

TNO-rapport

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

018.25014/9162

De problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten in kaart gebracht

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum	juli 2003
Auteurs	V. Brenninkmeijer S.N.J. van den Bossche I. Malij R.W.B. Blonk I.L.D. Houtman

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	3
1 Inleiding.....	7
2 Methode	9
2.1 Opzet literatuurstudie.....	9
2.2 Opzet interviewstudie	10
2.3 Karakterisering onderzoeksgroep	11
3 Resultaten literatuur- en interviewstudie	12
3.1 In hoeverre bestaat er overeenstemming omtrent de betekenis van het begrip ‘moeilijk objectiveerbare klachten’?	12
3.2 Wat is de aard van moeilijk objectiveerbare klachten?.....	13
3.2.1 Chronische pijnklachten	14
3.2.2 Gastro-intestinale klachten	14
3.2.3 Coördinatie/evenwichtsproblemen	14
3.2.4 Cognitieve klachten	14
3.2.5 Energetische klachten	15
3.2.6 Affectieve klachten.....	15
3.2.7 Overige klachten	15
3.2.8 Samenvatting	15
3.3 In hoeverre ervaart men het moeilijk kunnen objectiveren van klachten als een belangrijk probleem?	15
3.4 Welke factoren bepalen of een klacht als moeilijk objectiveerbaar ervaren wordt?.....	16
3.4.1 Belemmerende factoren	16
3.4.2 Faciliterende factoren	17
3.4.3 Instrumentgebruik.....	17
3.4.4 Gebruik van beoordelingsprotocollen.....	18
3.4.5 Aanvullende kennis.....	19
3.5 Hoe zou men de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten kunnen verbeteren?.....	20
3.5.1 Ontwikkeling en verspreiding van kennis.....	20
3.5.2 Acties overheid	20
3.5.3 Acties beroepsvereniging/wetenschappelijke vereniging	21
3.5.4 Acties eigen organisatie	21
3.5.5 Acties professional.....	21
Literatuur	22
Bijlage 1 Interview	24

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

In dit rapport wordt verslag gedaan van een verkennende studie naar de problematiek omtrent de beoordeling van moeilijk objectieveerbare klachten. Deze studie is door TNO Arbeid uitgevoerd ten behoeve van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De problematiek van moeilijk objectieveerbare klachten heeft de afgelopen decennia sterk in de belangstelling gestaan. Er is tot op heden echter opmerkelijk weinig wetenschappelijk onderzoek naar verricht. De huidige studie tracht deels te voorzien in deze leemte en brengt de problematiek in kaart door middel van literatuuronderzoek en interviews met diverse professionals uit de (para)medische en psychologische praktijk. De volgende vragen stonden hierbij centraal:

1. In hoeverre bestaat er overeenstemming omtrent de betekenis van het begrip ‘moeilijk objectieveerbare klachten’?
2. Welke klachten worden als moeilijk objectieveerbaar beschouwd?
3. In hoeverre beschouwt men het moeilijk kunnen objectiveren van klachten als een belangrijk probleem?
4. Welke factoren bepalen of een klacht al dan niet als moeilijk objectieveerbaar ervaren wordt?
5. Hoe zou men de beoordeling van moeilijk objectieveerbare klachten kunnen verbeteren?

Overeenstemming over het begrip ‘moeilijk objectieveerbaar’

In de literatuur komt het begrip ‘moeilijk objectieveerbare klachten’ als zodanig nauwelijks voor. Er zijn wel diverse publicaties gevonden, waarin uiteenlopende termen gebruikt worden die in meer of mindere mate naar hetzelfde fenomeen. Uit de interviews met de professionals komt naar voren dat de betekenis van het begrip ‘moeilijk objectieveerbaar’ niet voor iedereen gelijk is. Het begrip houdt voor sommige professionals ‘klachten zonder lichamelijk substraat’ in. Andere professionals hanteren een ruimere definitie. Het gaat voor hen om klachten die niet te verifiëren, verklaren, of te kwantificeren zijn. Het feit dat bijna een derde van de geïnterviewden moeite heeft met het objectiveren van affectieve klachten, waarbij in nagenoeg alle gevallen geen sprake is van een fysiologisch substraat, illustreert dit gegeven. Er wordt bovendien opgemerkt dat de term ‘moeilijk objectieveerbaar’ suggereert dat de klacht per definitie niet te begrijpen zou zijn, terwijl het er in feite om gaat dat de betreffende arts moeite heeft met begrijpen van een klacht.

Aard van de klachten

Het merendeel van de geïnterviewden blijkt in meer of mindere mate moeite te hebben met het objectiveren van chronische pijnklachten en energetische klachten. De overige onderzochte typen klachten - gastro-intestinale klachten, coördinatie- en evenwichtsproblemen, cognitieve klachten, affectieve klachten en een restgroep van klachten - waren voor sommige professionals, en in wisselende mate, moeilijk te objectiveren. Alle klachten die in het onderzoek zijn onderzocht blijken derhalve in meer of mindere mate moeilijk objectieveerbaar. Echter, (chronische) pijnklachten en vermoeidheid lijken niet alleen vaker voor te komen, maar zijn ook relatief vaak moeilijk objectieveerbaar.

Ernst van de problematiek

Meer dan de helft van de geïnterviewden beschouwt moeilijk objectieerbare klachten als een belangrijk probleem in hun dagelijks praktijk. Men maakt zich zorgen over de kosten die met het objectiveren van deze klachten gemoeid, en over de gevolgen voor het welzijn en arbeidsvermogen van cliënten. Ook is men van mening dat moeilijk objectieerbare klachten niet altijd even goed behandeld worden. Daarnaast geven sommige professionals aan dat het objectiveren van klachten cliënten kan helpen in het omgaan met klachten, een gegeven dat ook in de literatuur wordt gevonden. Echter, zowel in de interviews als in de literatuur wordt onderstreept dat het uiteindelijk gaat om de beperkingen van een patiënt en de aangrijpingspunten voor behandeling, met of zonder objectivering.

Naast de gevolgen voor de cliënt, geven verschillende geïnterviewden aan dat het objectiveren van klachten belangrijk is voor henzelf. Moeilijk objectieerbare klachten vergen niet alleen veel tijd en energie, maar kunnen ook gevoelens van onmacht en falen oproepen. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat moeilijk objectieerbare klachten een boeiende uitdaging kunnen vormen en zo de arbeidssatisfactie kunnen verhogen.

Factoren van invloed op de objectiveerbaarheid van klachten

Klachten blijken niet per definitie moeilijk objectieerbaar, maar zijn dat onder bepaalde omstandigheden: verschillende belemmerende en faciliterende factoren beïnvloeden namelijk of een klacht moeilijk te objectiveren is. In de interviews worden diverse van deze belemmerende en faciliterende factoren benoemd. Objectivering wordt onder meer belemmerd wanneer ‘het plaatje niet volledig is’ of ‘niet klopt’. Het gaat dan bijvoorbeeld om een geïsoleerde klacht, of om een inconsistent patroon van klachten. Ander belemmerende factoren zijn onder meer een gebrek aan kennis omtrent de oorzaken en diagnostiek van aandoeningen. Factoren die objectivering bevorderen, zijn onder meer een multifactoriële benadering, multidisciplinaire samenwerking, en een goed contact met de werkgever en behandelend sector/huisarts. Ook het serieus nemen van een cliënt lijkt bij te dragen aan de objectivering van klachten.

Instrumentgebruik draagt volgens het merendeel van de geïnterviewden bij aan het objectiveren van klachten. Instrumenten kunnen professionals bijvoorbeeld “op het spoor brengen” of een andere visie op een probleem geven. Ook kunnen instrumenten gebruikt worden om vermoedens te ondersteunen. Er worden echter ook enkele kanttekeningen geplaatst bij het gebruik van instrumenten. Deze kanttekeningen betreffen onder meer de normering en validering van instrumenten, alsmede de bruikbaarheid voor specifieke groepen (bijv. allochtonen).

Naast instrumentgebruik, kan ook protocolgebruik volgens het merendeel van de geïnterviewden objectivering bevorderen. Het protocol geeft meer richting, maakt problemen beter toetsbaar en voorkomt dat men zaken over het hoofd ziet. Er zijn echter ook kritische geluiden te horen omtrent het gebruik van protocollen. Protocollen zouden bijvoorbeeld niet altijd even goed afgestemd zijn op de klinische praktijk. Er wordt bovendien gewaarschuwd tegen al te rigide gebruik van protocollen.

De geïnterviewden vinden vrijwel allemaal dat aanvullende kennis op het gebied van moeilijk objectieerbare klachten hun beeldvorming en handelen heeft beïnvloed. Zo heeft aanvullende kennis bijvoorbeeld gezorgd voor een betere herkenning en inschatting van klachten, voor een bredere blik, en voor meer inzicht in klachten en patiënten. Daarnaast heeft men door aanvullende kennis geleerd klachten multifactorieel te benaderen en meer gebruik te maken van instrumenten.

Mogelijkheden voor verbetering van klachtbeoordeling volgens respondenten

Verschillende suggesties worden gedaan, zowel in de literatuur als door de geïnterviewden, om de beoordeling van moeilijk objectieerbare klachten te verbeteren. Een belangrijke algemene suggestie betreft het verspreiden van bestaande kennis en genereren van nieuwe kennis. Er blijkt een grote behoefte te zijn aan aanvullende kennis over diverse onderwerpen, zoals bijvoorbeeld somatisatie, gesprekstechnieken, multidisciplinaire richtlijnen, attributies en ziektegedrag van patiënten, en normering van instrumenten. Ook in de literatuur wordt het belang van kennisuitwisseling onderstreept. Zo betogen Hoogduin, Knepper en Csányi (1999) dat er bij bedrijfs- en verzekeringsartsen te weinig kennis bestaat over psychische klachten en stoornissen. Anderzijds is er binnen de geestelijke gezondheidszorg te weinig aandacht voor kennis over de somatiek (RGO, 1996).

Verschillende mogelijkheden worden genoemd die de overheid zou kunnen ondernemen. De overheid zou onder meer richtlijnen/criteria kunnen opstellen en multidisciplinaire samenwerking kunnen bevorderen. Het gaat in dit laatste geval uitdrukkelijk niet alleen om samenwerking tussen de diverse somatische disciplines, maar met name ook tussen somatische en niet-somatische disciplines, zoals ten dele al gebeurt binnen revalidatiecentra. De overheid zou ook kunnen bijdragen in het genereren en verspreiden van wetenschappelijke kennis en zou het taboe op psychische klachten verder kunnen reduceren.

De beroeps-/wetenschappelijke vereniging en de eigen organisatie zouden wetenschappelijk onderzoek kunnen faciliteren en zouden kunnen bijdragen aan multifactoriële en multidisciplinaire werkwijzen. Zij zouden ook meer richtlijnen, protocollen en instrumenten kunnen ontwikkelen en kunnen bijdragen in nascholing en cursussen. Verder zouden zij zorg kunnen dragen voor het genereren en verspreiden van kennis, bijvoorbeeld via internet.

De professional zelf zou bijvoorbeeld meer cursussen kunnen volgen, vakliteratuur beter kunnen bijhouden en eigen opgedane kennis beter kunnen verspreiden.

Kanttekeningen

Bij dit onderzoek dienen een aantal kanttekeningen te worden geplaatst. Allereerst moet opgemerkt worden dat de aard van deze studie verkennend was en onze onderzoeksgroep derhalve relatief klein. Het is daarom niet duidelijk in hoeverre de meningen van de 22 geïnterviewde professionals gegeneraliseerd kunnen worden naar andere professionals in Nederland die betrokken zijn bij de beoordeling van moeilijk objectieerbare klachten. Ook kunnen we door het kleine aantal deelnemers geen uitspraken doen over verschillen tussen beroepsgroepen. Een tweede kanttekening betreft de resultaten van de literatuurstudie. De literatuur die direct betrekking heeft op de beoordeling van moeilijk objectieerbare klachten lijkt schaars te zijn. Wellicht zou in vervolgonderzoek literatuurstudie kunnen worden verricht naar de beoordeling van gezondheidsklachten in het algemeen. Op dit gebied is veel literatuur aanwezig, die wellicht de resultaten uit deze studie kan aanvullen.

Aanbevelingen

Op grond van dit onderzoek kan een aantal aanbevelingen worden gedaan voor wat betreft de beoordelingspraktijk rond moeilijk objectieerbare klachten. De resultaten van dit onderzoek wijzen er in de eerste plaats op dat multidisciplinaire samenwerking verder bevorderd dient te worden. Het onderzoek wijst erop dat het werken in multidisciplinair verband de beoordeling van moeilijk te objectiveren vereenvoudigt. Er dient dan ook aandacht besteed te worden aan de ontwikkeling van multidisciplinaire

richtlijnen en protocollen. Speciale aandacht dient in dit verband uit te gaan naar de formele verwijfsfunctie van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts heeft namelijk met deze verwijfsfunctie de mogelijkheid een belangrijke bijdrage te leveren aan de verbetering van multidisciplinaire samenwerking.

Een tweede aanbeveling voor wat betreft de beoordelingspraktijk heeft betrekking op de ontwikkeling en verspreiding van aanvullende kennis omtrent moeilijk objectiveerbare klachten. Het gaat dan niet alleen om kennis met betrekking tot de (ontstaansgeschiedenis van) klachten zelf, maar ook op het gebied van diagnostiek en communicatie met de patiënt.

Een derde aanbeveling voor wat betreft de beoordelingspraktijk betreft de ontwikkeling en verspreiding van instrumentarium dat ingezet kan worden bij de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten. Belangrijk hierbij is dat er wordt gewerkt aan standaardisatie, normering en validatie van meetinstrumenten.

Dit onderzoek resulteert ook in een aantal aanbevelingen voor wat betreft toekomstig onderzoek naar de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten. Allereerst wordt geadviseerd vervolgonderzoek te verrichten om de problematiek rond moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten nader in kaart te brengen bij bedrijfs- en verzekeringsartsen. De problematiek rondom moeilijk te objectiveren klachten komt immers met name tot uiting in de verzekerings- en de bedrijfsgeneeskundige praktijk. Beoordelingen in deze geneeskundige disciplines brengen grote gevolgen met zich mee voor wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Het is dan ook van belang aandacht te besteden aan omvang van deze problematiek in deze geneeskundige disciplines, alsmede in de relatie tussen moeilijk objectiveerbare klachten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarnaast lijkt het raadzaam onderzoek te doen naar de kennisbehoefte van bedrijfs- en verzekeringsartsen, alsmede naar hun behoefte aan aanvullend instrumentarium.

Een tweede aanbeveling voor wat betreft vervolgonderzoek betreft de context van moeilijk objectiveerbare klachten. Het huidige onderzoek bevestigt het idee dat er slechts sprake van moeilijk objectiveerbare klachten binnen een bepaalde context. Het is dus zaak een beter zicht te krijgen op de factoren die van invloed zijn op de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten. Met name het ontbreken van (diagnostische) kennis bij de beoordelaar en de relatie tussen beoordelaar en patiënt lijken hierbij belangrijke invalshoeken te zijn.

Tot slot

Deze verkennende studie laat de ernst, complexiteit en pluriformiteit zien van de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten. Voor meer dan de helft van de geïnterviewde professionals vormen moeilijk objectiveerbare klachten een belangrijk probleem hun dagelijkse praktijk. De kosten die met het objectiveren van deze klachten gemoeid zijn, baren hen zorgen, evenals de gevolgen voor het welzijn en arbeidsvermogen van cliënten. De precieze betekenis van het begrip ‘moeilijk objectiveerbaar’ is echter niet voor iedereen gelijk. Ook blijken klachten niet per definitie moeilijk objectiveerbaar te zijn, maar zijn er velerlei factoren die de objectiveerbaarheid van een klacht beïnvloeden. Er zijn dan ook diverse mogelijkheden om de objectiveerbaarheid van moeilijk objectiveerbare klachten te verbeteren. Acties vanuit de overheid en beroeps- en wetenschappelijke organisaties zouden zich met name kunnen richten op het genereren en verspreiden van kennis en het ontwikkelen van protocollen en instrumenten. Ook het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking kan de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten verminderen.

1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van een verkennende studie naar de problematiek omtrent de beoordeling van moeilijk objectieveerbare gezondheidsklachten. TNO Arbeid heeft deze studie uitgevoerd in het kader van het TNO-doelfinancieringsprogramma 'Arbeid en Gezondheid' ten behoeve van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De problematiek van moeilijk objectieveerbare gezondheidsklachten heeft de afgelopen decennia op verschillende wijze en met grote regelmaat in de belangstelling gestaan. Bij de WAO-intrede valt een trend te ontdekken dat artsen (chronische) aandoeningen waarin moeilijk objectieveerbare klachten een belangrijke rol spelen, in toenemende mate als oorzaak van arbeidsongeschiktheid aanmerken (LISV, 2001). Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze problematiek recentelijk weer volop in de belangstelling stond in het kader van de ontwikkelingen rond de nieuwe WAO-voorstellen.

De beoordeling van gezondheidsklachten in een arbeidssituatie is van groot belang voor zowel de overheid als het individu. Het gaat hierbij niet alleen om het fysieke en mentale welzijn van mensen en hun mogelijkheden tot arbeidsparticipatie, maar ook om de rechtmatigheid van de ter beschikking gestelde gelden voor uitkeringen en reïntegratiemiddelen. De beoordeling van gezondheidsklachten wordt dan ook geacht controleerbaar, reproduceerbaar en consistent te zijn (LISV, 1996).

In de praktijk blijken klachtbeoordelingen door verschillende beoordelaars echter van elkaar af te wijken. Juist op het gebied van moeilijk objectieveerbare klachten kan verondersteld worden dat factoren gerelateerd aan de persoon van de beoordelaar, of dit nu een verzekeringsarts of een behandelend specialist is, een essentiële rol te spelen. In dit verband kan gedacht worden aan de opleiding, ervaring en attitudes van de beoordelaar.

Des te opmerkelijker is het dat tot op heden relatief weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de problematiek van moeilijk objectieveerbare gezondheidsklachten, zoals vermoeidheid, chronische pijn en concentratieproblemen (zie ook Spanjer, 2001). Er bestaan derhalve diverse lacunes in de kennis ten aanzien van de beoordeling van moeilijk objectieveerbare klachten.

In dit rapport verschaft TNO Arbeid inzicht in de omvang van de kennislacunes ten aanzien van dit actuele en maatschappelijk relevante probleem. Daarbij wordt duidelijk welke kennis ontwikkeld moet worden om met name bedrijfs- en verzekeringsartsen, maar ook andere professionals, te ondersteunen bij de beoordeling van moeilijk objectieveerbare gezondheidsklachten.

De volgende vraagstellingen staan centraal in dit onderzoek:

1. In hoeverre bestaat er overeenstemming omtrent de betekenis van het begrip 'moeilijk objectieveerbare klachten'?
2. Welke klachten worden als moeilijk objectieveerbaar beschouwd?
3. In hoeverre beschouwt men het moeilijk kunnen objectiveren van klachten als een belangrijk probleem?
4. Welke factoren bepalen of een klacht al dan niet als moeilijk objectieveerbaar ervaren wordt?
5. Hoe kan de beoordeling van moeilijk objectieveerbare klachten verbeterd worden?

Om deze vragen te beantwoorden, vindt literatuurstudie plaats en worden interviews gehouden met diverse professionals die betrokken zijn bij de beoordeling van gezondheidsklachten.

De problematiek rondom moeilijk te objectiveren klachten komt het meest tot uiting in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Daar gaat het immers om beoordelingen waaraan belangrijke individuele en maatschappelijk consequenties zijn verbonden. Fouten of onzorgvuldigheden in verzekeringsgeneeskundige beoordelingen kunnen aanzienlijke financiële en emotionele schade berokkenen aan personen.

Toch beperken we ons in dit onderzoek niet tot het gebied van de verzekeringsgeneeskundige alleen. De reden hiervoor is tweeledig. In de eerste plaats zijn bij de WAO-beoordeling vaak beoordelaars uit meerdere disciplines betrokken. Ten tweede spelen met name de huisarts en de bedrijfsarts, maar ook verschillende medisch specialisten en andere behandelaars een zeer belangrijke rol in het traject dat aan een WAO-beoordeling vooraf gaat. Zij zijn namelijk de eerste beoordelaars van de gezondheidsklachten, stellen een behandelplan op en beïnvloeden daarmee het beloop van de klachten. Het gaat daarbij dus niet zozeer om beoordeling met een keuringsdoel, zoals dat het geval is in de verzekeringsgeneeskundige praktijk, maar om een beoordeling met een diagnostisch doel.

Omdat in veel gevallen geen eenduidigheid bestaat over de wijze waarop bepaalde klachten een aandoening vormen, richten we ons in dit onderzoek specifiek op klachten in plaats van aandoeningen. Klachten zijn gezondheidsproblemen waarvan mensen zelf aangeven last te hebben, terwijl aandoeningen op gezamenlijk voorkomende klachten gebaseerde diagnoses zijn. Deze diagnoses noemen we ook wel ziektebeeld of syndroom (Blonk, 2001). In het geval van psychische aandoeningen bijvoorbeeld, blijken huisartsen en bedrijfsartsen het bij eenzelfde patiënt vaak niet eens over de specifieke aard van de aandoening (Houtman et al., 2002). Tevens bestaan er verschillende diagnosegroepen die moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn (Blonk, 2001). Door ons primair te richten op gezondheidsklachten wordt discussie over de specifieke voorwaarden voor een diagnose vermeden.

Allereerst zal in het volgende hoofdstuk de gevolgde werkwijze beschreven worden. Vervolgens zal in Hoofdstuk 3 worden ingegaan op de bevindingen uit de literatuurstudie en de interviews. In Hoofdstuk 4 zullen deze bevindingen kritisch besproken worden en zullen aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van kennisontwikkeling omtrent de ondersteuning van professionals bij de beoordeling van moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten.

2 Methode

Om de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten in kaart te brengen, is een literatuurstudie uitgevoerd en zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij diverse sleutelpersonen die betrokken zijn bij de beoordeling van gezondheidsklachten. Deze twee methoden staan niet los van elkaar. Het interviewprotocol is namelijk mede bepaald op basis van de resultaten van de literatuurstudie. In paragraaf 2.2 wordt de werkwijze bij de bronnenstudie uiteengezet, in paragraaf 2.4 komt de werkwijze bij de interviewstudie aan bod.

2.1 Opzet literatuurstudie

Voor het literatuuronderzoek is gezocht in de volgende elektronische databestanden:

- Bibliotheekcatalogus Kennis- en documentatiecentrum TNO Arbeid
- Occupational Safety and Health-ROM (OSH-ROM: o.a. MEDLINE)
- Lisv cd-rom Claim en beoordeling
- PsychINFO
- PiCarta

Tevens zijn onder andere de volgende internet-adressen geraadpleegd:

- www.minvws.nl Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- www.szw.nl Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
- www.uwv.nl Uitvoering Werknemersverzekeringen
- www.siswo.uva.nl/sznet Sociale Zekerheid-net, i.o.v. UWV ontwikkeld door SISWO/Instituut voor Maatschappijwetenschappen
- www.medischcontact.nl Tijdschrift Medisch Contact, in verband met serie omtrent onbegrepen lichamelijke klachten
- www.google.com Zoekmachine: in verband met eventuele niet in bovengenoemde databestanden geïndexeerde artikelen
- www.scirus.com Zoekmachine: in verband met eventuele niet in bovengenoemde databestanden geïndexeerde artikelen

De onderzoekers hebben naast bovengenoemde bronnen gebruik gemaakt van referenties in reeds gevonden literatuur en van de bestaande expertise binnen TNO Arbeid op het gebied van de beoordeling van gezondheidsklachten. Tenslotte zijn diverse relevante tijdschriften, zoals 'Medisch Contact' en 'Bijblijven: cumulatief geneeskundig nascholingsysteem' bijgehouden met betrekking tot het thema moeilijk objectiveerbare klachten.

Er is onder andere met zoektermen als 'moeilijk objectiveerbare (gezondheids) klachten', 'onverklaarde lichamelijke klachten', '(klacht)beoordeling', en '(medically) unexplained health symptoms' gezocht naar literatuur. In eerste instantie is gezocht naar artikelen die direct betrekking hebben op de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten door (para)medici. De term 'moeilijk objectiveerbare klachten' komt als zodanig echter nauwelijks voor in de literatuur. De schaarse publicaties die met deze zoekterm zijn gevonden, zijn voornamelijk van jurisprudentiële of politieke aard. Het gaat hier bijvoorbeeld om uitspraken van de Centrale Raad voor Beroep, vergaderverslagen van de Tweede Kamer of een verslag van het congres 'Moeilijk te objectiveren klachten' van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG). De bruikbaarheid van deze publicaties voor dit project is gering. Overige publicaties met betrekking tot moeilijk objectiveerbare klachten betroffen veelal opiniestukken.

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat de literatuur die direct betrekking heeft op de beoordeling van ‘moeilijk objectiveerbare klachten’ zeer schaars is. Er is dan ook weinig informatie aangetroffen die specifiek ingaat op de onderzoeksvragen van deze studie. De beschikbare literatuur heeft echter wel bijgedragen aan de selectie van de verschillende soorten gezondheidsklachten die in de interviews aan bod zouden moeten komen.

2.2 Opzet interviewstudie

Het interview is afgenomen aan de hand van een voorgestructureerde lijst met vragen (zie Bijlage 1 voor een overzicht van de interviewvragen). Deze vragen zijn deels tot stand gekomen op basis van de resultaten van de literatuurstudie.

De interviews zijn afgenomen bij diverse professionals uit de geneeskundige, paramedische en psychologische praktijk. Voorwaarde voor deelname aan het interview is dat de betreffende professional betrokken is bij de beoordeling van gezondheidsklachten. Het begrip beoordeling wordt hierbij ruim gedefinieerd, zoals in de inleiding reeds naar voren kwam. Het gaat zowel om verzekeringsgeneeskundige beoordelingen (beoordelingen ter selectie) als diagnostische beoordelingen.

De professionals zijn op diverse manieren geworven. Er is hierbij onder meer gebruik gemaakt van het netwerk van TNO Arbeid. Via dit netwerk zijn met name bedrijfs- en verzekeringsartsen, maar ook enkele andere, al dan niet landelijk bekende, deskundigen benaderd. Vervolgens diverse medisch specialisten en overige behandelaars benaderd, die betrokken zijn bij het beoordelings- en begeleidingsproces van personen met moeilijk objectiveerbare klachten.

Aangezien het om een verkennend onderzoek gaat met een kwalitatieve (i.p.v. een kwantitatieve) methode, is niet gestreefd naar een uitputtende selectie professionals en (medische) disciplines. Uiteindelijk zijn 22 professionals geïnterviewd.

Alle geïnterviewden hebben voorafgaand aan het interview een overzicht van de vragen en een korte beschrijving van het onderzoek ontvangen. In het interview is onder meer gevraagd naar de aard van de moeilijk objectiveerbare klachten, het gehanteerde instrumentarium en het gebruik van protocollen. Tevens is gevraagd aan de hand van dossiers, twee recente gevallen waarbij sprake was van moeilijk objectiveerbare klachten te beschrijven. Tenslotte is gevraagd naar mogelijke verbeteringen van de beoordelingspraktijk.

2.3 Karakterisering onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 22 professionals die betrokken zijn bij de beoordeling (en veelal ook behandeling) van gezondheidsklachten (zie Bijlage 2). Een beschrijving van de geïnterviewde professionals is weergegeven in Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Gegevens geïnterviewde professionals

		N
Professie	Bedrijfsarts	3
	Fysiotherapeut	2
	Huisarts	3
	Internist	2
	Klinisch psycholoog	2
	Neuroloog	2
	Psychiaters	2
	Psycholoog	2
	Revalidatiearts	2
	Verzekeringsarts	2
Aantal jaren werkzaam in huidige functie	<5	1
	5-10	3
	10-15	7
	15-20	5
	20-25	2
	>25	4
Aantal cliënten/patiënten per week	<25	6
	25-50	6
	50-75	5
	75-100	2
	>100	3
Percentage cliënten/patiëntencontact	>25%	2
	25-50%	5
	50-75%	4
	75-100%	11
Sekse	Man	17
	Vrouw	5

Bovenstaande professionals zijn gemiddeld 16 jaar ($SD = 8,9$) werkzaam in hun huidige functie. Gemiddeld ziet men 46 cliënten/patiënten per week ($SD = 37,2$) en wordt 61 % ($SD = 25,5$) van de aanstelling besteed aan cliëntencontact.

3 Resultaten literatuur- en interviewstudie

In dit hoofdstuk zullen de onderzoeksvragen uitgewerkt worden aan de hand van gevonden publicaties en afgenomen interviews.

3.1 In hoeverre bestaat er overeenstemming omtrent de betekenis van het begrip ‘moeilijk objectiveerbare klachten’?

Zoals in paragraaf 2.2 reeds naar voren kwam zijn in de literatuurstudie nauwelijks publicaties gevonden waarin de term moeilijk objectiveerbare klachten als zodanig naar voren komt. Het lijkt erop dat het begrip 'moeilijk objectiveerbare klachten' in ieder geval geen gangbare term is bij de omschrijving van de problematiek die binnen de huidige studie centraal staat. Er worden in talloze publicaties echter wel diverse andere labels gebruikt die in meer of mindere mate naar hetzelfde fenomeen verwijzen. De inconsistentie in gebruikte terminologie lijkt ten dele samen te hangen met de verschillende disciplineaire achtergronden van de auteurs. Een opsomming van de gevonden termen:

Functionele gezondheidsklachten Moeilijk/slecht/niet objectiveerbare aandoeningen/afwijkingen/klachten/ziekten Medisch niet objectiveerbare aandoeningen/afwijkingen/klachten/ziekten Moeilijk/niet te duiden aandoeningen/afwijkingen/klachten/ziekten Moeilijk/niet te verifiëren aandoeningen/afwijkingen/klachten/ziekten Nerveus-functionele klachten (Medisch) Onbegrepen lichamelijke klachten (Medisch) Onverklaarde lichamelijke klachten Psychosomatische klachten Subjectieve gezondheidsklachten Vage klachten
--

Uit de literatuur valt af te leiden dat bij moeilijk objectiveerbare klachten in ieder geval sprake is van gezondheidsklachten zonder (verantwoordelijk) fysiologisch substraat/somatische verklaring. Men spreekt dan wel van functionele klachten of somatisering (Rooijmans, 1994). In sommige gevallen kan een psychiatrische stoornis ten grondslag liggen aan de klachten. Er is dan bijvoorbeeld sprake van een stemmingsstoornis, angststoornis of somatoforme stoornis, al dan niet in combinatie met elkaar. Echter, veel vaker is dit niet het geval. Eriksen en Ihlebæk (2002) benadrukken dat bij de meerderheid van mensen met moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten¹ de criteria voor een psychiatrische stoornis niet worden gehaald.

De variatie in betekenis van het begrip ‘moeilijk objectiveerbaar’ die in de literatuur wordt gevonden, zien we ook terug in de antwoorden van de geïnterviewde professionals. De geïnterviewde professionals verschillen in hun interpretatie van het begrip ‘moeilijk objectiveerbare klachten’. Sommigen geven aan dat het gaat om klachten zonder lichamenlijk substraat, of klachten zonder ‘maat of getal’, dat wil zeggen, klachten waarvan de ernst niet te kwantificeren valt. Voor anderen zijn het klachten die niet te verifiëren zijn, dat wil zeggen, klachten waarbij onduidelijk is in hoeverre de patiënt simuleert. Ook kan het gaan om substraatloze klachten die niet goed te verklaren zijn vanuit een psychosociale context. De betekenis van het begrip ‘moeilijk objectiveerbaar’ is dus niet voor alle geïnterviewden gelijk.

¹ In navolging van Ursin (1997) gebruiken zij de term ‘subjectieve health complaints’.

Zowel in de literatuur (Loos, 2001) als in de interviews wordt een kritische kanttekening geplaatst bij de term 'moeilijk objectiveerbaar'. Deze term suggereert namelijk dat de klacht per definitie niet te begrijpen zou zijn door artsen. In feite gaat het er echter om dat de betreffende arts moeite heeft met het begrijpen van een klacht. Dit kan onder meer te maken hebben met een gebrek aan kennis of diagnostiek en impliceert niet dat de klacht per definitie onbegrijpelijk is. Maar om welke klachten gaat het nu eigenlijk?

3.2 Wat is de aard van moeilijk objectiveerbare klachten?

Er zijn nauwelijks publicaties gevonden, waarin een systematisch overzicht wordt gegeven van klachten die door (para)medici als moeilijk objectiveerbaar worden beschouwd. Om toch een beeld te krijgen van het soort klachten dat vaak onverklaard blijft, is onder meer gebruik gemaakt van publicaties over classificatie en prevalentie van somatisatie, epidemiologisch onderzoek naar subjectieve gezondheidsklachten en dossierstudies naar medisch onverklaarde symptomen.

Zo worden in de classificatiestelsels Diagnostic Statistical Manual (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), de International Classification of Diseases (ICD-10; World Health Organisation, 1994) en de International Classification of Primary Care (ICPC, World Health Organisation, 1997) in het kader van somatisatie een aantal specifieke onverklaarde klachten beschreven. Deze klachten worden gezien als symptomen van de zogenaamde somatisatiestoornis. Volgens de DSM-IV, waar de somatisatiestoornis onderdeel uitmaakt van de groep somatoforme stoornissen, dient er sprake zijn van ten minste acht van de meer dan dertig geïdentificeerde somatisatiesymptomen voor men mag spreken van een somatisatiestoornis. Deze somatisatiesymptomen zijn onder te verdelen in pijnsymptomen (bijv. pijn in hoofd, buik of rug), gastro-intestinale symptomen (bijv. voedselintolerantie), symptomen die betrekking hebben op seksualiteit (impotentie) en zogenaamde pseudo-neurologische symptomen zoals verlamming en geheugenverlies (Raad voor Gezondheidsonderzoek, 1996). Een grootschalig Amerikaans onderzoek naar somatisatie wees uit dat vooral pijnklachten (pijn in hoofd, in borst, in buik, in de rug en menstruatiepijn), hartkloppingen en maag- en darmklachten veel voorkwamen (Escobar, 1987).

Eriksen, Ihlebæk en Ursin (1999) benadrukken dat somatisatiestoornissen slechts de top van een ijsberg aan moeilijk objectiveerbare klachten vormen. Om de prevalentie van onverklaarde klachten na te gaan onder de bevolking ontwikkelden zij een scoringssysteem voor subjectieve somatische en psychische klachten. In totaal komen 29 onverklaarde klachten aan bod, variërend van angstklachten en depressieve klachten tot pijn in de hartstreek en moeheid.

Uit dossieronderzoek door Reid et al. (2001) in de tweedelijns gezondheidszorg blijkt dat met name pijnklachten in de buik, hoofdpijn, rugpijn en pijn op de borst vaak medisch onverklaard blijven.

Tenslotte worden in diverse publicaties een breed scala aandoeningen, ook wel functionele syndromen genoemd, in het kader van moeilijk objectiveerbare klachten. Syndromen die vaak genoemd worden zijn het chronisch-vermoeidheidssyndroom /myalgische encephalomyelitis (CVS/ME), fybromyalgie, whiplash, repetitive strain injury (RSI) en het prikkelbare-darmsyndroom (Irritable Bowel Syndrome, IBS) (Visser, 2001). Volgens Wessely, Nimnuan en Sharpe (1999) lijkt elk medisch specialisme zijn eigen functioneel somatisch syndroom te hebben. Pijn- en vermoeidheidsklachten lijken de grootste gemene deler te vormen bij bovengenoemde functionele syndromen. Opgemerkt dient te worden dat volgens sommigen de functionele syndromen, zoals CVS en RSI, ook tot de eerdergenoemde groep somatoforme stoornissen gerekend dienen te worden (De Loos, 2001; Maassen, 2002b).

Op grond van het literatuuronderzoek is besloten in de interviews aandacht te besteden aan een breed scala van klachten, onder te verdelen in een zevental categorieën, te weten: chronische pijnklachten, gastro-intestinale klachten, coördinatie- en evenwichtsproblemen, cognitieve klachten, energetische klachten, affectieve klachten en overige klachten. Voor een nadere specificering van deze klachtcategorieën wordt verwezen naar Tabel 3.1. Hierbij dient opgemerkt te worden dat overlap tussen de verschillende categorieën mogelijk is en dat de opsomming van klachten per klachtcategorie slechts ter illustratie dient en niet uitputtend is.

Tabel 3.1 Specificering categorieën moeilijk objectiveerbare klachten

Chronische pijnklachten	Gastro-intestinale klachten	Coördinatie- en/of evenwichtsproblemen	
Hoofdpijn	Maagklachten	Duizeligheid	
Nekklachten	Darmklachten	Dubbelzien	
Rugklachten	Misselijkheid	Visusklachten	
Pijn op de borst	Opgeblazen gevoel		
Pijn rond menstruatie			
Buikpijn			
Cognitieve klachten	Energetische klachten	Affectieve klachten	Overige klachten
Geheugenverlies	Moeheid/vermoeidheid	Depressieve klachten	Hartkloppingen
Bewustzijnsverlies (niet flauwvallen)	Slaapproblemen	Angstklachten	Kortademigheid
	Overbelast		Gespannen spieren
	Leeg/lusteloos		Stijfheid
	Opgebrand		Tintelingen
			Krachtverlies

3.2.1 *Chronische pijnklachten*

Ongeveer driekwart van de geïnterviewden geeft aan dat men wel eens moeite heeft met het objectiveren van chronische pijnklachten. Het gaat hierbij met name om nek-, schouder- en rugklachten, en hoofdpijn. Ongeveer 40% van deze groep geeft aan dat deze klachten meestal of bijna altijd moeilijk te objectiveren zijn.

3.2.2 *Gastro-intestinale klachten*

Ruim een derde van de geïnterviewden geeft aan dat het voorkomt dat men moeite heeft met het objectiveren van gastro-intestinale klachten. De klachten die in dit kader met name worden genoemd, zijn buikpijn, dyspepsie (vage maagklachten) en darmklachten. Voor ongeveer 40% van deze groep mensen zijn deze klachten meestal of bijna altijd moeilijk te objectiveren. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de helft van de geïnterviewden zelden of nooit betrokken is bij de beoordeling van gastro-intestinale klachten.

3.2.3 *Coördinatie/evenwichtsproblemen*

Coördinatie- en evenwichtsproblemen blijken voor ongeveer de helft van de geïnterviewden wel eens moeilijk objectiveerbaar. Het gaat hierbij om duizeligheid en evenwichtsklachten. Bijna de helft van deze groep heeft meestal of bijna altijd moeite met het objectiveren van deze klachten. Ongeveer 25% van de geïnterviewden geeft aan zelden of nooit te maken heeft met dit type klachten.

3.2.4 *Cognitieve klachten*

Ongeveer 40% van de professionals geeft aan dat het voorkomt dat men moeite heeft met het objectiveren van cognitieve klachten. De klachten die deze professionals noemen, betreffen met name concentratie- en geheugenklachten. Iets meer de helft van deze groep geeft aan meestal of bijna altijd moeite te hebben met het objectiveren van

deze klachten. Ongeveer 20% van de geïnterviewden geeft aan zelden of nooit te maken te hebben met dit type klachten.

3.2.5 *Energetische klachten*

Bij ongeveer driekwart van de geïnterviewden komt het voor dat men moeite heeft met het objectiveren van energetische klachten, en dan met name vermoeidheidsklachten. Voor ongeveer 25% van deze groep zijn energetische klachten meestal of bijna altijd lastig te objectiveren.

3.2.6 *Affectieve klachten*

Een derde van de professionals zegt wel eens moeite te hebben met de objectivering van affectieve klachten. Het gaat dan met name om depressieve en angstklachten. Voor ongeveer 15% van deze groep is dit type klachten meestal of bijna altijd lastig te objectiveren. Hierbij dient opgemerkt te worden dat ongeveer een kwart van de geïnterviewden zelden of nooit betrokken is bij de beoordeling van affectieve klachten.

3.2.7 *Overige klachten*

Iets minder dan de helft van de professionals geeft aan dat het voorkomt dat men moeite heeft met het objectiveren van klachten als hartkloppingen, kortademigheid, gespannen spieren, stijfheid, tintelingen en krachtverlies. Voor ongeveer een tiende van deze groep is dit type klachten meestal of bijna altijd lastig te objectiveren. Tenslotte worden een aantal andere klachten dan bovengenoemd als moeilijk objectiveerbaar beschouwd. Het gaat hierbij om vaatklachten, bewustzijnsstoornissen (dissociatief), incontinentie en impotentie, dubbel en wazig zien, persoonlijkheidsproblematiek en koude voeten.

3.2.8 *Samenvatting*

Geconcludeerd kan worden dat het merendeel van de geïnterviewden in meer of mindere mate moeite heeft met het objectiveren van chronische pijnklachten en energetische klachten. Voor alle overige onderzochte typen klachten - gastro-intestinale klachten, coördinatie- en evenwichtsproblemen, cognitieve klachten, affectieve klachten en een restgroep van klachten - bleek te gelden dat ze voor diverse professionals en in wisselende mate moeilijk te objectiveren zijn. Er is dus sprake van een grote spreiding in de aard van de moeilijk objectieerbare klachten. Een drietal professionals geeft tenslotte aan zelden tot nooit moeite te hebben met het objectiveren van klachten.

3.3 **In hoeverre ervaart men het moeilijk kunnen objectiveren van klachten als een belangrijk probleem?**

Het merendeel van de geïnterviewde professionals vindt dat zij in hun praktijk over het algemeen niet veel cliënten met moeilijk te objectiveren klachten krijgen. Het aantal cliënten per week bij wie de klachten moeilijk te objectiveren zijn, varieert van 0 tot 18, met een gemiddelde ongeveer 5 cliënten. Het percentage cliënten met moeilijk objectieerbare klachten varieert van 0% tot 64%, met een gemiddelde van rond de 13%. De meningen zijn verdeeld als het gaat om de mate waarin men moeilijk objectieerbare klachten als een belangrijk probleem beschouwt. Iets meer dan de helft van de geïnterviewden vindt moeilijk objectieerbare klachten een belangrijk probleem in hun dagelijkse praktijk. De verhoogde medische consumptie, de grote tijdsinvestering en de hoge kosten die met het objectiveren van deze klachten gemoeid zijn baren hen zorgen, evenals de gevolgen voor het welzijn en arbeidsvermogen van cliënten. Ook wordt opgemerkt dat moeilijk objectieerbare klachten soms inadequaat behandeld worden.

Een ander deel van de geïnterviewden beschouwt moeilijk objectieveerbare klachten als een minder groot probleem, door de relatief lage prevalentie binnen zijn of haar discipline, of door het feit dat men weinig waarde hecht aan objectivering. Zo geven enkele geïnterviewden aan dat het er uiteindelijk om gaat wat de beperkingen zijn van iemand en wat de aangrijpingspunten zijn voor een behandeling, met of zonder objectivering. Ook wordt door sommigen aangegeven dat veel klachten per definitie subjectief zijn en dus nauwelijks te objectiveren. Volgens hen gaat het er echter om in hoeverre een klacht te verklaren is, al dan niet met behulp van een multifactoriële benadering waarbij zowel de lichamelijke, de psychische als de sociale context centraal staat. Ook in de literatuur worden kanttekeningen geplaatst bij objectivering. Knepper (in Visser, 2001) waarschuwt bijvoorbeeld dat men zich niet moet blindstaren op het vinden van een diagnose, maar zich juist moet richten op de mogelijkheden die iemand heeft (Knepper in Visser, 2001).

Een ander aspect dat zowel in de interviews als in de literatuur naar voren komt is dat objectivering van klachten kan bijdragen in het omgaan met klachten. Volgens Kroneman kan een etiket voor een klachtenpatroon helpen bij het richten op herstel en bij het staken van de zoektocht naar een oorzaak (in Visser, 2001). Ook een aantal geïnterviewde deskundigen benadrukt dat het verklaren van een klacht coping kan bevorderen. Eén van de geïnterviewde artsen geeft aan dat ook ‘niet-medische verklaringen’ (zoals de term ‘ouderdomskwaal’) kunnen helpen bij het omgaan met gezondheidsklachten. Klaver en Baart (2000) menen echter dat ‘pseudo-diagnoses’ (zoals ME) klachten juist minder toegankelijk maken.

Verschillende geïnterviewden merken tenslotte op dat het objectiveren van klachten belangrijk is voor henzelf. In de eerste plaats nemen moeilijk objectieveerbare klachten veel tijd en energie in beslag. Dit wordt echter door een aantal geïnterviewden niet als bezwaarlijk ervaren. In de tweede plaats benadrukken sommige deskundigen dat ze graag willen objectiveren. Zo geeft één van de geïnterviewden aan soms gevoelens van onmacht en falen te ervaren wanneer een klacht niet goed te objectiveren is. Een andere deskundige merkt echter op dat moeilijk objectieveerbare klachten de eigen arbeidssatisfactie niet alleen kunnen verlagen, maar ook verhogen: ze vormen een lastige, maar boeiende uitdaging.

3.4 Welke factoren bepalen of een klacht als moeilijk objectiveerbaar ervaren wordt?

Diverse factoren en condities bepalen of een klacht als moeilijk objectiveerbaar wordt beschouwd. Het gaat hierbij zowel om belemmerde factoren als faciliterende factoren, die in meer of minder mate met de beoordelaar, dan wel de cliënt, te maken kunnen hebben.

3.4.1 Belemmerende factoren

De geïnterviewden noemen diverse factoren die de objectivering van klachten kunnen belemmeren. De meest genoemde factor die het objectiveren van klachten bemoeilijkt is het ontbreken van een lichamelijk/organisch substraat. Hiernaast wordt aangegeven dat men moeite heeft met het objectiveren van klachten wanneer:

- Er een gebrek aan (kennis over) instrumentarium is.
- Men over te weinig kennis beschikt omtrent de oorzaken en diagnostiek van aandoeningen.
- Er gebrek aan tijd is.
- Er veel verschillende mogelijke oorzaken zijn voor een klacht, die alle gecontroleerd moeten worden.

- Het verloop van klachten niet in lijn is met de verwachting. Een patiënt blijft bijvoorbeeld terugkomen.
- Het om een geïsoleerde klacht gaat (die geen deel uitmaakt van een klachtenpatroon), zonder duidelijke context.
- Gerapporteerde klachten afwijken van testresultaten.
- Gerapporteerde klachten afwijken van het dagelijks activiteitsniveau.
- Klachten sterk wisselen in intensiteit of aard (verspringen).
- Sprake is van mengbeelden/comorbiditeit; wanneer overlap bestaat tussen verschillende aandoeningen. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt eerst vermoeidheidsklachten rapporteert in het kader van ME, maar vervolgens nekklachten in het kader van een whiplash.
- Er sprake is van een taal- of cultuurbarrière bij de patiënt: patiënten hebben moeite met het verwoorden van hun klachten.
- De interactie met de patiënt slecht verloopt. Het gegeven dat een slechte (door de arts gepercipieerde) arts-patiënt interactie samenhangt met een grotere waarschijnlijkheid dat deze arts bepaalde klachten of symptomen als moeilijk objectiveerbaar beschouwd, wordt bevestigd in onderzoek door Nimmuan et al. (2000).
- De patiënt een façade op houdt. Sommige patiënten proberen antwoorden op vragen te vermijden (bijv. bij beginnende Alzheimer).
- Weinig nuance is in het ziektegedrag en de ziektebeleving van de patiënt.

3.4.2 *Faciliterende factoren*

De geïnterviewden geven ook omstandigheden aan die het objectiveren van klachten vergemakkelijken. Men heeft minder moeite met het objectiveren van klachten wanneer:

- De patiënt zeer gemotiveerd is om van klachten af te komen.
- De patiënt open staat voor niet-somatische/psychische verklaringen.
- Klachten deel uitmaken van een ander ziektebeeld (zoals bijv. Parkinson, MS) of ontstaan na een aandoening (MS, carcinoom) of, bijvoorbeeld, een infarct.
- Wanneer men gebruik maakt van een multifactoriële benadering, waarbij niet alleen naar de lichamelijke context, maar ook naar psychische en sociale context gekeken wordt (zie ook Visser, 2002).
- Men de patiënt goed kent.
- Men in multidisciplinair verband samenwerkt.
- Men goed contact heeft met de werkgever.
- Men goed contact heeft met de behandelende sector/huisarts.
- Men laat merken dat men de klachten van de patiënt serieus neemt (zie ook Elving, 2002).
- Men genoeg tijd kan nemen voor de patiënt.

3.4.3 *Instrumentgebruik*

Ruim driekwart van de geïnterviewde professionals zegt wel eens gebruik te maken van meetinstrumenten bij de beoordeling van moeilijk te objectiveren klachten. Er wordt een breed scala aan instrumenten genoemd in dit verband. Instrumenten die meerdere malen zijn genoemd, betreffen met name zelfbeoordelingslijsten zoals de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)/Maslach Burnout Inventory (MBI), Utrechtse Coping Lijst (UCL), Mini Mental State Examination (MMSE), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI/MMPI 2)/Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Scale (HDS), Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), Symptoms Checklist (SCL90) en een Visueel Analoge Schaal (VAS) voor pijn. Het gebruik van deze zelfbeoordelingslijsten is met name hoog onder psychologen, psychiaters en professionals werkzaam bij revalidatie/reïntegratie-

instanties. Ook huisartsen en bedrijfsartsen geven echter aan in meer of mindere mate met de instrumenten te werken. Naast de zelfbeoordelingslijsten wordt gebruik gemaakt van lichamelijke tests

Over het algemeen vindt men het gebruik van instrumenten zinvol bij het objectiveren van klachten. “Ze brengen je op het spoor of geven je een andere kijk op het probleem”. Ze kunnen ook helpen bij het ondersteunen van vermoedens. Ook geeft men aan dat instrumenten de ernst van de klachten en beperkingen in kaart brengen. Er worden echter ook kanttekeningen geplaatst bij het gebruik van instrumenten. Allereerst wordt opgemerkt dat men er niet “blind op kan varen” en dat de kwaliteit van instrumenten wel eens te wensen overlaat. Niet alleen ontbreekt het soms aan een goede normering of validering, ook de bruikbaarheid voor specifieke groepen (bijvoorbeeld allochtonen) is beperkt. Sommige professionals zijn dan ook van mening dat men beter informatie uit een gesprek kan halen dan uit instrument-onderzoek. Anderen geven aan vragenlijstonderzoek uit te besteden vanwege een gebrek aan kennis, ervaring of tijd. Uit het literatuuronderzoek komt nog een belangrijke kanttekening naar voren omtrent het gebruik van vragenlijsten voor het meten van persoonlijkheidsstoornissen. Recent onderzoek in de UK laat zien dat mensen van streek kunnen raken of gedeprimeerd kunnen worden bij het invullen van vragenlijsten (Blount et al., 2002). Deelnemers van het onderzoek bleken de vragenlijsten niet alleen confronterend te vinden, maar klaagden ook over de hoeveelheid en de formulering van de vragen.

3.4.4 *Gebruik van beoordelingsprotocollen*

Op de vraag of men gebruik maakt van een vast protocol, gestructureerde methode of bepaalde richtlijnen bij de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten, antwoorden de meeste professionals bevestigend. Veelal werkt men volgens binnen de eigen afdeling of instantie vastgelegde procedures, waar men zelf nadere invulling aan geeft. De procedures bestaan meestal uit het uitvragen van klachten met betrekking tot werk en privé-situatie (lichamelijk en psychisch), het uitvragen van het dagverhaal, het doen van lichamelijk onderzoek (al dan niet uitbesteed) en het afnemen van vragenlijsten en tests (al dan niet uitbesteed). Tevens geven sommige professionals aan volgens bepaalde richtlijnen te werken. Zo maken de huisartsen gebruik van de NHG-richtlijn ‘lage rugpijn’ en maken de verzekeringsartsen gebruik van het Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium.

Het merendeel van de geïnterviewden vond dat protocolgebruik kan bijdragen aan het objectiveren van moeilijk objectiveerbare klachten. Het protocol “duwt in de richting van een bepaalde probleemdefinitie”, “maakt het beter toetsbaar” “voorkomt dat men zaken over het hoofd ziet” en “laat je minder zwemmen”. Een ander voordeel van protocolgebruik betreft de communiceerbaarheid naar de cliënt: het protocol biedt duidelijkheid voor de cliënt. Ook zijn cliënten onderling beter vergelijkbaar en voelen zij zich door protocolgebruik eerder serieus genomen.

Er zijn echter ook kritische geluiden te horen omtrent het gebruik van protocollen. Zo vindt een aantal professionals protocolgebruik overbodig: het zou niets toevoegen aan wat men al doet. Ook geeft een aantal professionals aan dat een protocol “geen harnas moet worden”, en dat men en toe wel wat moet afwijken. Daarnaast wordt opgemerkt dat protocollen niet altijd even goed zijn afgestemd op de klinische praktijk. Ook plaatst één van de deskundigen de kanttekening dat het protocolgebruik (in dit geval ten aanzien het NVAB-protocol ‘psychische klachten’) te veel tijd in beslag neemt.

3.4.5 *Aanvullende kennis*

Alle geïnterviewden hebben op diverse wijzen aanvullende kennis opgedaan omtrent moeilijk te objectiveren klachten. Het gaat hierbij om het volgen van cursussen, workshops, nascholing, symposia en congressen op onder meer de volgende gebieden: stress, depressie, chronische vermoeidheid, somatoforme stoornissen, vage klachten, ME, whiplash, arbeidsconflicten, gesprekvaardigheden, etc. Daarnaast wordt aanvullende kennis opgedaan middels intervisie en intercollegiale toetsing, alsmede via het bijhouden van vakliteratuur.

Vrijwel alle geïnterviewden zijn van mening dat aanvullende kennis hun beeldvorming van moeilijk objectiveerbare klachten heeft beïnvloed. Zij beschrijven verschillende manieren waarop hun beeldvorming is veranderd:

- De opgedane kennis werkt verhelderend en verduidelijkend: men kan zaken eerder herkennen en beter inschatten.
- Men hoort van andere benaderingswijzen en gezichtspunten (psychisch en (para)medisch) en heeft daardoor een bredere blik gekregen.
- Men heeft meer inzicht in de omvang van moeilijk objectiveerbare klachten, het beloop en de in stand houdende factoren.
- Men heeft een beter beeld van de manier waarop mensen in elkaar zitten en zich presenteren.
- Men is milder geworden en heeft een genuanceerder oordeel.
- Men beseft hoe moeilijk patiënten zijn met dergelijke klachten. Dit kan steun geven.

Daarnaast geven vrijwel alle geïnterviewden aan dat aanvullende kennis hun handelen heeft beïnvloed met betrekking tot de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten. Dit gebeurt op de volgende wijzen:

- Men kijkt eerder naar andere factoren (multifactoriële benadering).
- Men vraagt eerder naar factoren die klachten in stand houden.
- Men luistert en kijkt beter.
- Men benadert patiënt op meer verschillende manieren.
- Men confronteert patiënt eerder met eigen gedrag.
- Men vertelt patiënt eerder dat klachten goede prognose hebben.
- Men richt zich meer op het omgaan met klachten. Men vertelt dat de patiënt ‘verder kan’, ondanks klachten.
- Men bespreekt eerder met patiënt dat klachten meerder factoren kunnen hebben.
- Men is zich meer bewust van valkuilen en black spots.
- Men schakelt eerder ander disciplines in.
- Men kan het beter verwoorden wanneer men niets vindt, zodat de patiënt er wat aan heeft.
- Men maakt meer gebruik van instrumenten.

3.5 **Hoe zou men de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten kunnen verbeteren?**

Uit de literatuur en uit de antwoorden van de geïnterviewden komen diverse suggesties naar voren ter verbetering van de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten.

3.5.1 *Ontwikkeling en verspreiding van kennis*

Ongeveer driekwart van de geïnterviewden heeft behoefte aan meer aanvullende kennis omtrent de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten. Men noemt de volgende onderwerpen waarover men meer zou willen weten:

Ten aanzien van klachten/aandoeningen:

- Fysiologische/neuro-hormonale variabelen.
- Somatisatie, somatoforme stoornissen.
- Diagnostiek van a-specifieke klachten (bijv. wat is minimum aan diagnostiek dat men zou moeten verrichten?).
- Attributies en ziektegedrag van patiënten.
- Beloop van moeheid en pijn.

Ten aanzien van diagnostiek/gebruik van methoden:

- Gesprekstechnieken.
- Normering van instrumenten.
- Protocollen.
- Onderzoeksmethoden.
- Interculturele communicatie.
- Multidisciplinaire richtlijnen.
- Mengvorm psychische en fysiologische diagnostiek.
- Alternatieve onderzoeksmethoden (bijv. eigen biografie, tekeningen).
- Beeldvormende diagnostiek (bijv. PET, SPECT, elektrofysiologisch onderzoek).

Het is opvallend dat de twee geïnterviewde revalidatie-artsen kritische kanttekeningen plaatsen bij de kwaliteit van de kennis op hun vakgebied in Nederland. De een merkt op dat congressen en cursussen niet altijd van een even hoog niveau zijn. De andere revalidatie-arts geeft aan dat hij noodgedwongen vooral naar het buitenland kijkt en daar congressen bezoekt, om bij te blijven op zijn vakgebied.

3.5.2 *Acties overheid*

In de interviews en de literatuur worden verschillende mogelijke verbeteringen genoemd die de overheid zou kunnen initiëren. Een eerste mogelijke verbetering die in de literatuur (de Loos, 2001) naar voren wordt gebracht betreft het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking.

Een tweede suggestie ter verbetering van de beoordelingspraktijk die de overheid zou kunnen uitvoeren, is het opstellen van richtlijnen en criteria. Zo pleit Reinders (2002) ervoor criteria voor whiplash op te stellen op grond van medisch-wetenschappelijke gegevens op te stellen en voorlichting te geven over deze criteria aan behandelend artsen en paramedici. Een van de geïnterviewden geeft aan dat de criteria met betrekking tot WAO-keuringen duidelijker zouden mogen zijn. Ook zou de overheid normscores en base-rates via databases beschikbaar kunnen maken. Daarnaast zou de overheid richtlijnen van kwaliteit kunnen formuleren.

Een derde suggestie is het genereren en verspreiden van wetenschappelijke kennis. De overheid zou bijvoorbeeld meer onderzoek naar de diagnostiek van moeilijke objectieveerbare klachten moeten initiëren. Voorts wordt opgemerkt dat kennis over wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van whiplash meer verspreid zou moeten worden.

Overige suggesties betreffen het stellen van voorwaarden aan scholing, het eerder signaleren van moeilijk objectieveerbare klachten, en het verminderen van het taboe dat rust op psychische klachten. De overheid zou kunnen helpen het taboe van ‘tussen de oren’ meer bespreekbaar en meer aanvaardbaar te maken.

3.5.3 *Acties beroepsvereniging/wetenschappelijke vereniging*

De beroepsvereniging of wetenschappelijke vereniging zou kunnen faciliteren bij wetenschappelijk onderzoek. Ook zou zij multidisciplinaire samenwerking kunnen stimuleren, door bijvoorbeeld handvaten te ontwikkelen voor multidisciplinaire samenwerking. De vereniging zou meer richtlijnen moeten ontwikkelen, door bijvoorbeeld onderzoeksfuncties te creëren voor deskundigen ‘op de werkplek’. Andere suggesties die genoemd worden, betreffen het stimuleren van een multifactoriële benadering, het opstellen van protocollen (bijv. per klacht), het aangeven van valkuilen en het ontwikkelen van instrumenten (bijv. voor simulatie van klachten). Ook wordt aangegeven dat administratief werk meer uit handen zou moeten worden genomen. Wanneer de administratie van gegevens beter is georganiseerd, houdt men immers meer tijd over voor de eigenlijke beoordeling van klachten. De beroeps- of wetenschappelijk vereniging zou voorts kunnen bijdragen in nascholing en cursussen, en in het verminderen van het taboe dat rust op psychische klachten.

3.5.4 *Acties eigen organisatie*

Verscheidene suggesties worden gedaan voor de organisatie waarin men werkzaam is (bijv. ziekenhuis of revalidatiecentrum) om de beoordeling van moeilijk objectieveerbare klachten te verbeteren. Een eerste suggestie betreft het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast zou de eigen organisatie protocollen en richtlijnen kunnen ontwikkelen en toetsen door middel van onderzoek. Een ziekenhuis zou bijvoorbeeld staffunctionarissen met een wetenschappelijke achtergrond onderzoek kunnen laten verrichten, en epidemiologen en statistici kunnen aanstellen. De eigen organisatie zou ook zorg kunnen dragen voor het bundelen en verspreiden van kennis omtrent moeilijk objectieveerbare klachten, bijvoorbeeld via internet, en voor nascholing van professionals. In de literatuur wordt genoemd dat Arbo-diensten meer middelen ter beschikking zouden moeten stellen voor bedrijfsartsen om hun medische kernkwaliteiten sterker te ontwikkelen en vaker discussie met de werknemer en behandelaar aan te gaan. Op deze wijze zouden bedrijfsartsen een grote bijdrage kunnen leveren aan het herstel van deze patiënten.

3.5.5 *Acties professional*

Op de vraag wat men zelf zou kunnen doen om de beoordeling van moeilijk objectieveerbare klachten te verbeteren, komen diverse suggesties naar voren. Men zou meer cursussen op dit gebied kunnen volgen en meer vakliteratuur bij kunnen houden. Daarnaast zou men eigen opgedane kennis beter kunnen verspreiden, bijvoorbeeld door het geven van presentaties. Voorts wordt genoemd dat men intensiever zou kunnen samenwerken met andere organisaties/klinieken. Ook geeft men aan meer onderzoek te willen doen op het gebied van moeilijk objectieveerbare klachten

Literatuur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM IV)*. Washington: American Psychiatric Association.

Arnold, I.A. & H.K. Hornsveld (2001). De behandeling van onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie door de huisarts. *Bijblijven: cumulatief geneeskundig nascholingsstelsel*, 17(10), 42-50.

Bensing, J.M. (1994). Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. *Nederlands tijdschrift voor de geneeskunde*, 138, 130-135.

Blonk, R.W.B. (2001). Arbeidsongeschiktheid op psychische gronden. In I.L.D. Houtman, P.G.W. Smulders & D.J. Klein Hesselink (Red.), *Trends in arbeid 2002* (pp. 155-171). Hoofddorp/Alphen a/d Rijn: TNO Arbeid/Kluwer.

Blount, C., C. Evans, S. Birch, F. Warren, F. & K. Norton (2002). The properties of self-report research measures: Beyond psychometrics. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 151-164.

Elving, L.D. (2002). Chronische vermoeidheid: Feiten en gedachten. *Bijblijven: cumulatief geneeskundig nascholingsstelsel*, 18(2), 19-29.

Eriksen, H.R., & C. Ihlebæk (2002). Subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 101-103.

Eriksen, H.R., C. Ihlebæk, & H. Ursin, (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 1, 63-72.

Escobar, J.I., A. Burnam, M. Karno, A. Forsythe, & J.M. Golding, (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 44, 713-8.

Hoogduin, C.A.L., S. Knepper, & H.W. Csánky, (1999). *Onderzoek bij psychische stoornissen voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Houtman, I.L.D., C.G. Schoemaker, B.M. Blatter, E.M.M. de Vroome, R. van den Berg & R.V. Bijl, (2002). *Psychische klachten, interventies en werkherwinning: De prognosestudie INVENT*. Heerhugowaard: PlantijnCasparie.

Klaver, M.M., & Baart, J.C. (2000). Effectieve hulp aan somatiserende patiënten: Begrip voor onbegrepen klachten. *Medisch Contact*, 55(46), 1647-1649.

Lisv: Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (2001). *Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid: Jaaroverzicht WAO/WAZ en Wajong 2000*. Amsterdam: Lisv.

Lisv: Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (1996). *Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium*. Amsterdam: Lisv.

- Loos, W.S. de (2001). Op zoek naar de bron': Psychiatrie maakt het 'mysterieuze' begrijpelijk. *Medisch Contact*, 56(50), 1845-1848.
- Maassen, H. (2000). De olifant en de blinde: Functioneel somatische klachten vormen één syndroom. *Medisch Contact*, 55(17), 608-610.
- Maassen, H. (2002a). 'Daar ben je mooi klaar mee': Patiënten over whiplash en ME. *Medisch Contact*, 57(7), 240-243.
- Maassen, H. (2002b). Ontregelde functies: somatoforme stoornissen als een biologische reactie op stress. *Medisch Contact*, 57(8), 280-283.
- Nimnuan, C., M. Hotopf & S. Wessely, (2000). Medically unexplained symptoms: how often and why are they missed? *Quarterly Journal of Medicine*, 93, 21-28.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (1996). *Programmeringstudie Somatisatie*. Rijswijk: RGO.
- Reid, S., S. Wessely, T. Crayford & M. Hotopf, (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 322, 1-4.
- Reinders, H. (2002). Facetten van whiplash: Een door de mens gemaakt ziektebeeld nader onderzocht. *Medisch Contact*, 57(1), 11-14.
- Roijmans, H.G.M. (1994). *Stoornissen met bijzondere somatische klachten en verschijnselen*. In Vandereyken, W., Hoogduin, C.A.L., & P.M.G. Emmelkamp (Red.), *Handboek Psychopathologie*. Deel 1 (pp. 260-277). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Spanjer, J. (2001). De reproduceerbaarheid van WAO-beoordelingen: Een literatuuronderzoek. *TBV*, 9(7), 195-198.
- Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization, and subjective health complaints: A review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 05-116.
- Visser, J. (2001). Met open ogen: Verzekeringsartsen en niet-objectiveerbare ziekten. *Medisch Contact*, 56(36), 1279-1282.
- Visser, S. (2002). Functioneel somatische symptomen en hypochondrie: De mogelijkheden tot behandeling. *Bijblijven: cumulatief geneeskundig nascholingsstelsel*, 18, 67-76.
- Wessely, S., C. Nimnuan & M. Sharpe, (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet*, 354, 936-39.
- World Health Organisation (1994). *De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- World Health Organisation (1997). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps II*. Genève: WHO.

Bijlage 1 Interview

A. Persoonsgegevens geïnterviewde

A-1. Volledige naam:

A-2. Functie:

- Bedrijfsarts
- Huisarts
- Verzekeringsarts
- Psychiater
- Psycholoog
- Internist
- Neuroloog
- Anders, namelijk:

A-3. a) Organisatie waar geïnterviewde werkzaam is:

b) Standplaats:

A-4. Aantal jaren dat geïnterviewde werkzaam is in huidige *functie*:

A-5. a) Studie:

b) Specialisatie:

c) Jaar afronding specialisatie:

B. Takenpakket/cliëntpopulatie

B-1. Kunt u korte een beschrijving geven van uw takenpakket?

B-2. Kunt u aangeven welk percentage van uw aanstelling wordt besteed aan cliënten-contact?

..... %

B-3. Hoeveel (verschillende) cliënten ziet u gemiddeld per week?

..... cliënten

B-4. Kunt u een korte beschrijving van uw cliëntpopulatie, in termen van:

a) Beroepsachtergrond

b) Demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, e.d.)

c) Type aandoeningen (evt. toelichten: klachtenpatronen)

C. Objectivering van klachten

Komt het voor dat u het moeilijk vindt klachten te objectiveren uit de volgende categorieën?

C-1.1. Chronische pijnklachten?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

Zo ja:

- a) Om welk type chronische pijnklachten gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

Zo nee:

Hoe komt het dat u deze klachten als niet moeilijk objectiveerbaar beschouwt?

C-1.2. Gastro-intestinale klachten?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

Zo ja:

- a) Om welk type gastro-intestinale klachten gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

Zo nee:

Hoe komt het dat u deze klachten als niet moeilijk objectiveerbaar beschouwt?

C-1.3. Coördinatie- en/of evenwichtsproblemen?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

Zo ja:

- a) Om welk type coördinatie- en/of evenwichtsproblemen gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

Zo nee:

Hoe komt het dat u deze klachten als niet moeilijk objectiveerbaar beschouwt?

C-1.4. Cognitieve klachten?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

Zo ja:

- a) Om welk type cognitieve klachten gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

Zo nee:

Hoe komt het dat u deze klachten als niet moeilijk objectiveerbaar beschouwt?

C-1.5. Energetische klachten?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

Zo ja:

- a) Om welk type energetische klachten gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

Zo nee:

Hoe komt het dat u deze klachten als niet moeilijk objectiveerbaar beschouwt?

C-1.6. Affectieve klachten?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

Zo ja:

- a) Om welk type affectieve klachten gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

Zo nee:

Hoe komt het dat u deze klachten als niet moeilijk objectiveerbaar beschouwt?

C-1.7. Klachten als hartkloppingen, kortademigheid, gespannen spieren, stijfheid, tintelingen of krachtverlies?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing

Zo ja:

- a) Om welke van deze klachten gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

Zo nee:

Hoe komt het dat u deze klachten als niet moeilijk objectiveerbaar beschouwt?

C-1.8. Overige klachten?

- Ja
- Nee

Als dit voorkomt,

- a) Om welk type klachten gaat het dan?
- b) Hoe vaak komt het voor dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- c) Kunt u aangeven hoe het komt dat u deze klachten moeilijk te objectiveren vindt?
- d) Zijn er omstandigheden waarbij u het niet moeilijk vindt om deze klachten te objectiveren?

C-2. U gaf daarnet aan gemiddeld ... cliënten per week te zien.

Bij welk aantal van deze cliënten is sprake van klachten die u moeilijk vindt te objectiveren (zoals in vraag C-1)?

Bij..... cliënten

C-3. Vindt u dat veel of weinig?

D. Casusbeschrijvingen

Kunt u de laatste 2 casussen toelichten waarbij u het moeilijk vond de klachten te objectiveren?

Inclusiecriteria:

1. *Leeftijd cliënt >15 & <65*

2. Er is sprake van een dienstverband/ondernemerschap, >12 uur per week.

D-1. Casus 1

a) Leeftijd

..... jaar

b) Geslacht

man

vrouw

c) Beroep

d) Wat waren de klachten van deze cliënt?

e) Wat was de uiteindelijke diagnose?

f) Welke klachten waren moeilijk te objectiveren? (alleen indien sprake is van meerdere klachten)

g) Hoe komt het dat deze klachten moeilijk te objectiveren waren?

h) Hoe heeft u gehandeld in dit geval/ wat heeft u gedaan?

i) Achttte u het wenselijk verdere actie te ondernemen ten einde de klachten beter te kunnen objectiveren?

Ja

Nee

Zo ja:

Wat voor actie?

Zo nee:

Waarom niet?

D-2. Casus 2

a) Leeftijd

..... jaar

b) Geslacht

- man
- vrouw

c) Beroep

d) Wat waren de klachten van deze cliënt?

e) Wat was de uiteindelijke diagnose?

f) Welke klachten waren moeilijk te objectiveren? (*alleen indien sprake is van meerdere klachten*)

g) Hoe komt het dat deze klachten moeilijk te objectiveren waren?

h) Hoe heeft u gehandeld in dit geval/ wat heeft u gedaan?

i) Achttte u het wenselijk verdere actie te ondernemen ten einde de klachten beter te kunnen objectiveren?

- Ja
- Nee

Zo ja:

Wat voor actie?

Zo nee:

Waarom niet?

E. Protocol/instrumentarium

E-1. Handelt u in het algemeen volgens een vast protocol/hanteert u een gestructureerde methode of maakt u gebruik van een bepaalde richtlijn indien u moeite heeft met het objectiveren van klachten?

- Ja
- Nee

Zo ja:

Kunt u dit protocol/deze methode nader toelichten?
(verzoek om kopie protocol/methode)

E-2. In hoeverre vindt u het gebruik van protocollen/gestructureerde methoden/richtlijnen een oplossing voor het verbeteren van het objectiveren van klachten waarmee u moeite heeft?

E-3. Maakt u wel eens gebruik van instrumenten zoals lichamelijke tests en zelfbeoordelingslijsten bij de beoordeling van moeilijk te objectiveren klachten (al dan niet voorgeschreven door bovengenoemd protocol)?

- Ja
- Nee

Zo ja:

Van welke instrumenten maakt u dan gebruik?
(verzoek om kopie instrument)

E-4. In hoeverre vindt u het gebruik van instrumenten een oplossing voor het verbeteren van het objectiveren van klachten waarmee u moeite heeft?

F Enkele vragen tot slot

F-1. Heeft u aanvullende kennis opgedaan omtrent moeilijk te objectiveren klachten, in de vorm van een:

- Cursus, nl:
- Workshop, nl:
- Symposium, nl:
- Congres, nl:
- Anders, nl:

- Nee (→ F-4)

F-2. Heeft deze aanvullende kennis uw beeldvorming (m.b.t. eerdergenoemde klachten) beïnvloed?

- Ja
- Nee

Zo ja:
Op welke wijze?

F-3. Heeft de aanvullende kennis uw handelen (m.b.t. eerdergenoemde klachten) beïnvloed?

- Ja
 - Nee
- Zo ja:
Op welke wijze?

F-4. Heeft u behoefte aan (meer van) dergelijke aanvullende kennis?

- Ja
- Nee

Zo ja:
Aan wat voor soort kennis heeft u behoefte?

F-5. Beschouwt u het moeilijk kunnen objectiveren van klachten als een belangrijk probleem binnen uw dagelijkse praktijk?

F-6. Welke acties zouden volgens u ondernomen moeten worden om tot een betere beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten te komen?

- Overheid:
- Beroepsvereniging/Wetenschappelijke vereniging:
- Organisatie waar werkzaam:
- Uzelf:
- Anders:

F-7. Heeft u nog aanvullende opmerkingen?

Hartelijk dank voor uw medewerking!