werkgevers.

Deze ruime opdracht is door de Kenniskring ingeperkt tot: de aanpak van het zogenaamde problematisch verzuim. In deze Werkwijzer wordt onder problematisch verzuim verstaan:



‘Verzuim waarbij reïntegratie in arbeid langer uitblijft dan verwacht mag worden op grond van klachten, aandoeningen, behandelingen of richtlijnen’.

Onder arbeidsreïntegratie wordt verstaan:



De (gedeeltelijke) werkhervatting na verzuim.



Vervolg inleiding

Samenstelling Kenniskring

- Eric-Jan van der Beek, Arbo Management Groep, bedrijfsarts
- Joachim Bolier, Arbo Groep GAK, A&O-adviseur/psycholoog
- Hans Dekker, ArboDuo, A&O-deskundige en voorzitter
- Erik-Jan van Dijck, Arbo Unie, bedrijfsarts
- Rob Hoedeman, ArboNed, bedrijfsarts
- Joke van der Horst Bruijn, Maetis Arbo, arbeidsdeskundige en secretaris
- Rosette van Raalte, Commit Arbo, bedrijfsarts
- Jan-Hein Wijers, WOSM, bedrijfsarts
- Jan-Peter van Zijl, arbodienst RVS verzekeringen, bedrijfsarts/geneesk. adv.

Toelichting

De Kenniskring richt zich in deze Werkwijzer niet op het ‘gewone’ of niet-problematische ziekteverzuim, maar op juist dat verzuim waarbij de arbeidsreïntegratie later start dan verwacht of waarvan het arbeidsreïntegratietraject stagneert. Geschat wordt dat er in vijf tot tien procent van alle verzuimgevallen sprake is van problematisch verzuim. Dit is ongeveer twintig tot veertig procent van het totale verzuimvolume!

Ieder ziekteverzuim vormt in wezen een probleem – in het bijzonder voor de zieke medewerker –, maar wordt echt problematisch wanneer de arbeidsreïntegratie niet volgens verwachting verloopt. Met andere woorden: wijkt deze af van het verwachtingspatroon (op grond van kennis en ervaringen) van de arboprofessionaal, van de zieke medewerker zelf of van de werkgever.

Problematisch verzuim is dus als volgt te definiëren: een stagnatie van het tijdstip van werkherhvatting, of een stagnatie in de voortgang van het werkherhvattingstraject. Deze definitie levert (tenminste) een drietal vragen op:

- Waarom wordt het begrip problematisch hier gebruikt, en waarom niet ‘stagnerende reïntegratie’?
- Voor wie is het verzuim eigenlijk problematisch?
- Wat is de relatie met het begrip ‘dreigend langdurig verzuim’ uit de Wet Verbetering Poortwachter?





Vervolg inleiding

Een drietal voorbeelden van problematisch verzuim:

1. Een medewerker heeft lage rugklachten waarbij er na vier weken nog geen zicht is op arbeidsreïntegratie.
2. Een medewerker heeft griep (ziekmelding) en na twee weken heeft er nog geen arbeidsreïntegratie plaatsgevonden.
3. Een medewerker heeft een arbeidsconflict met steeds herhalende periodes van arbeidsongeschiktheid.

Gekozen wordt voor het begrip problematisch verzuim omdat een stagnerende arbeidsreïntegratie – naar mening van de Kenniskring – nog in onvoldoende mate als problematisch wordt herkend en erkend. Met behulp van deze Werkwijzer willen we de bewustwording met betrekking tot de stagnerende arbeidsreïntegratie verhogen, zodat een ander, effectiever werkproces van verzuimbegeleiding kan worden gestart. Anders gezegd: ‘every problem is a solution in disguise!’

Problematisch verzuim vormt voor tenminste vier partijen een probleem:

- Voor de betrokken medewerker: zijn/haar terugkeer komt in gevaar.
- Voor de betrokken werkgever: die ziet zich geconfronteerd met verhoogd verzuim en met een toename van de verzuimkosten.
- Voor de arbodienst: die ziet nog geen resultaat van haar inspanningen.
- Voor de maatschappij (en de politiek): het verzuim brengt kosten met zich mee.

In de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) wordt gesproken over dreigend langdurig verzuim. De Kenniskring vindt dit begrip echter wezenlijk verschillen van het hierboven gedefinieerde problematisch verzuim. Langdurig verzuim hoeft niet problematisch te zijn en problematisch verzuim hoeft niet langdurig te zijn.



Model

De eerste bijeenkomsten van de Kenniskring bestonden vooral uit discussies om de opdracht en de doelstellingen van de Werkwijzer nader uit te werken. Via PubMed werd een specifieke zoekopdracht uitgevoerd naar een aantal kernbegrippen zoals arbeidsreïntegratie en werkhervatting.

Na ampele discussie is een gefaseerd denkmodel geformuleerd dat de basis is geworden voor deze Werkwijzer. Hierna volgt een korte omschrijving van elke fase.

Fase 0: Het voorkómen van ziekteverzuim. Dit is de fase van de primaire preventie en is, hoe belangrijk ook, in de Werkwijzer buiten beschouwing gelaten. De Kenniskring adviseert een aparte Werkwijzer over dit aspect te ontwikkelen.

Fase 1: Het signaleren van mogelijk problematisch verzuim. De Kenniskring heeft hiervoor een achttal zogenaamde signaleringspunten of vlaggen opgesteld.

Fase 2: Het maken van de probleemanalyse. Aan de hand van een door de Kenniskring opgestelde analysematrix kan de probleemanalyse worden gemaakt.

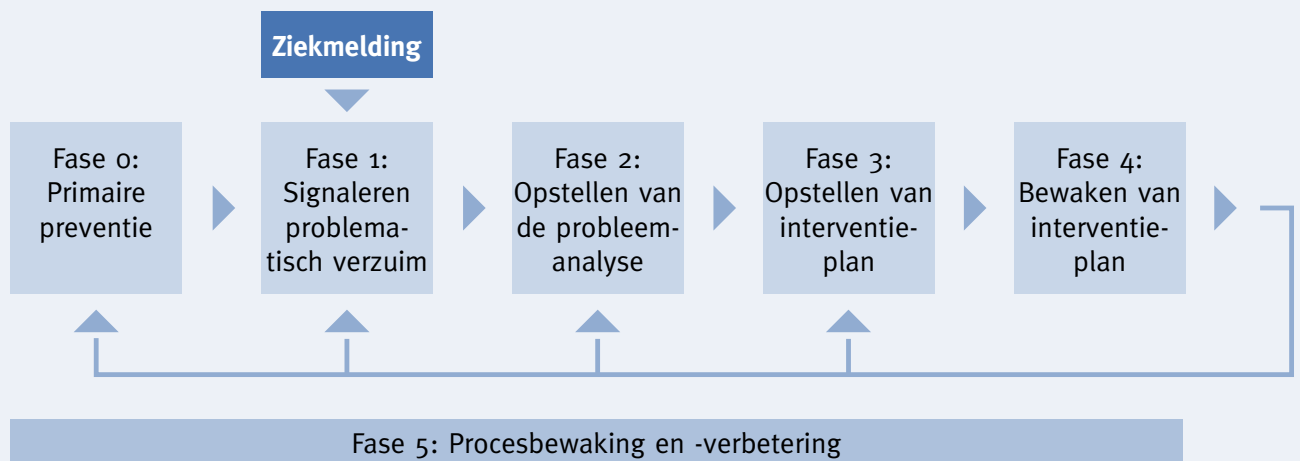
Fase 3: Het opstellen van het interventieplan, gericht op arbeidsreïntegratie. Voor dit interventieplan heeft de Kenniskring een aantal uitgangspunten en aandachtspunten opgesteld.

Fase 4: Het bewaken van de uitvoering van het interventieplan, gericht op het voorkómen van stagnatie in de reïntegratie en het wegnemen van belemmeringen. Ook hiervoor zijn door de Kenniskring uitgangspunten en aandachtspunten opgesteld.

Fase 5: Het bewaken en verbeteren van het proces van de aanpak van problematisch verzuim door terugkoppeling van de resultaten naar de verschillende fases. De Kenniskring verwijst hiervoor naar bestaande processen binnen de arbodiensten.

Vervolg model

Schematisch ziet dit model er als volgt uit:



De verschillende onderdelen van het denkmodel zijn door subgroepen uitgewerkt en hebben tenslotte de basis gevormd voor de Werkwijzer zoals die nu voor u ligt.

4 Werkwijzer

4.1 Inleiding

Bij de aanpak van (mogelijk) problematisch verzuim is een aantal fases te onderscheiden. De eerste fase is het pre-verzuim (primaire preventie); er is dan nog geen sprake van ziekteverzuim. Na een ziekmelding is het van belang om een eventueel problematisch verzuim zo vroeg mogelijk te signaleren. Is er inderdaad sprake van problematisch verzuim, dan wordt – met het maken van de probleemanalyse – een specifiek werkproces binnen de arbodienst gestart. Op basis van de probleemanalyse wordt samen met de betrokken medewerker én de werkgever het interventieplan opgesteld. Tenslotte gaat het om het bewaken van de voortgang van het interventieplan.

Dit proces als geheel dient binnen de arbodienst systematisch bewaakt en verbeterd te worden. De verschillende fases moeten binnen een arbodienst vorm krijgen en als zodanig herkenbaar en aantoonbaar te zijn.

Bij de uitvoering zijn verschillende professionals van de arbodienst betrokken. Coördinatie speelt daarbij een belangrijke rol. De betrokken arboprofessionals moeten beschikken over voldoende kennis, ervaring en alertheid; de advisering dient vooral effectief te zijn. Daarnaast moeten de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken arboprofessionals goed zijn vastgelegd.

Het model zoals hier beschreven sluit aan bij de uitgangspunten van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP), bestaande richtlijnen (NVAB) en Werkwijzers. In de WVP gaat het met name om de verschillende tijdstippen en de daarbij behorende activiteiten, en de verantwoordelijkheden bij de aanpak van dreigend langdurig verzuim. Het hier beschreven model geeft praktische handvatten en is een leidraad om binnen de WVP het problematisch verzuim effectief aan te pakken.

4.2 Fase 0: primaire preventie van verzuim

Binnen de arbodienstverlening worden verschillende instrumenten toegepast met als doel primaire preventie. De meest toegepaste instrumenten zijn:

- de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E);
- het open arbeidsgezondheidskundig spreekuur;
- het periodieke arbeidsgezondheidskundig onderzoek, in het bijzonder de

Vervolg werkwijzer

- resultaten hiervan op individueel niveau;
- specifieke werkplekonderzoeken;
- voorlichting en instructies.

Zoals gezegd is deze fase – hoe belangrijk ook – in deze Werkwijzer buiten beschouwing gelaten. Wij richten ons op de secundaire preventie: het effectief aanpakken van het ontstaan van (problematisch) verzuim. De Kenniskring doet wel de aanbeveling een aparte Werkwijzer op te stellen voor de primaire preventie van verzuim.

4.3 Fase 1: signaleren mogelijk problematisch verzuim

Om problematisch verzuim in een zo vroegtijdig mogelijk stadium te signaleren, heeft de Kenniskring een signaleringspuntenlijst opgesteld. Deze lijst geeft houvast bij het signaleren van mogelijk of daadwerkelijk problematisch verzuim. (De vraag wie verantwoordelijk is voor de uitvoering en toepassing van de signalering wordt besproken in [hoofdstuk 5: Implementatie Werkwijzer binnen de arbodiensten](#).)

Voor het vaststellen van problematisch verzuim zijn acht signaleringspunten opgesteld. Deze acht punten kunnen worden gezien als vlaggen. De signaleringspunten/vlaggen zijn:

1. Vage klachten en/of onduidelijke diagnose
2. Verzuimhistorie
3. Somatisering/medicalisering
4. Afwijkende tijdscontingenten
5. Disfuncties in het zorgdomein
6. Stressoren in het werkdomein
7. Stressoren in het privé-domein
8. Niet-effectieve coping (probleemoplossend gedrag)

Vervolg werkwijzer

De acht vlaggen vormen een hulpmiddel bij de signalering van (mogelijk) problematisch verzuim. Let op: wanneer één (of meerdere) signalen aanwezig zijn, kán er sprake zijn van problematisch verzuim, maar dit hoeft niet per definitie zo te zijn! De vlaggen zijn niet bedoeld om reeds een beoordeling te maken met betrekking tot de aan- of afwezigheid van problematisch verzuim; ze zijn met name bedoeld om bij de arboprofessionaal bewustwording en alertheid te creëren.

Met nadruk wordt vermeld dat de volgorde van de vlaggen géén hiërarchie inhoudt. Wel sluit de volgorde aan op de bestaande werkwijzen van de arboprofessionals (in de spreekkamer) en past de volgorde bij de probleemanalyse van de Wet Verbetering Poortwachter. Tevens sluit de gekozen volgorde aan op de analysematrix in [paragraaf 4.4](#) van deze Werkwijzer.

De signalering dient zo spoedig mogelijk na de ziekmelding te worden gedaan. Dit kan onder meer blijken uit een Eigen Verklaring, uit overleg met de werkgever of uit telefonisch contact met de medewerker. De vlaggen zullen vaak in een eerste of vervolgspreekuur opgemerkt worden. Daarna volgt in hetzelfde spreekuur de analysefase en/of wordt hiervoor een tweede afspraak gemaakt.

DE VLAGGEN NADER UITGEWERKT

Vlag 1: vage klachten en/of onduidelijke diagnose

Bij deze vlag gaat het om het niet kunnen objectiveren van klachten en/of diagnose binnen de ter beschikking staande tijd en mogelijkheden. De arbeidsreïntegratie wordt (onbewust) uitgesteld.

Signaleringspunten zijn:

- (Meerdere) vage klachten die niet of nauwelijks te objectiveren zijn.
- Bijkomende klachten of ziektebeelden (co-variantie somatisch en/of psychisch).
- De diagnose is (en blijft vooralsnog) onduidelijk.
- Een in het verleden gestelde diagnose is waarschijnlijk onjuist.
- Er zijn signalen van bijkomende somatisering of medicalisering ([zie vlag 3](#)).

Vlag 2: verzuimhistorie

Bij vlag 2 gaat het om een mogelijke herhaling van een verzuimpatroon uit het verleden. De arbeidsreïntegratie stagneert of de arbeidsongeschiktheid herhaalt zich. Gekeken wordt of de werkbelasting voor de medewerker weer is toegenomen of dat zijn/haar belastbaarheid weer is afgenomen.

Vervolg werkwijzer

Signaleringspunten zijn:

- Problematisch verzuim in het verleden.
- Snelle recidive van verzuim.
- Frequent verzuim.
- Eerdere oorzaken van problematisch verzuim zijn nog steeds aanwezig.

Vlag 3: somatisering/medicalisering

Bij deze vlag gaat het om het herkennen van eventuele somatisering of medicalisering, die de arbeidsreïntegratie kan doen stagneren. Somatisering is een onbewust proces, dat meestal gebeurt vanuit de zieke medewerker. Medicalisering is een meer bewust proces en gebeurt veelal door de arboprofessional. Beide begrippen kunnen als volgt worden gedefinieerd:

- Somatiseren: het zoeken van een lichamelijke oorzaak voor niet-objectiveerbare klachten, en daarbij hulp zoeken.
- Medicaliseren: het zoeken van een medische oplossing voor een (per definitie) niet-medisch verschijnsel.

Signaleringspunten zijn:

- Algemene en vage klachten die aan somatisering doen denken.
- Co-morbiditeit van met name depressie en/of angststoornis.
- Onderliggende stressor.
- Somatoforme stoornissen (bijvoorbeeld fibromyalgie, chronische vermoeidheid).

Vlag 4: afwijkende tijdscontingenten

Hieronder worden verstaan signalen van afwijkende tijdscontingenten in het herstelpatroon of in het tijdstip van arbeidsreïntegratie.

Signaleringspunten zijn:

- Langer verzuim dan op grond van kennis en ervaring verwacht mag worden.
- Geen duidelijk zicht op het mogelijke tijdstip van (gedeeltelijke) arbeidsreïntegratie.
- Geen duidelijk zicht op het mogelijke tijdstip van klachtenherstel.

Een verzuimtraject bestaat uit een periode van arbeidsongeschiktheid en een reïntegratieperiode die uiteindelijk tot volledige werkhervatting moeten leiden. De Kenniskring is op zoek gegaan naar 'normen' voor de duur van de (volledige) arbeidsongeschiktheid, voor het startmoment of de duur van de reïntegratie en voor de totale verzuimduur.



Vervolg werkwijzer

Deze normen kunnen worden gebaseerd op drie bronnen:

- Op de impliciete kennis en ervaring van individuele arboprofessionals (tacit knowledge).
- Op de collectieve praktijkkennis binnen een arbodienst (occupational practice-based evidence).
- Op wetenschappelijk onderzoek (evidence-based occupational practice).

De eerste twee bronnen resulteren in ervaringsnormen, de laatste bron in onderbouwde normen.

Ervaringsnormen

Kenmerken van ervaringsnormen zijn:

- beperkt aandoening-/klachtenspecifiek;
- gebaseerd op waardeoordelen;
- moeilijk deelbaar;
- volop aanwezig;
- de mate van onzekerheid is relatief groot;
- intuïtieve afkappunten op basis van een ideaalbeeld;
- het ontbreken van kengetallen om dit ideaalbeeld te toetsen;
- relatief grote interdoktervariatie.

Bij een aantal arbodiensten is voor een beperkt aantal aandoeningen en/of klachten min of meer expliciete normen in gebruik. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven in [bijlage 8.1](#). Op dit gebied valt echter nog veel werk te verrichten. De Kenniskring stelt daarom ook voor deze normontwikkeling – gezamenlijk en voortvarend – ter hand te nemen.

Onderbouwde normen

Onderbouwde normen berusten op onderzoeksresultaten en een daarop gebaseerde discussie: een vertaling van wetenschappelijke kennis naar de dagelijkse praktijk. De voordelen zijn: kengetallen, transparantie, relatief kleinere mate van onzekerheid, relatief kleinere interdoktervariatie.

De Kenniskring heeft op dit gebied uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. De resultaten hiervan vallen tegen: een zoekopdracht in PubMed leverde slechts veertig referenties op. In deze referenties zijn wel enige specifieke uitstroomcurves gevonden, maar geen zogenaamde ‘reïntegratiecurves’. De informatie is bovendien nauwelijks aandoening-/klachtenspecifiek; het overgrote deel betreft aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat.



Vervolg werkwijzer

In de Verenigde Staten is onlangs de zogenaamde Medical Disability Advisor (MDA) verschenen. De MDA geeft onder meer per ziektebeeld de minimale, de gemiddelde, de maximale en de meest voorkomende verzuimduur aan. Op dit moment wordt door TNO Arbeid een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd naar een op de Nederlandse praktijk afgestemde MDA-versie.

Vlag 5: disfuncties in het zorgdomein

Bij deze vlag handelt het om disfuncties uit de 'omgeving' die de arbeidsreïntegratie doen stagneren.

Signaleringspunten zijn:

- Onvoldoende contact met of informatie uit de curatieve sector.
- Tegenstrijdige adviezen van verschillende behandelaars.
- Wachttijden voor behandeling.
- Onduidelijke rolverdelingen en verantwoordelijkheden.
- Onvoldoende functioneren van het casemanagement (poortwachter).
- Onvoldoende informatie en coördinatie binnen de arbodienst zelf.
- Onvoldoende coördinatie tussen arbodienst en reïntegratiebedrijf.

Vlag 6: stressoren in het werkdomein

Bij de zesde vlag zijn er stressoren in het werkdomein aanwezig, die eerst opgelost moeten worden voordat er sprake kan zijn van (succesvolle) arbeidsreïntegratie.

Signaleringspunten zijn:

- (Duidelijke) achteruitgang in het functioneren in de huidige functie.
- Een werkgever met een afwachtende en weinig actieve instelling.
- Een werkgever met een overactieve (pushende) instelling.
- Een (verborgen) arbeidsconflict met de werkgever.
- Reorganisatie, functieveranderingen enzovoorts.

Vlag 7: stressoren in het privé-domein

Ook hier zijn er stressoren die de arbeidsreïntegratie in de weg staan.

Signaleringspunten zijn:

- (Duidelijke) achteruitgang in het functioneren in het privé-domein.
- Langdurende problemen in het privé-domein (in combinatie met klachten).

Vlag 8: niet-effectieve coping (probleemoplossend gedrag)

Arbeidsreïntegratie is in grote mate afhankelijk van de wijze waarop de zieke medewerker omgaat met problematische en aanpassingsvereisende gebeurtenissen. Deze manier van omgaan met de problemen wordt ‘coping’ genoemd.

De opvatting dat het bij coping alleen gaat om ingrijpende life-events is achterhaald; ook chronische, slepende en zelfs alledaagse problemen vragen om een aanpak.

Effectieve coping (effectief probleemoplossend gedrag) draagt bij aan het gezond blijven en aan beter worden. Om die reden is het van groot belang voor de arbeidsreïntegratie.

Signalen van niet-effectieve coping zijn:

- Rigide en/of disfunctioneel gedrag (in algemene zin).
- De oriëntatie van de medewerker richt zich steeds minder op arbeidsreïntegratie, en steeds meer op klachten (behandeling). Dit uit zich bijvoorbeeld in medical shopping, blijven vragen om medicijnen, verder onderzoek of behandeling (zie ook [vlag 4: somatisering en medicalisering](#)).
- De medewerker onderkent het eigen aandeel in het oplossen van de problematiek steeds minder (externe locus of control).
- De medewerker blijft de oorzaken van het verzuim en de problemen geheel buiten zichzelf leggen (externe attributie).
- Activiteiten in werk en privé worden steeds meer afgebouwd.
- Theatrale presentatie.
- Sociale degradatie en een negatief zelfbeeld.

4.4 Fase 2: opstellen probleemanalyse

Als er sprake is van problematisch verzuim, dan dient een ander, specifiek werkproces binnen de arbodienst te starten. Dit werkproces begint met het maken van de probleemanalyse. De randvoorwaarden voor een dergelijke analyse zijn de beschikbare tijd én de beschikbare expertise en ervaring. De Kenniskring vindt dat de arboprofessional voor deze analyse tenminste dertig minuten spreekuur-tijd moet uittrekken.

De vlaggen voor mogelijk problematisch verzuim vormen hierbij het uitgangspunt. Deze vlaggen worden gesignaleerd vanuit een Eigen Verklaring, op basis van informatie van de werkgever, of meestal tijdens het eerste of volgende consult van de bedrijfsarts of de arboverpleegkundige. Deze ‘informatiefase’ kan bij-

Vervolg werkwijzer

voorbeeld met een uitgebreider ziekmeldingsformulier verder verbeterd worden.

Aansluitend op de vlaggen worden vijf segmenten van nader onderzoek onderscheiden:

1. Het medisch beeld: de vlaggen 1, 2, 3 en 4
2. De behandeling of voorgaande interventie, aangevuld met vlag 5
3. De stressoren in het werkdomein (vlag 6)
4. De stressoren in het privé-domein (vlag 7)
5. Het copinggedrag (vlag 8)

Als eerste stap moet elk van deze segmenten verder worden onderzocht en uitgediept (vanuit de anamnese en onderzoek). Het doel hiervan is tot een zo goed mogelijke objectivering te komen. (N.B.: zie literatuur voor de subjectieve/objectieve fase (S/O) uit de SOEP-methodiek)

De tweede stap is de (samenhangende) weging en evaluatie van de geobjectiverde bevindingen. Deze evaluatie dient – met nadruk – vanuit het perspectief van de arbeidsreïntegratie te gebeuren. (N.B.: de E uit de SOEP-methodiek)

Na de evaluatie moet worden vastgesteld welke interventie(s) het meest effectief is of zijn om de stagnatie van de arbeidsreïntegratie te doorbreken. Dit resulteert in het opstellen van het interventieplan. (N.B.: de P uit de SOEP-methodiek)

De vijf segmenten en de drie uit te voeren stappen vormen samen een analysematrix, die resulteert in een beargumenteerde visie en conclusie van de arboprofessional met betrekking tot de mogelijkheden en de beperkingen van de arbeidsreïntegratie van de medewerker. Deze conclusie is probleemgericht en gestructureerd, reproduceerbaar en uit te leggen aan de medewerker en de werkgever.

Vervolg werkwijzer

Analysematrix problematisch verzuim

Drie stappen ► ▼ Vijf segmenten	Uitdiepen en objectiveren (vanuit de anamnese en onderzoek) (S/O)	Wegen en evalueren (vanuit de arbeidsreïntegratie) (E)	Interventie (P)
Het medisch beeld: vlaggen 1,2,3 en 4	Basis: • kennis en ervaring van de arboprofessionaal • Nederlandse MDA • ervaringsnormen (binnen of buiten de arbodienst)	Denk aan: • de mogelijkheden en beperkingen gezien vanuit de arbeidsreïntegratie • eventuele vervolgonderzoeken voor objectivering • intercollegiaal overleg bij twijfel • keuze voor de meest waarschijnlijke conclusies • keuze interventie(s) • toetsen evaluatie bij vervolgconsulten • inschakelen van andere deskundigen binnen of buiten de arbodienst N.B.: De evaluatie altijd op schrift stellen.	Opstellen interventieplan (§4.5)
De behandeling of interventie + vlag 5	Denk aan: • de voortgang • specifieke interventies (in het verleden)		
Stressoren in het werkdomein (vlag 6)	Denk aan: • de 4 A's (1) • het model van Karasek (2)		
Stressoren in het privé-domein (vlag 7)	Denk aan: • de mate van steun uit de omgeving • life-events		
Copinggedrag (vlag 8)	Denk aan: • coping effectief/niet-effectief • verandermogelijkheden		

- 1) Arbeidsomstandigheden, arbeidsinhoud, arbeidsorganisatie en arbeidsvoorwaarden
- 2) Het demand-controlmodel, zie [Karasek](#)

Op de kruisvlakken in deze matrix is een aantal aanwijzingen en methodes vermeld, die bij het uitvoeren van de analyse gebruikt kunnen worden.



Vervolg werkwijzer

De conclusies vormen de aangrijpingspunten voor het interventieplan. Bij een vervolgconsult wordt opnieuw de bovenstaande route doorlopen; er is dus sprake van een cyclisch proces.

4.5 Fase 3: opstellen interventieplan

Het doel van het interventieplan is arbeidsreïntegratie. Op basis van de conclusies uit de probleemanalyse is duidelijk geworden wat de belemmeringen en mogelijkheden zijn voor de arbeidsreïntegratie en op welke gebieden de meest effectieve interventies kunnen plaatsvinden. Deze interventies worden beschreven in het interventieplan. Daarbij is het van belang dat zowel de medewerker als de werkgever betrokken worden (conform de Wet Verbetering Poortwachter) bij het opstellen van dit plan.

Inhoud interventieplan

Uiteraard moet het interventieplan aansluiten op de vereisten uit de Wet Verbetering Poortwachter. Daarnaast is er door de Kenniskring een aantal belangrijke aandachtspunten geformuleerd:

- Maak een duidelijk onderscheid tussen de klachtenbehandeling en de arbeidsreïntegratie; dit zijn gescheiden trajecten.
- Bevorder en stimuleer de oriëntatie van de medewerker én van de werkgever op de arbeidsreïntegratie.
- Begeleid in overeenstemming met (expliciete of impliciete) tijdsnormen voor arbeidsreïntegratie (denk aan de afspraken voor vervolgconsult).
- Herstel of stimuleer het contact tussen de medewerker en de werkgever.
- Stel de klachtenbehandeling, in overleg met de huisarts, bij.
- Pas interventies toe die de belastbaarheid verhogen, eventueel met behulp van andere deskundigen.
- Evalueer gemaakte afspraken met betrekking tot het herstelgedrag en de arbeidsreïntegratie.
- Confronteer de werknemer én de werkgever met de gevolgen van een onnodig afwachtende houding ten aanzien van arbeidsreïntegratie.
- Maak afspraken met de medewerker en de werkgever over passende werkzaamheden in het reïntegratietraject.
- Schakel zo vroeg als noodzakelijk of gewenst andere deskundigen in, zoals psycholoog, A&O-deskundige, mediator.
- Begeleid volgens de richtlijnen van de NVAB en de Werkwijzers van STECR.



4.6 Fase 4: voortgangsbewaking interventieplan

De vierde fase begint na het opstellen van het interventieplan en eindigt wanneer er sprake is van een stabiele arbeidsreïntegratie. Het uitgangspunt voor de voortgangsbewaking is de eigen verantwoordelijkheid van de medewerker en van de werkgever. Wanneer er wordt afgeweken van het interventieplan moeten de medewerker en/of de werkgever dit aan de arbodienst melden. Een beperkt hulpmiddel hierbij is bijvoorbeeld de FM-normaallijst, een lijst die ook door de werkgever te gebruiken is. Er kunnen ook afspraken met de medewerker en/of de werkgever worden gemaakt om – ongevraagd – periodiek over de voortgang te rapporteren.

De verantwoordelijkheid van de medewerker bestaat uit:

- het bevorderen en in standhouden van de eigen gezondheid;
- het communiceren met de bedrijfsarts of de leidinggevende over factoren in de werksituatie of in de privé-sfeer die de instabiliteit verhogen.

De verantwoordelijkheid van de werkgever bestaat uit:

- het optimaliseren van de werkomstandigheden voor de medewerker;
- het periodiek informeren naar de beleving en belastbaarheid van de medewerker;
- het periodiek evalueren van de optimaliteit van de omstandigheden.

Als er sprake is van (dreigende) terugval of arbeidsongeschiktheid, dan moet er op basis van de analysematrix opnieuw een verkorte probleemanalyse worden gemaakt die is toegespitst op de nieuwe of hernieuwde instabiliteitsfactoren.

Aandachtspunten bij het bewaken van het interventieplan zijn:

- Ga uit van de eigen verantwoordelijkheden van de medewerker en de werkgever. Een praktisch gevolg hiervan is dat het signaleren van verstoringen in de uitvoering van het interventieplan de verantwoordelijkheid is van de medewerker en de werkgever. Zij moeten aan de bel trekken en de arbodienst informeren over problemen bij de uitvoering van het interventieplan.
- Stel een procesmanager aan, bij voorkeur aan de werkgeverskant. Doe dit zeker in geval van kritische interventies met een hoog afbreukrisico.
- Rapporteer op indicatie (medewerker-werkgever-arbodienst).
- Stel een korte samenvatting (checklist) op voor de mogelijkheden en belemmeringen van de medewerker. Deze is tijdens het reïntegratietraject te gebruiken



Vervolg werkwijzer

door de medewerker en de werkgever.

- Laat een logboek bijhouden van de arbeidsreïntegratie om in geval van nieuwe instabiliteit een goede analyse van de oorzaken te kunnen maken. Het logboek is bij te houden door de medewerker (zelfobservatie) en door de werkgever (waarneming).

4.7 Fase 5: procesverbetering en -bewaking

Deze vijfde fase moet aansluiten op de bestaande regelkringen binnen de arbo-dienst, gericht op procesverbetering en -bewaking. Te noemen zijn:

- het opstellen van een procedure problematisch verzuim;
- het opnemen van deze procedure in het kwaliteitssysteem van de arbodienst (kwaliteitshandboek);
- het opnemen van de procedure in de systematiek van interne en externe peri-odieke audits.



Implementatie Werkwijzer binnen arbodiensten

De aanpak van problematisch verzuim verlangt binnen een arbodienst een specifiek werkproces. De essentie daarvan is dat de beschikbare capaciteiten binnen een arbodienst zo effectief mogelijk worden ingezet voor de begeleiding van het problematische gedeelte van het ziekteverzuim. Dat betekent dus niet schieten met hagel, maar gericht mikken en doel treffen. Het is duidelijk dat een arbodienst hier zelf ook veel voordeel uit kan halen.

De Kenniskring is van mening dat het in deze Werkwijzer ontwikkelde werkproces binnen een arbodienst herkenbaar en aantoonbaar moet zijn.

Bij de implementatie van de Werkwijzer is het van belang om via allerlei maatregelen en activiteiten binnen de arbodienst een zo breed mogelijk draagvlak te creëren, opdat het doorvoeren van de veranderingen en innovatie in de dagelijkse werkwijze succesvol zal zijn. Het doel is een verbetering van de bestaande situatie door het invoeren van een systematische aanpak van het problematisch verzuim die leidt tot effectieve arbeidsreïntegratie.

Bij de implementatie zijn de volgende factoren bij de professionals/uitvoerders van invloed:

- De professionals moeten geïnformeerd worden over de Werkwijzer en hun interesse moet gewekt worden. Denk bijvoorbeeld aan voorlichtingsbijeenkomsten binnen de arbodienst.
- Het moet duidelijk zijn wat de inhoud van de Werkwijzer is en wat de eigen rol in dit geheel is. Werkgroepen, intervisiegroepen kunnen hierbij ondersteuning bieden.
- Men moet de meerwaarde ervan zien en bereid zijn tot een eventuele gedragsverandering.
- De Werkwijzer moet worden ingevoerd. Training of coaching van (met name) nog onervaren bedrijfsartsen/andere professionals is hierbij van belang.
- Tot slot moet het duidelijk zijn dat de nieuwe Werkwijzer geëvalueerd zal worden.

Bij de implementatie is een projectgroep (met een bevlogen projectleider) uit de verschillende gelederen van een arbodienst het meest voor de hand liggend.

Aanbevelingen voor verder onderzoek en ontwikkeling

Tijdens de ontwikkeling van deze Werkwijzer is door de Kenniskring een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek en ontwikkeling opgesteld. De aanbevelingen zijn:

1. STECR dient een nieuwe Kenniskring in te stellen met als opdracht het ontwikkelen van een Werkwijzer die gericht is op de primaire preventie van ziekteverzuim.
2. Op basis van deze Werkwijzer dient een specifiek proces binnen arbodiensten te worden ingevoerd, gericht op de effectieve aanpak van problematisch verzuim, waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen arbeidsreïntegratie en klachtenherstel. Dit proces dient binnen de arbodienst herkenbaar en aantoonbaar te zijn.
3. Er dient een verkorte en eenvoudig leesbare versie van deze Werkwijzer te worden ontwikkeld, bestemd voor medewerkers en werkgevers. Het betreft met name een beschrijving van de acht signaleringsvlaggen. Medewerkers en werkgevers kunnen hiermee signalen herkennen, waardoor de tijdsperiode tussen ziekmelding en eerste consult op de arbodienst eventueel kan worden verkort.
4. Arbodiensten dienen gezamenlijk normen te ontwikkelen (zowel ervaringsnormen als onderbouwde normen) die de arboprofessional een houvast geven voor afwijkende tijdscontingenten.
5. STECR dient initiatief te nemen om te komen tot een Nederlandse versie van de Medical Disability Advisor (MDA).
6. Er dient verder onderzoek te worden uitgevoerd naar de belangrijkste determinanten die leiden tot succesvolle arbeidsreïntegratie na problematisch verzuim. Wat maakt dat medewerkers succesvol en stabiel terugkeren in het werk?

Literatuurlijst

1. Anema, H., P. Buijs, R. van Amstel, D. van Putten, 'Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts', TNO Arbeid, Hoofddorp, 2002
2. Bossuyt, P.M.M., J. Kortenray, Schaatsen op dik ijs, Boom, Amsterdam, 2001
3. Dijk, F.J.H. van, M. van Dormolen, M.A.J. Kompier en T.F.Meijman, 'Herwaarderingsmodel belasting-belastbaarheid', TSG 1990; 68: 3-10
4. Dormolen, M. van, M.A.J. Kompier, F.J.H. van Dijk, C.A.W.M. Hertog en R. Fortuin, 'Gecombineerde blootstelling en het model voor arbeidsbelasting', 1990; TSG, jaargang 68 nr. 1
5. Driel, J.K. van, 'Geen afwijkingen en toch ziek', Medisch Contact 1999; 54 (16): 582-583
6. Freeman, G.K., J.P. Horder, J.G.R. Howie, A.P. Hungin, A.P. Hill, N.C. Shah, A. Wilson, 'Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context', BMJ 2002; 324: 880-882
7. Grol, R., M. Wensing, 'Implementatie', Elsevier gezondheidszorg, Maarsse, 2001
8. Hoedeman, R., 'Bedrijfsarts, huisarts en somatisatie', Medisch Contact 2000; 55(38):1335-1337
9. Hoedeman, R., 'Bedrijfsarts, verzekeringsarts en somatisatie', TBV 2000; 8(3): 67-73
10. Hoedeman, R., 'Naar een systematische aanpak van verzuim', TBV 2001; 9(3): 62-65
11. Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude, and mental strain', Administrative science quarterly, 24, 285-30
12. Laitinen-Krispijn, S., R. Bijl, 'Werk, psyche en ziekteverzuim', Trimbos Instituut, 2002-08-23
13. Mark, J.H. van der, J. Jonker en G. de Kanter, 'Vuistregels: een onderzoek naar de kleinste bouwstenen van verzekeringsgeneeskundige van oordeelsvorming', 1995; TBV februari
14. Moll van Charante, A.W., 'De preventieve effecten van verzuimbegeleiding', Tijdschrift voor toegepaste Arbeidwetenschap 1997; 12(5): 58-64
15. Offringa, M., W.J.J. Assendelft, R.J.P.M. Scholten, Inleiding in de evidence-based medicine, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2000
16. Olivier, E., 'De posttraumatische stressstoornis gaat vaak samen met angst en depressie', NTVG 23 juli 1994, 138 (30) (referaten)
17. Ormel, J., 'Primaire preventie van veel voorkomende psychische stoornissen: hoe mogelijk is het onmogelijke?' Maandblad voor geestelijke volksgezondheid (MGV) 12-87



Vervolg literatuurlijst

18. Samenwerkingsrichtlijn eerstelijnsbehandelen bij psychische klachten en arbeid, Het Parag-project PKA, SKB, Evaluatie van fase 2: praktijktest, pag. 45
19. Smits, P.B.A., J.H.A.M. Verbeek, 'Consultvoering door bedrijfsartsen, een actieve en probleemgerichte werkwijze', TBV 1995; 4: 129-134
20. Stal, P., 'Aspecten van probleemhantering', Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen, 1984, ISBN 9063707339
21. Stern, J., M. Murphy, C. Bass, 'Personality Disorders in patients with Somatisation Disorder', British Journal of Psychiatry, 1993; (163) 785-789
22. Terluin, B., 'Welke factoren beïnvloeden het herstel bij surmenage?' 1990; TSG nr 2
23. Toorn, M. van den, 'Systeembenadering van de verzekeringsgeneeskunde', scriptie SSG, november 1989
24. Verbeek, J.H.A.M., 'Vocational rehabilitation of workers with back pain', Scand J Work Environ Health 2001; 27(5): 346-352
25. Willege, G. van de, e.a., 'Gedrag en gezondheid: een interactionele benadering', Gezondheid en samenleving, 1983, nr. 4
26. Wijers, J.H.L., 'Handicap en reïntegratie', Handicap & Beleid, 1996 nr. 2



Bijlagen

8.1 Voorbeeld van ervaringsnormen

Resultaatsmeting 6e week

aspecifieke rugklachten	als geen hervatting in vierde week indicatie voor interventie, minstens vijftig procent werkhervatting gerealiseerd
radiculaire klachten	tenminste aangepast werk gerealiseerd, tenzij belastbaarheid niet te combineren is met de aard van eigen/aangepast werk
specifieke rugklachten	resultaat afhankelijk van curatieve aspecten

Resultaatsmeting 13e week

aspecifieke rugklachten	komt niet meer voor en anders indicatie voor multidisciplinaire behandeling
radiculaire rugklachten	tenminste gedeeltelijke werkhervatting gerealiseerd en interventie indien onvoldoende herstel
specifieke rugklachten	resultaat afhankelijk van curatieve aspecten

Resultaatsmeting 26e week

aspecifieke rugklachten	komt niet meer voor
radiculaire rugklachten	komt niet meer voor, behoudens vertraging door operatie en wachttijden daarvoor
specifieke rugklachten	resultaat afhankelijk van curatieve aspecten

Resultaatsmeting 6e week

spanningsklachten	niet meer aangetroffen
overspanning	gestart in aangepast werk
burnout	begeleidingsplan opgesteld en gecommuniceerd met alle relevante partijen

Vervolg bijlagen

depressie	begeleidingsplan opgesteld en gecommuniceerd met alle relevante partijen
angststoornis	begeleidingsplan opgesteld en gecommuniceerd met alle relevante partijen
overige psychiatrische beelden	komen sporadisch voor en vragen overleg met de behandelaar en waar nodig interne consultatie of overdracht

Resultaatmeting 13e week

spanningsklachten	niet meer aangetroffen
overspanning	tenminste vijftig procent werkhervatting gerealiseerd
burnout	tenminste gesproken over het perspectief
depressie	tenminste gedeeltelijke werkhervatting gerealiseerd
angststoornis	tenminste gedeeltelijke werkhervatting gerealiseerd
overige psychiatrische beelden	komen sporadisch voor en vragen overleg met de behandelaar en waar nodig interne consultatie of overdracht

Resultaat meting 26e week

overspanning	niet meer aangetroffen
burnout	tenminste werkhervatting in loonvormende arbeid
depressie	progressief herstel: % werkhervatting toegenomen
angststoornis	progressief herstel: % werkhervatting toegenomen
overige psychiatrische beelden	komen sporadisch voor en vragen monitoring, overleg met de behandelaar en waar nodig interne consultatie of overdracht

8.2 Interventies bij somatisering

In de literatuur blijkt er consensus te zijn over een ‘behandelplan’ voor somatiseringstoornis. Volgens het literatuuroverzicht van Van der Zwaard is dit plan ook effectief voor chronische somatisering en lichte vormen van somatisering. Dit behandelplan wordt in de regel in de eerste lijn uitgevoerd, door de weerstand van de patiënten tegen verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. De rol van de psychiater beperkt zich meestal tot supervisie. Er is een aantal hoofdpunten van het behandelplan:

Realiseer een vaste arts-patiëntrelatie

Alleen zo krijgt de patiënt voldoende vertrouwen in de arts (in Nederland meestal de huisarts), en wordt het shoppinggedrag beperkt.

- Acceptatie van de klachten is nodig om de vertrouwensrelatie op te bouwen.
- Empathie en aandacht hebben een reducerend effect op de symptomen.
- Gedragstherapeutische interventies, zoals positieve aanmoedigen, kunnen worden gebruikt om gezond gedrag te stimuleren. Aan het ziektegedrag dient zo min mogelijk aandacht te worden besteed.
- Uitleg van de oorzaken van klachten dient steeds plaats te vinden. In het begin zijn fysiologische beschrijvingen het meest geschikt, zoals verhoogde spierspanning bij rugklachten.
- Bij toenemend inzicht kan er wel een verband met psychische oorzaken gelegd worden.

Speckens e.a. toonden aan dat bij niet geselecteerde bezoekers op een polikliniek interne geneeskunde met cognitieve gedragstherapie effect bereikt kon worden.

Stel een realistisch behandelbaar doel vast

Realistische behandelbare doelen betekenen een verminderd gebruik van de medische voorzieningen, een verbetering van het sociaal en beroepsmatig functioneren, meestal zonder dat het welbevinden toeneemt. Voor medische behandelingen is een kostenreductie van vijftig procent aangetoond. De doelen kunnen in samenspraak met de patiënt geformuleerd worden.

Behandel co-morbiditeit

Met name depressies en angststoornissen dienen actief opgespoord en behandeld te worden. Bij deze groep patiënten zijn soms lagere doseringen medicatie dan gebruikelijk voldoende. Ook is er een actieve opstelling nodig om jeugdtrauma's te achterhalen, waarna gerichte verwijzing kan worden overwogen.

Vervolg bijlagen

Beperk verwijzingen, diagnostisch onderzoek en medicatie

Deze handelingen versterken het gevoel van de patiënt dat er een oorzakelijke aandoening moet zijn. Als een dergelijke actie wel nodig is, moeten de nadelen van deze acties met de patiënt besproken worden.

Bij nieuwe klachten pleit de meeste literatuur voor het verrichten van lichamelijk onderzoek, omdat juist bij deze patiënten een gemiste aandoening extra zwaar weegt.

Bied regelmatige gestructureerde contacten aan

Bij het behandelen van een somatiseringstoornis is het regelmatig aanbieden van gestructureerde contacten zinvol gebleken. Hierdoor wordt er een onafhankelijkheid gecreëerd tussen het optreden van symptomen en de arts-patiëntrelatie.

Door de contacten kan de patiënt zich regelmatig uiten en zal hij soms zijn klachten afzwakken. Door ook de familie bij deze aanpak te betrekken krijgt de behandelend arts meer informatie. Ook kan hij de omgeving erbij betrekken om het ziektegedrag niet verder te versterken.

Biofeedback

Biofeedback helpt sommige patiënten om bepaalde aspecten van het lichaam te leren vertrouwen en er een zekere controle over te krijgen.

Goldberg heeft een training ontwikkeld voor de behandeling van de chronische vormen van somatisering in de huisartspraktijk. Hierbij vindt allereerst diagnostiek in een breed psychosociaal kader plaats. Bij de begeleiding wordt gebruik gemaakt van de reattributietechniek. Goldberg pleit voor een geleidelijke opname van deze techniek in de opleidingen van de gezondheidszorg. Voor de acute vorm van somatisering (als reactie op recente stressvolle gebeurtenissen), beveelt Goldberg huisartsen aan om met name de relevante psychosociale stressoren goed uit te vragen. Hierna moet uitleg en geruststelling volgen met een aanpak waarin de stressoren betrokken worden.

Göthe geeft in aanvulling op bovengenoemde behandelplannen de volgende specifieke adviezen:

1. Vermijd uitspraken en activiteiten die de patiënt versterken in de cognitie dat er een oorzakelijk verband is tussen zijn aandoening en de omgeving waarin hij werkt. Als er ingrijpende maatregelen nodig zijn moeten deze zo worden gebracht dat er geen misverstand kan bestaan over de oorzaken en effecten.
2. Vermijd diagnoses en benamingen waarin de aandoening in verband wordt

Vervolg bijlagen

- gebracht met de werkomgeving, bijvoorbeeld 'sick building syndrome' en arseenvergiftiging.
3. Soms kan het wel nodig zijn blootstelling te vermijden om versterking van symptomen te voorkomen. Dit hoeft niet in tegenspraak te zijn met [punt 1](#), mits goed gebracht.
 4. Arbeidshygiënische oorzaken die in het geheel een rol spelen, dienen apart te worden aangepakt.

8.3 Interventies bij niet-effectieve coping

Begripsverheldering

Onder coping wordt verstaan de wijze waarop mensen omgaan met voor hen problematische en aanpassingsvereisende gebeurtenissen in het alledaagse leven. Er is onderscheid te maken in coping die gericht is op kortetermijnoplossingen en coping die gericht is op langetermijnoplossingen. Voor het herstelproces van zieke mensen is het dus belangrijk te weten dat coping die in de beginfase van het herstelproces zeer effectief kan zijn, dat in latere fases van het herstelproces niet per se hoeft te zijn.

Coping is verder onder te verdelen in een denk-, gevoel- en gedragscomponent. Dit heeft tot consequentie dat adequaat herstelgedrag niet per se gepaard hoeft te gaan met adequate gedachten en gevoelens. Andersom hoeft effectieve cognitieve coping en bijbehorende adequate beleving zich niet altijd door te vertalen in adequaat copinggedrag. Het is dus van belang alle drie de componenten te bekijken. In de rationele emotieve benadering worden al deze drie componenten behandeld (zie Richtlijn Psychische Klachten van het NVAB). Met het ABC-model, dat hier gehanteerd wordt, gaat het om het achterhalen van irrationele en ineffektieve gedachten die leiden tot inadequate gevoelens en gedrag. Er moet dus bij verzuim al in een zo vroeg mogelijk stadium een helder beeld gekregen worden van de irrationele denk-, gevoel- en gedragspatronen van de zieke medewerker. Mochten deze pregnant naar voren komen, dan moet men overwegen om het problematisch verzuimtraject in werking te stellen. De wijze waarop iemand de ernst van zijn klachten en de eigen mogelijkheden om hiermee overweg te kunnen interpreteren, is een sterke, zo niet de meest bepalende factor in de keuze tot verzuimgedrag. Denk aan mensen die wel ziek zijn maar niet verzuimen, of aan mensen die eigenlijk al zouden kunnen werken, maar dat niet doen.



Vervolg bijlagen

Verschillende copingstijlen

Om de effectiviteit van een copingstijl te bepalen, is het handig om copinggedrag te typeren als: vermijdend, aanpassend, confronterend of forcerend. Deze vier stijlen onderscheiden zich enerzijds in de mate waarin ze passief en actief van aard zijn en anderzijds in de mate waarin er rekening dan wel geen rekening gehouden wordt met anderen.

Kenmerkend voor een ineffectieve of ongezonde coping is sterk vermijdend of forcerend gedrag. Hierbij ligt de nadruk op de verantwoordelijkheid van anderen, de situatie die niet meewerkt en de eigen onmogelijkheden om met de situatie om te gaan. Dit in tegenstelling tot een effectieve of gezonde copingstijl waarbij de zieke medewerker zijn herstel belemmerende factoren actief onder ogen durft te zien en te accepteren. Vanuit een gevoel van eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden is de aandacht gericht op het oplossen en loslaten en niet op het vasthouden van de probleemsituatie. Vanzelfsprekend moet er bij de beoordeling van de zieke medewerker gekeken worden of het gaat om structureel ineffectief copingpatroon.

