

TNO-rapport

21168/25354/brv/yuk

Moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten in relatie tot verzuimbegeleiding en de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl/arbeid

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum 1 maart 2006

Auteurs Veerle Brenninkmeijer
Suzanne Lagerveld
Roland Blonk

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw, in het kader van het praktijk- & beleidsprogramma "Chronisch Zieken".

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.

© 2006 TNO

Inhoudsopgave

Dankwoord	4
1 Inleiding.....	5
1.1 Referenties	7
2 Werkdefinitie MOK.....	8
2.1 Referenties	10
3 Vragenlijstonderzoek.....	11
3.1 Vraagstelling.....	11
3.2 Methode	12
3.2.1 Procedure.....	12
3.2.2 Vragenlijsten.....	13
3.2.3 Algemene vragen	13
3.3 Resultaten	15
3.3.1 Frequentie MOK.....	15
3.3.2 Variatie MOK-percentages.....	16
3.3.3 Aard van de klachten	16
3.3.4 Gevolgen MOK.....	17
3.3.5 Kenmerken cliënten waarbij sprake is van MOK	17
3.3.6 Waarde van kennis, vaardigheden, instrumenten bij MOK	18
3.3.7 Rolopvatting bij MOK	19
3.3.8 Behoeftes aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden.....	20
3.3.9 Visie op MOK.....	20
3.3.10 Diagnose(categorieën) bij MOK?	22
3.3.11 Invloed demografische variabelen en functievariabelen arts	22
3.3.12 Uitgebreide MOK-casus	22
3.3.13 Visie cliënten	24
3.4 Conclusie en discussie	24
3.4.2 Kanttekeningen.....	26
3.4.3 Implicaties voor beleid.....	27
4 Literatuuronderzoek	28
4.1 Inleiding	28
4.1.1 Bevindingen vragenlijstonderzoek.....	28
4.1.2 Focus literatuurstudie.....	29
4.1.3 Nationale context	29
4.2 Methode	29
4.2.1 Opstellen en aanscherpen zoekcriteria.....	29
4.3 Resultaten	31
4.3.1 Vermoeidheid	31
4.3.2 Pijn.....	33
4.4 Conclusie en discussie	35
4.5 Literatuurlijst (aanvullend op Tabel 4.2 en 4.3).....	36
4.6 Relevante sites	36
5 Discussiegroepen	37
5.1 Opzet discussiegroepen.....	37
5.2 Uitkomsten discussie vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief.....	38
5.2.1 Beleid vanuit overheid	38
5.2.2 Protocol professioneel handelen	39

5.2.3	Sluitende aanpak cliënt	39
5.2.4	Invloed rolopvatting arts	39
5.2.5	Cliëntenparticipatie	40
5.2.6	Aanlevering informatie bedrijfsarts	40
5.2.7	Afstemming behandeling(en) en reïntegratie	40
5.2.8	Tijd voor consult	40
5.2.9	Omgaan met klachten over verzekeringsarts	40
5.3	Uitkomsten discussie vanuit bedrijfsgeneeskundig, wetenschappelijk en beleids perspectief	41
5.3.1	Ontwikkelen beleid voor MOK: richtlijn	41
5.3.2	Doelen richtlijn	41
5.3.3	Randvoorwaarden en vorm richtlijn	41
5.3.4	Ontwikkelingswijze richtlijn	42
5.3.5	Ontwikkelen beleid voor MOK: overig	42
5.4	Uitkomsten discussie vanuit cliëntperspectief	43
5.4.1	Probleemstelling	43
5.4.2	Beleid	43
5.4.3	Interactie arts – patiënt/cliënt	43
5.4.4	Protocollen	43
5.4.5	Scholing en informatievoorziening	44
5.5	Conclusie en discussie	45
5.5.1	Belang MOK en richtlijnontwikkeling	45
5.5.2	Inhoud richtlijn	45
5.5.3	Ontwikkelingswijze richtlijn	45
5.5.4	Randvoorwaarden	46
5.5.5	Ontwikkeling 3B-protocollen	46
6	Samenvatting en conclusie	47
6.1	Uitkomsten vragenlijstonderzoek	47
6.2	Uitkomsten literatuuronderzoek	48
6.3	Uitkomsten discussiegroepen	48
6.4	Afsluiting	49
A	Bijlage 1: Onderdeel algemene vragen uit vragenlijst	50
B	Bijlage 2: Voorbeeld Turflijst	54
C	Bijlage 3: Samenvattingen van literatuur over vermoeidheid en pijn	55

Dankwoord

Graag willen wij diverse personen en partijen bedanken voor hun inbreng in dit project. Allereerst willen wij ZonMw bedanken voor het financieren van het project in het kader van het onderzoeksprogramma “Chronisch zieken”. In het bijzonder danken wij mevrouw drs. M.N. Vogels, dr. C. Smit en mevrouw drs. H. Warger (ZonMw) voor hun betrokkenheid en waardevolle advies in dit project. Voorts willen wij de leden van de begeleidingscommissie hartelijk danken voor hun inzet. Het gaat hierbij om drs. P.J.N. Boorsma, Branche Organisatie Arbodiensten BOA, dr. J.H.L. Wijers, NVVG, drs. R. Hoedeman, NVAB, Arboned NV, dr. J.J.L. Van der Klink, NSPOH, drs. G.H.F. Boekhoff, Nierpatiënten Vereniging Nederland, mevrouw drs. I. Varekamp, Coronel Instituut, mevrouw I. Van den Brand, Nederlandse Federatie Kankerpatiëntverenigingen, Platform Vermoeidheid, en dr. N.H.T. Croon, UWV. Het advies en meedenken van de begeleidingscommissie is van grote waarde geweest voor dit onderzoek. Ook dr. H. Kroneman en drs. R. Foekens (beide UWV) willen wij van harte danken. Daarnaast zijn wij mevrouw Y. Jansen (Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid) dankbaar voor haar inbreng bij het tot stand komen van het project. Tenslotte willen wij diverse andere patiëntverenigingen bedanken voor hun inzet bij het onderzoek, alsmede alle deelnemers aan het onderzoek en de discussiegroepen.

1 Inleiding

Het onderwerp ‘beoordeling en begeleiding ziekteverzuim en WAO-keuring’ is in het afgelopen decennium op verschillende wijze en met grote regelmaat in het middelpunt van de belangstelling geweest. Een bijzondere groep binnen dit veld betreft de groep mensen met moeilijk te objectiveren klachten (MOK). De problematiek rondom moeilijk te objectiveren klachten is van grote relevantie voor 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. Maar ook in het traject voorafgaand aan een WAO-beoordeling, het traject van verzuimbegeleiding vanuit de bedrijfsgeneeskundige praktijk, is MOK een zeer relevant probleem. Ook hierbij gaat het om aanzienlijke gevolgen voor verschillende partijen - cliënt, werkgever en samenleving - die gerelateerd zijn aan (langdurig)ziekteverzuim, reïntegratie-inspanningen en (het risico op) WAO-intrede.

In toenemende mate, zo is de indruk, zijn aandoeningen waarbij MOK een belangrijke rol speelt, oorzaak van WAO-intrede (Lisv, 2001, 1996). Bedrijfsartsen ervaren soms moeite met het bepalen van een juiste begeleiding waardoor de problematiek zou kunnen verergeren in plaats van verbeteren. Verzekeringsartsen ervaren soms moeite om het beroep op de WAO gefundeerd te honoreren of af te wijzen. Cliënten ervaren daarvoor willekeur in die situaties. In de media wordt bovendien nogal eens denigrerend over deze mensen gesproken omdat zij niet lijken te passen binnen de criteria Medisch en Objectief. Al snel wordt deze groep gezien als het prototype van wat niet onder de WAO zou moeten vallen. Opmerkelijk is dan dat deze groep niet nader geoperationaliseerd is en (derhalve) ook kwantitatief niet is onderzocht.

Uit eerder onderzoek van TNO (Brenninkmeijer, Van den Bossche, Malij, Blonk & Houtman, 2002) is gebleken dat er een grote spraakverwarring onder professionals is op het gebied van MOK. Hoewel pijn en vermoeidheid relatief vaak genoemd worden als moeilijk objectiveerbaar, blijkt dat er geen gezondheidsklachten zijn die op zichzelf het predikaat MOK hebben. Ook aanvullende kennis op het gebied van MOK lijkt van invloed op de ervaren objectiveerbaarheid van klachten. Daarnaast dragen instrumenten en protocollen bij aan de objectiveerbaarheid van klachten. Tot slot lijken een multidisciplinaire aanpak bij de beoordeling en voldoende tijd in de diagnostische fase eveneens de objectiveerbaarheid te verhogen.

Op dit moment is nog onduidelijk wat de aard en omvang is van MOK, zowel bij langdurig verzuim als bij de WAO-intrede. Vaststellen van de aard en omvang van MOK in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk is dan ook een eerste onderzoeksdoel van dit project. De eerste stap in dit onderzoek was het opstellen van een werkdefinitie van MOK met behulp van een multidisciplinaire begeleidingscommissie, waarin verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, patiënten en wetenschappers waren vertegenwoordigd (zie Hoofdstuk 2). Nadat de noodzakelijke afbakening van het begrip had plaatsgevonden, is een vragenlijstonderzoek verricht onder bedrijfs- en verzekeringsartsen, alsmede hun cliënten. Met dit vragenlijstonderzoek werd de aard en omvang van de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten in kaart gebracht. Een tweede doel van het vragenlijstonderzoek was de invloed van contextuele factoren, zoals kennis en instrumenten, te onderzoeken.

De resultaten van het vragenlijstonderzoek zijn te vinden in Hoofdstuk 3. Op terreinen buiten de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is intussen veel onderzoek verricht inzake de ontwikkeling van instrumenten die ondersteunen bij zaken als diagnose en behandeling/begeleiding van MOK. Een derde doel van dit project is derhalve om, op basis van de literatuur, aan te geven welke hulpmiddelen er zijn om de meest prominente MOK problematiek te hanteren. Een korte beschrijving van deze literatuurscan is te vinden in Hoofdstuk 4.

Naast bovengenoemde zaken is aandacht besteed aan de behoefte aan ontwikkeling van hulpmiddelen en aan implementatie van de kennis uit dit onderzoek, met daarbij ook de randvoorwaarden bij dergelijke ontwikkeling. Dit is gedaan middels discussiegroepen van professionals, onderzoekers, beleidsmakers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. De verslaglegging van deze discussiegroepen is te vinden in Hoofdstuk 5.

Zoals hierboven aangegeven, bestaat het onderzoek uit drie stappen:

- De eerste stap verschaft, middels vragenlijstonderzoek, inzicht in de aard en omvang van MOK en in contextuele factoren.
- In de tweede stap wordt op basis van de literatuur aangegeven welke instrumenten er zijn om de problematiek van MOK te verminderen. Het gaat hierbij om de gezondheidsklachten waarbij de problematiek van MOK het meest prominent aanwezig is, zoals naar voren komt uit het vragenlijstonderzoek.
- In de derde stap wordt middels discussiegroepen nagedacht over de noodzaak van, en de randvoorwaarden waaronder, beleid of hulpmiddelen zouden kunnen worden ontwikkeld of geïmplementeerd om de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten te verminderen.

Het uiteindelijke doel van het onderzoeksproject is het verminderen van de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk, of hiertoe een aanzet te leveren. Dit is in het belang van alle betrokkenen bij (langdurig) ziekteverzuim - cliënten, werkgevers, artsen, UWV en arbodiensten. Dit belang is de afgelopen jaren, als gevolg van de veranderingen van de afgelopen jaren in de wetgeving op het gebied van ziekteverzuim en reïntegratie (bijvoorbeeld de Wet Verbetering Poortwachter, de herbeoordelingsoperatie bij de WAO, en de nieuwe WAO) alleen maar groter geworden. Alle partijen worden nu strenger afgerekend op langdurig ziekteverzuim en WAO-intrede. De politieke lading van het thema MOK is hiermee verzaamd; voor alle partijen geldt dat er meer op het spel staat.

In dit project zal nauw samen worden gewerkt met relevante partijen, zoals patiëntenverenigingen, verzekerings- en bedrijfsartsen en wetenschappelijk deskundigen. Deze partijen zijn vertegenwoordigd in een begeleidingscommissie, die de voortgang van het project volgt en de onderzoekers van TNO adviseert. De leden van de begeleidingscommissie zijn:

- De heer drs. P.J.N. (Peter) Boorsma, Branche Organisatie Arbodiensten BOA.
- De heer drs. J.H.L. (Jan Hein) Wijers, NVVG.
- De heer drs. R. (Rob) Hoedeman, NVAB, Arboned NV.
- De heer dr. J.J.L. (Jac) Van der Klink, NSPOH.
- De heer drs. G.H.F. (Gerard) Boekhoff, Nierpatiënten Vereniging Nederland.
- Mevrouw drs. I. (Inge) Varekamp, Coronel Instituut.
- Mevrouw drs. I. (Ina) Van den Brand, Nederlandse Federatie Kankerpatiëntverenigingen, Platform Vermoeidheid.
- De heer dr. N.H.T. (Nico) Croon, UWV.

Daarnaast zijn vertegenwoordigers van diverse partijen betrokken bij het onderzoek middels deelname aan de discussiegroepen.

1.1 Referenties

Brenninkmeijer, V., Van den Bossche S.M.J., Malij, I. Blonk, R.W.B. & Houtman, I.L.D. (2002). De problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten in kaart gebracht. Hoofddorp: TNO Arbeid

Lisv (2001). Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid. Jaaroverzicht WAO/WAZ en Wajong 2000. Amsterdam: Lisv.

Lisv (1996). Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium. Amsterdam: Lisv.

2 Werkdefinitie MOK

In de literatuur komt de term ‘moeilijk objectiveerbare klachten’ als zodanig nauwelijks voor. Er worden in talloze publicaties echter wel diverse andere labels gebruikt die in meer of mindere mate naar hetzelfde fenomeen verwijzen, zoals functionele gezondheidsklachten, (medisch) onbegrepen of onverklaarde gezondheidsklachten, psychosomatische klachten, subjectieve gezondheidsklachten en 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. Voor de meeste patiënten lijkt MOK betrekking te hebben op klachten die onvoldoende medisch kunnen worden verklaard.

De variatie in betekenis van het begrip ‘moeilijk objectiveerbaar’ die in de literatuur wordt gevonden, komt ook naar voren uit een interviewstudie met verschillende professionals over de problematiek van moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten (Brenninkmeijer et al., 2002). Sommigen geven aan dat het gaat om klachten zonder lichamelijk 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.

Gezien de ‘spraakverwarring’ omtrent het begrip MOK, is het belangrijk een definitie te bepalen die in het huidige project gehanteerd wordt. We realiseren ons dat bij het opstellen van een definitie van MOK er onvermijdelijk bepaalde groepen buiten of binnen de definitie vallen. Voor het onderzoek, de onderlinge communicatie en het komen tot afspraken, was het echter van groot belang dat er een werkdefinitie van MOK werd opgesteld. Op grond van de literatuur en het eerdere onderzoek van TNO (Brenninkmeijer et al., 2002) is een conceptdefinitie opgesteld die uitvoering bediscussieerd is met de begeleidingscommissie. In deze discussie zijn verschillende afwegingen gemaakt. Belangrijk was dat de definitie zou aansluiten bij zowel de beleving van MOK in de bedrijfsverzekeringsgeneeskundige praktijk als de verzekeringsgeneeskundige praktijk.

Onderstaand model is tijdens de discussies met de begeleidingscommissie mede als uitgangspunt gebruikt bij het vormen van de definitie. Aan het vormen van een oordeel gaat, wanneer we naar de verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsgeneeskundige praktijk samen kijken een proces vooraf dat een logische (en medisch te onderbouwen) verklaring moet geven van de samenhang tussen de gerapporteerde klachten en 1) de aanwezigheid van een ziekte of aandoening, 2) de manier waarop de cliënt met de klachten omgaat (coping) en 3) de beperkingen of arbeidsmogelijkheden (zie onderstaand kader).

Samenhang verklaren tussen:

1. Klachten & aanwezigheid ziekte/aandoening

2. Klachten & coping

3. Klachten & beperkingen/arbeidsmogelijkheden

} moeite met beoordelen

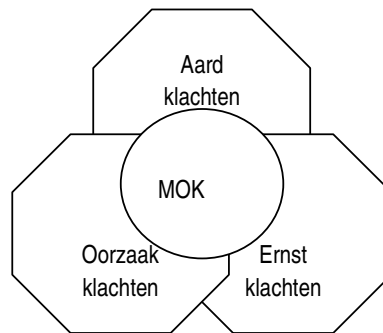
In de discussie met betrekking tot de te hanteren werkdefinitie van MOK werd besproken dat het predikaat MOK voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk soms ook betrekking lijkt te hebben op het beoordelen van arbeidsmogelijkheden/beperkingen of, in de bedrijfsgeneeskundige praktijk, op het vaststellen van de juiste verzuimbegeleiding. In dit onderzoek is er echter voor gekozen om de definitie zo zuiver mogelijk te houden en apart door te vragen naar de begeleiding en de beoordeling van arbeidsmogelijkheden/beperkingen. Op deze wijze komt er niet alleen zicht op de aard en omvang van moeilijk objectiveerbare klachten, maar ook op de gevolgen van problemen in het beoordelen van klachten voor de begeleiding of beoordeling van beperkingen/arbeidsmogelijkheden.

Uit de discussie met de begeleidingscommissie kwam ook naar voren dat het huidige onderzoek zich niet zozeer dient te richten op moeilijk objectiveerbare aandoeningen, maar op moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten. 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). Aandoeningen die veelal met MOK geassocieerd worden zijn onder andere ME/CVS, fibromyalgie en whiplash. Met betrekking tot de diagnostiek, en het bestaan, van deze aandoeningen is in Nederland zeer veel discussie. Zo zijn artsen soms terughoudend met de diagnose ME/CVS, omdat deze diagnose het herstel zou belemmeren en omdat men soms twijfelt aan de validiteit van de diagnose (Gezondheidsraad, 2005). Ook op het gebied van psychische aandoeningen blijkt de diagnostiek vaak lastig: huisartsen en bedrijfsartsen zijn het bij een zelfde patiënt vaak niet eens over de specifieke aard van de psychische aandoening (Houtman, Schoemaker, Blatter, Vroome, Van den Berg & Bijl, 2002; zie ook Blonk, 2001).

Door ons primair te richten op gezondheidsklachten wordt discussie over de specifieke voorwaarden voor een diagnose vermeden. Het kijken vanuit klachtenperspectief voorkomt dus de (bijna onoplosbare) discussie: wanneer is een bepaalde aandoening aanwezig en bestaat deze aandoening eigenlijk wel? Bovendien zijn wij van mening dat, naast onderzoek naar specifieke aandoeningen, ook onderzoek gedaan dient te worden naar de bredere problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten. Op deze wijze kan inzicht worden verkregen in de daadwerkelijke aard en omvang van de problematiek van MOK. Het probleem bij moeilijk objectiveerbare klachten is juist dat een arts moeite heeft met het vaststellen van een diagnose. Door ons alleen te richten op mensen met een bepaalde aandoening, zouden we cliënten missen bij wie de desbetreffende diagnose (nog) niet is vastgesteld, maar die wel gezondheidsklachten ervaren die moeilijk te objectiveren zijn.

Uiteindelijk is met instemming van de gehele commissie gekomen tot de volgende werkdefinitie: *Bij cliënten met moeilijk objectiveerbare gezondheidsklachten kan de arts 'er de vinger niet op leggen' en ervaart moeite bij het beoordelen/vaststellen van de oorzaak, de ernst of echtheid van de klachten* (zie figuur 1). De resultaten uit dit onderzoek dienen dan ook in het licht van deze definitie geïnterpreteerd te worden. Bij de resultaten met betrekking tot de aard en omvang van MOK zal ook aandacht zijn voor een inschatting wanneer een engere definitie dan de huidige werkdefinitie zou zijn gehanteerd.

Figuur 1: Conceptualisering van het begrip MOK, volgens gehanteerde werkdefinitie.



Bovenstaande werkdefinitie gaat er vanuit dat een klacht moeilijk objectiveerbaar is wanneer een arts, om wat voor reden dan ook, moeite heeft met het beoordelen van oorzaak, ernst of echtheid van een klacht. Een moeilijke objectieveerbare klacht is dus niet per definitie onbegrijpelijk (zie ook de Loos, 2001), maar kan gerelateerd zijn aan factoren die met de desbetreffende arts (bijvoorbeeld kennis of vaardigheden) of cliënt te maken hebben, of met hun onderlinge interactie.

2.1 Referenties

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.

Brenninkmeijer, V., Van den Bossche S.M.J., Malij, I., Blonk, R.W.B. & Houtman, I.L.D. (2002). De problematiek van moeilijk objectieveerbare klachten in kaart gebracht. Hoofddorp: TNO Arbeid

Gezondheidsraad, 2005. Chronic fatigue syndrome. Den Haag: RGO. Publicatienummer 2005/O2E.

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

De Loos, W.S. (2001). Op zoek naar de bron': Psychiatrie maakt het 'mysterieuze' begrijpelijk. Medisch Contact, 56(50), 1845-1848.

3 Vragenlijstonderzoek

3.1 Vraagstelling

Om inzicht te geven in de aard en omvang van de problematiek van MOK en de contextuele factoren die van invloed zijn op de beoordeling van gezondheidsklachten in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk, is een vragenlijstonderzoek verricht onder bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en hun cliënten. In dit vragenlijstonderzoek stonden de volgende vragen centraal:

- Hoe vaak komt het voor dat een bedrijfs- of verzekeringsarts moeite heeft met het beoordelen van de oorzaak, ernst of echtheid van gezondheidsklachten?
- Om wat voor type klachten gaat het? Hierbij wordt gekeken naar de volgende categorieën van klachten: pijnklachten, gastro-intestinale klachten, evenwichts-klachten, cognitieve klachten, energetische klachten, affectieve klachten en overige klachten.
- Welke contextuele factoren zijn gerelateerd aan de mate waarin men MOK ervaart? Hierbij is gekeken naar de duur van het consult en de werkervaring van de arts. Welke aspecten ondersteunen bij MOK (aanvullende/specifieke kennis, vaardigheden, protocollen/richtlijnen/standaarden, andere instrumenten). Ook is hierbij gekeken naar demografische kenmerken van zowel arts als cliënt.

Daarnaast zijn de volgende aanvullende vragen gesteld:

- Indien er sprake is van MOK, heeft men dan met name moeite met het beoordelen van de oorzaak, de ernst of de echtheid?
- Hoe vaak komt het voor dat men moeite heeft met het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden/beperkingen of het vaststellen van de juiste verzuimbegeleiding? En hoeverre is dit gerelateerd aan de aanwezigheid van MOK?
- Wat is de visie van de artsen met betrekking tot MOK? Hierbij valt te denken aan de volgende zaken: In hoeverre associëren artsen MOK met somatisatie¹, simulatie (d.w.z. dat de cliënt klachten en/of beperkingen voorwendt die er niet zijn), aggraviatie (d.w.z. dat de cliënt klachten en/of beperkingen overdrijft), een gebrek aan betrouwbare beoordelingsmethoden, een gebrek aan kennis van de arts, de stand van zaken in de wetenschap (d.w.z. het feit dat de wetenschap (nog) niet overal een verklaring voor heeft gevonden) en aan de manier waarop cliënt met klachten omgaat? En in welke mate beschouwen de artsen MOK als een probleem voor henzelf, de cliënt en de maatschappij?
- Wat is de rolopvatting van de artsen bij MOK?
- In hoeverre hebben artsen behoefte aan aanvullende kennis, vaardigheden of instrumenten (zoals protocollen, richtlijnen en standaarden) met betrekking tot MOK?
- Om welke diagnosecategorieën gaat het in het geval van MOK?
- Welke factoren belemmeren het herstel van een cliënt bij wie sprake is van MOK?

¹ Een veelgehanteerde definitie van somatisatie is die van Lipowski (1988), die somatisatie als volgt omschrijft: 'De neiging om lichamelijke ongemakken en klachten – die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard – te ervaren en te rapporteren, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken.' Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *Am. J. Psychiatr.*, 145, 1358-68.

- Hoe zou de beoordeling van klachten van een cliënt bij wie sprake is van MOK verbeterd kunnen worden?
- Hoe zou de verzuimbegeleiding van een cliënt bij wie sprake is van MOK verbeterd kunnen worden?
- Hoe zou de communicatie met een cliënt bij wie sprake is van MOK verbeterd kunnen worden?
- Hoe had de beoordeling van beperkingen/arbeidsmogelijkheden bij een cliënt bij wie sprake is van MOK beter gekund?

3.2 Methode

3.2.1 Procedure

Bedrijfs- en verzekeringsartsen werden geworven via respectievelijk arbodiensten en het UWV. Het was oorspronkelijke de bedoeling dat 30 bedrijfsartsen en 30 verzekeringsartsen gedurende 4 maanden, maandelijks 1 vragenlijst zouden invullen. De dataverzameling bleek echter zeer moeizaam te verlopen, onder meer vanwege de grote tijdsinvestering die van artsen gevraagd werd. Uiteindelijk hebben 18 bedrijfsartsen en 19 verzekeringsartsen deelgenomen die één of meerdere vragenlijsten hebben ingevuld. Artsen konden er hierbij ook voor een verkorte versie van de vragenlijst kiezen. De kenmerken van de deelnemende artsen staan weergegeven in Tabel 3.1. In Tabel 3.2. staat weergegeven hoeveel vragenlijsten per meetmoment werden geretourneerd.

Tabel 3.1 Kenmerken van de deelnemende bedrijfs- en verzekeringsartsen

Kenmerk		BA (%)	VA (%)
Geslacht	man	53	56
	vrouw	47	44
Leeftijd	jonger dan 30	6	0
	30-40 jaar	12	17
	40-50 jaar	59	59
	50-60 jaar	24	33
	60 jaar en ouder	0	0
Werkervaring	minder dan 5 jaar	18	6
	5-10 jaar	18	6
	10-15 jaar	41	33
	15-20 jaar	12	33
	langer dan 20 jaar	12	22
Etniciteit*	autochtoon	94	94
	allochtoon	6	6

*een arts werd als allochtoon beschouwd wanneer deze, of de ouders, buiten Nederland was geboren

Tabel 3.2 Aantal ingevulde vragenlijsten door de bedrijfsartsen (BA) en de verzekeringsartsen (VA)

Vragenlijst periode	Ingevulde lijsten door: BA	Ingevulde lijsten door: VA
Periode 1 algemene vragen	17	19
Periode 1 turflijst	12	18
Periode 2 casus (MOK)	12 (+ 4 van cliënt)	9 (+ 6 van cliënt)
Periode 2 turflijst	7	12
Periode 3 casus (niet-MOK)	3 (+ 3 van cliënt)	9 (+ 6 van cliënt)
Periode 3 turflijst	6	10
Periode 4 turflijst	3	8

Artsen werd in elke vragenlijst gevraagd van een twintigtal cliënten een aantal korte vragen te beantwoorden. In totaal hebben de bedrijfsartsen 398 korte casusbeschrijvingen aangeleverd en de verzekeringsartsen 847.

Artsen werd ook gevraagd een tweetal casussen uitgebreid te beschrijven. Dit betreft in één geval een cliënt waarbij sprake was van MOK en in het andere geval een cliënt waarbij de arts geen moeite had met beoordelen. De arts werd hierbij ook gevraagd een vragenlijst aan de cliënt mee te geven. Uiteindelijk zijn er door de bedrijfsartsen 15 uitgebreide casusbeschrijvingen geretourneerd (waarvan 12 MOK) en door de verzekeringsartsen 18 casussen (waarvan 9 MOK). Het aantal geretourneerde vragenlijsten door cliënten van bedrijfsartsen was 7 (waarvan 4 MOK) en door cliënten van de verzekeringsarts 12 (waarvan 6 MOK). Gezien het lage aantal geretourneerde lijsten van cliënten zullen deze lijsten niet in de analyses worden meegenomen.

De dataverzameling heeft plaatsgevonden van begin november 2004 tot half augustus 2005.

3.2.2 Vragenlijsten

De vragenlijsten zijn samengesteld in samenspraak met deskundigen uit de praktijk. De vragenlijsten voor de arts bestonden uit verschillende onderdelen. Deze samenstelling varieerde per meetmoment en is in Tabel 3.3 weergegeven. Artsen die kozen voor een verkorte vragenlijst kregen een beperkt aantal algemene vragen en een turflijst toegestuurd. Voor elke ingestuurde vragenlijst kreeg de arts een cadeaubon van 10 euro.

Tabel 3.3 Samenstelling vragenlijsten per meetmoment voor zowel bedrijfs- als verzekeringsartsen

Onderdeel	meetmoment 1	meetmoment 2	meetmoment 3	meetmoment 4
Algemene vragen	x	-	-	-
Turflijst	x	x	x	x
Casus MOK	-	x	-	-
Casus niet-MOK	-	-	x	-

3.2.3 Algemene vragen

De algemene vragen hadden betrekking op de volgende zaken (zie ook Bijlage 1):

- demografische variabelen
- de definitie van de arts m.b.t. MOK
- de visie van de arts op MOK
- in hoeverre de arts MOK als een probleem ervaart
- de bijdrage van aanvullende kennis, aanleren vaardigheden, instrumenten, protocollen en richtlijnen aan MOK
- behoefte van arts aan aanvullende kennis, aanleren vaardigheden, instrumenten, protocollen en richtlijnen.

3.2.3.1 Turflijst

In elke vragenlijst werden de arts verzoekt over de komende 20 cliënten een kort aantal vragen te beantwoorden. Bij bedrijfsartsen ging het hierbij om cliënten die tussen de 4 en 8 maanden verzuimen. Bij verzekeringsartsen ging het om cliënten die zij zagen in het kader van een WAO-beoordeling of WAO-herbeoordeling. De arts werd gevraagd bij elke cliënt het volgende aan te geven:

- of men moeite had met het beoordelen van klachten (ernst, oorzaak of echtheid)

- bij welke type klachten sprake was van MOK
- welke overige klachten de cliënt rapporteerde (niet-MOK)
- of men moeite had met het beoordelen van beperkingen
- of men moeite had met het beoordelen van arbeidsmogelijkheden
- of men moeite had met het vaststellen van de verzuimbegeleiding (voor de BA).

Daarnaast werd aan artsen gevraagd het geslacht, de leeftijd, de etniciteit (allochtoon/autochtoon) en de verzuimduur (voor de BA) in te vullen. Tevens werd gevraagd de diagnose(n) te noteren van de desbetreffende cliënt (CAS code). Een voorbeeld van de turflijst staat weergegeven in Bijlage 2.

Tabel 3.4 Kenmerken van de korte casussen van bedrijfs- en verzekeringsartsen (turflijst), in percentage en aantallen (N).

Kenmerk		korte casus BA (totale N = 398)		korte casus VA (totale N= 847)	
		%	N	%	N
Geslacht	man	48	190	39	328
	vrouw	52	208	61	518
Leeftijd	jonger dan 20	1	5	2	14
	20-30 jaar	12	46	20	169
	30-40 jaar	21	81	33	281
	40-50 jaar	37	146	25	215
	50-60 jaar	28	108	18	152
	60 jaar en ouder	2	7	2	15
Etniciteit*	allochtoon	12	49	15	124
	autochtoon	88	347	85	722

*een cliënt werd als allochtoon beschouwd wanneer deze, of de ouders, buiten Nederland was geboren

NB: Als gevolg van missende waarden, tellen de aantallen niet altijd op tot het volledige aantal casussen.

3.2.3.2 Casusbeschrijving

Bij de 2^e vragenlijst werd de arts gevraagd een casus te beschrijven waarbij hij/zij moeite had met het beoordelen, bij de 3^e vragenlijst werd de arts gevraagd een casus te beschrijven waarbij hij/zij geen moeite had met het beoordelen. Evenals in de turflijst, ging het bij bedrijfsartsen om een cliënt die tussen de 4 en 8 maanden verzuimde en bij verzekeringsartsen om een cliënt die zij zagen in het kader van een WAO-beoordeling of WAO-herbeoordeling.

Artsen werden ook gevraagd de desbetreffende cliënt over het onderzoek te vertellen en een brochure over het onderzoek te overhandigen. In de brochure stond dat zowel cliënten zouden worden benaderd bij wie de arts geen moeite had met het inschatten van de klachten en de mogelijkheden, maar ook cliënten bij wie de arts dit lastiger vond.

Indien de cliënt wilde meewerken aan het onderzoek, kreeg de cliënt een toestemmingsformulier en een vragenlijst van de arts. Deelname voor de cliënt was geheel vrijwillig en werd beloond met een boekenbon van 5 euro.

De casusvragen voor de arts hadden betrekking op onder meer de volgende zaken:

- Welke kennis had kunnen helpen?
- Welke factoren belemmeren het herstel van de cliënt?
- Hoe had de beoordeling van klachten beter gekund?

- Hoe had de begeleiding beter gekund?
- Hoe had de beoordeling van beperkingen/arbeidsmogelijkheden beter gekund?
- Hoe had de communicatie beter gekund?

De casusvragen voor de cliënt hadden betrekking op onder meer de volgende zaken:

- Welke kennis had de arts moeten hebben?
- Hoe had de beoordeling van beperkingen/arbeidsmogelijkheden beter gekund?
- Hoe had de begeleiding beter gekund?
- Hoe had de communicatie beter gekund?

3.3 Resultaten

3.3.1 Frequentie MOK

Tabel 3.5 laat zien dat bedrijfsartsen bij 36,2% van de casussen moeite hebben met het beoordelen van de oorzaak, ernst en/of echtheid van de gezondheidsklachten. Bij verzekeringsartsen ligt dit percentage op 41,8%. Bij deze casussen is dus sprake van MOK volgens de in dit onderzoek gehanteerde werkdefinitie (zie Hoofdstuk 2). Het gaat hier met name om problemen bij het bepalen van de ernst van de gezondheidsklachten.

Indien men een strengere definitie hanteert, liggen de percentages MOK beduidend lager: het percentage casussen waarbij de arts moeite heeft met het beoordelen van twee (van de drie) aspecten ligt op 14,6% bij de bedrijfsartsen en 23,5% bij de verzekeringsartsen. Het percentage casussen waarbij de arts moeite heeft met het beoordelen van alle drie de aspecten (oorzaak, ernst én echtheid) ligt op respectievelijk 3,0 en 8,5%.

Bedrijfsartsen geven verder aan dat zij bij 26,4% van de casussen problemen hebben met beoordelen van gepaste begeleiding voor de cliënt. Het percentage casussen waarbij men moeite heeft met het beoordelen van de beperkingen is voor bedrijfsartsen 30,3% en voor verzekeringsartsen 25,7%. Het percentage casussen waarbij men moeite heeft met het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden bedraagt voor bedrijfsartsen 27,8% en voor verzekeringsartsen 19,1%.

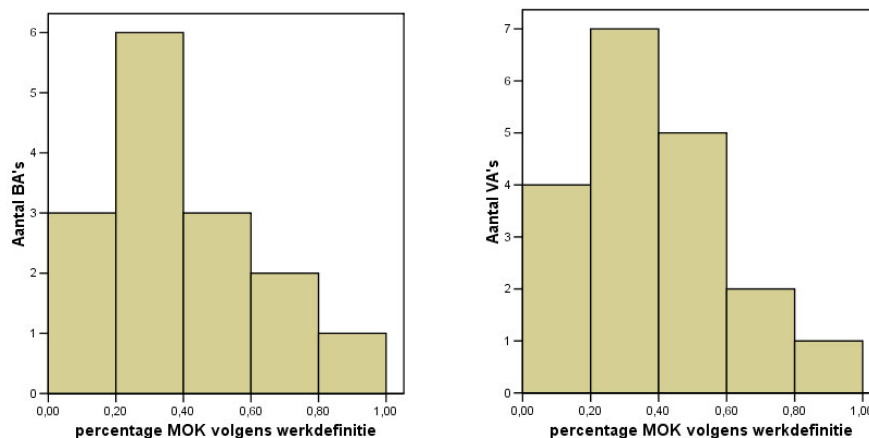
Tabel 3.5 Percentage casussen waarbij bedrijfs- en verzekeringsartsen moeite hebben met beoordelen van oorzaak, ernst, echtheid van de gezondheidsklachten, gepaste begeleiding, beperkingen en arbeidsmogelijkheden.

Moeite met beoordelen van:	casussen BA (N = 398) %	casussen VA (N = 847) %
Oorzaak, ernst en/of echtheid van klachten (= definitie MOK zoals gehanteerd in het huidige onderzoek)	36,2	41,8
• Oorzaak	18,1	18,0
• Ernst	26,6	37,8
• Echtheid	9,0	18,1
• 2 aspecten	14,6	23,5
• 3 aspecten (oorzaak, ernst én echtheid)	3,0	8,5
Gepaste begeleiding	26,4	-
Beperkingen	30,3	25,7
Arbeidsmogelijkheden	27,8	19,1

3.3.2 Variatie MOK-percentage

Het percentage casussen waarbij men moeite heeft met het objectiveren van klachten volgens onze definitie blijkt sterk te variëren sterk tussen artsen. Bij bedrijfsartsen varieert het percentage van 11 tot 100 %, bij verzekeringsartsen gaat het om percentages tussen 0 en 97%². Figuur 2 en 3 illustreren de variatie in percentages.

Figuur 2 en 3: Variatie in MOK-percentage, volgens werkdefinitie MOK, voor bedrijfsartsen (N = 15) en verzekeringsartsen (N = 19).



3.3.3 Aard van de klachten

In Tabel 3.6 staat in de eerste kolom weergegeven welk percentage van de cliënten uit het turflijstgedeelte een bepaald soort klachten rapporteerde. In de tweede kolom staat vervolgens aangegeven bij welk percentage van dit deel ook sprake was van MOK. Zo worden pijnklachten bijvoorbeeld bij 40% van de cliënten die de verzekeringsarts zag, gerapporteerd. Bij meer dan de helft (56%) van deze mensen met pijnklachten was ook sprake van MOK. Uit de tabel kan worden afgeleid dat pijnklachten, energetische klachten en affectieve klachten veel voorkomen en dat deze klachten relatief vaak moeilijk objectiveerbaar zijn. Ook valt op dat evenwichtsklachten relatief vaak als MOK ervaren worden door bedrijfsartsen (73,3%). Deze klachten komen echter zeer weinig voor (4,8%).

² Overigens is het aantal casussen dat is aangeleverd door de artsen die de hoogste MOK-percentages rapporteren zeer beperkt. Bij de BA die 100% rapporteert gaat het om 2 casussen, bij de VA die 97% rapporteert om 33 casussen. In de berekening van het MOK-percentage voor alle casussen gezamenlijk, hebben deze hoge scores dus maar zeer beperkt invloed.

Tabel 3.6 Percentage en aantal cliënten bij wie sprake is gezondheidsklacht en percentage MOK (per type klacht) van percentage cliënten dat is gediagnosticeerd met de desbetreffende klacht.

	cliënten met desbetreffende klacht		MOK*	
	casussen BA (N = 398)	casussen VA (N = 847)	casussen BA (N = 398)	casussen VA (N = 847)
	%	%	%	%
Pijnklachten	31,7	40,0	45,0	56,2
Gastro-intestinale klachten	6,3	4,3	16,0	25,0
Evenwichtsklachten	4,8	4,8	73,3	39,1
Cognitieve klachten	2,6	18,9	33,3	37,5
Energetische klachten	32,4	37,8	28,7	50,9
Affectieve klachten	21,6	38,4	25,0	34,8
Overige klachten	30,2	29,2	13,3	17,4

* percentage van de cliënten met desbetreffende klacht waarbij sprake is van MOK (moeite met beoordelen ernst, oorzaak en/of echtheid klachten).

3.3.4 Gevolgen MOK

Onderstaande tabel laat zien dat de aanwezigheid van MOK gepaard gaat met problemen m.b.t. het vaststellen van de gepaste begeleiding (BA), het beoordelen van de beperkingen en het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden. De samenhang is met Chi-kwadraattoetsen onderzocht en bleek voor elk van bovenstaande verbanden significant te zijn ($\chi^2(1) > 47,34, p < .01$). Dit betekent dat wanneer er sprake is van MOK, de arts ook vaker moeite heeft met het bepalen van de begeleiding en het beoordelen van de beperkingen en arbeidsmogelijkheden, dan bij cliënten bij wie geen sprake is van MOK.

Tabel 3.7 Percentage cliënten bij wie de arts moeite heeft het met het vaststellen van de gepaste begeleiding (BA), het beoordelen van de beperkingen en het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden, afzonderlijk weergegeven voor cliënten met en zonder MOK (N BA = 398, N VA = 847).

Aanwezigheid MOK	moeite met vaststellen begeleiding		moeite met beoordelen beperkingen		moeite met beoordelen arbeidsmogelijkheden	
	casussen BA	casussen VA	casussen BA	casussen VA	casussen BA	casussen VA
	%	%	%	%	%	%
Nee	14,8	-	13,7	5,5	14,5	5,4
Ja	46,5	-	59,0	53,8	50,7	39,2

3.3.5 Kenmerken cliënten waarbij sprake is van MOK

Onderstaande tabellen (3.8 en 3.9) laten zien dat bedrijfsartsen relatief vaak MOK ervaren bij de cliënten in de leeftijdscategorieën tot 40 jaar ($\chi^2(3) = 24,33, p < .01$). Er zijn bij cliënten van bedrijfsartsen geen significante verschillen voor wat betreft geslacht en etniciteit (autochtoon/allochtoon) in relatie tot MOK. MOK komt dus bij bedrijfsartsen niet vaker voor bij mannelijke dan bij vrouwelijke cliënten (of andersom), en niet vaker bij allochtone dan bij autochtone cliënten (of andersom). Verzekeringsartsen rapporteren vaker moeite te hebben met het beoordelen van klachten bij vrouwen ($\chi^2(1) = 6,81, p < .01$), mensen met een allochtone achtergrond ($\chi^2(1) = 5,70, p < .05$) en mensen tussen de 30 en 40 jaar ($\chi^2(3) = 14,68, p < .05$).

Tabel 3.8 Percentage vrouwelijke cliënten en cliënten met een allochtone achtergrond afzonderlijk weergegeven voor cliënten met en zonder MOK (N BA = 398, N VA = 847).

Aanwezigheid MOK	% vrouw		% allochtoon	
	BA	VA	BA	VA
Nee	57,7	57,5	12,7	12,2
Ja	55,8	66,4	11,8	18,1

Tabel 3.9 Percentage cliënten in verschillende leeftijdscategorieën, afzonderlijk weergegeven voor cliënten met en zonder MOK (N BA = 398, N VA = 847).

Aanwezigheid MOK	% jonger dan 30 jaar		% 30 t/m 39 jaar		% 40 t/m 49 jaar		% 50 jaar en ouder	
	BA	VA	BA	VA	BA	VA	BA	VA
Nee	9,1	23,8	18,3	28,7	35,7	25,0	36,9	22,6
Ja	19,9	18,6	24,8	39,5	39,7	26,0	15,6	15,8

3.3.6 Waarde van kennis, vaardigheden, instrumenten bij MOK

Onderstaande tabel 3.10 laat zien dat kennis, vaardigheden, protocollen/richtlijnen/standaarden en andere instrumenten ondersteunend zijn bij MOK. Tabel 3.11 laat zien om wat voor kennis, vaardigheden en instrumenten het daarbij gaat

Tabel 3.10 Percentage artsen dat zich ondersteund voelt bij MOK door (aanvullende/specifieke) kennis, vaardigheden, protocollen/richtlijnen/standaarden en andere instrumenten.

Welke aspecten ondersteunen bij MOK:	genoemd door	
	% BA (N = 17)	% VA (N = 19)
(aanvullende/specifieke) kennis	76,0	72,0
vaardigheden	65,0	100,0
protocollen/richtlijnen/standaarden	71,0	72,0
andere instrumenten	53,0	28,0

Tabel 3.11 Beschrijving van (aanvullende/specifieke) kennis, vaardigheden, protocol-
len/richtlijnen/standaarden en andere instrumenten die artsen ondersteunen bij MOK.

	BA (N = 17)	VA (N = 19)
Welke aspecten ondersteunen bij mok	<ul style="list-style-type: none"> • STECR richtlijnen • STECR assist • 4 DKL • UBOS • NVAB richtlijnen (m.n. lage rug- en psychische klachten) • Model belasting/belastbaarheid als kader • Keten-anamnese • Artikelen in vaktijdschriften • Communicatieve & coachingsvaardigheden/ intuïtie/ mensenkennis 	<ul style="list-style-type: none"> • Criterium: Medisch ArbeidsOngeschiktheids Criterium • Criterium: Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden • Urenbeperking (toepassing van de standaarden voorkomt urenbeperking en daartoe toekenning uitkering) • NIVG standaarden • STECR richtlijnen • Standaarden NVAB • ASB Richtlijn • Expertise psycholoog/psychiater (uitsluiten pathologie) • Vaardigheden in gespreksvoering (cliënt laten nadenken over eigen aandeel) • Overleg met andere behandelaars of collega's • Bewust zijn van je eigen vooroordelen • Goed luisteren • Modellen/theorie over MOK

3.3.7 Rolopvatting bij MOK

Artsen werd ook gevraagd naar hun rolopvatting in geval van MOK. De samenvatting op hun antwoorden staat in onderstaande tabel. De tabel laat zien dat de verschillende rolopvattingen van artsen zowel aspecten van beoordelen omvatten als aspecten van begeleiden, adviseren, en inzicht bieden.

Tabel 3.12 Rolopvatting van bedrijfs- en verzekeringsartsen in het geval van MOK.

	BA (N = 17)	VA (N = 19)
Rolopvatting bij MOK	<ul style="list-style-type: none"> • Bepalen werkmogelijkheden • Probleembegeleider (structuur bieden) • Coach (inzicht in oorzaak klachten) • Procesbegeleider • Beoordelaar • Afstemmen met andere partijen • Iets doorbreken • Perspectief en alternatieven bieden • Zorgen voor goede afstemming tussen werk en beperkingen/ mogelijkheden • Reïntegratie bewerkstelligen • Inventariseren • Ondersteunen • Adviseren 	<ul style="list-style-type: none"> • (Objectief) beoordelend/toetsen van ziekte/ belastbaarheid/ arbeidsgeschiktheid • Verklaren en zoeken naar verklaringen • Adviseren/ ideeën aandragen/ meedenken • Inzicht bijbrengen/ bewustmakend/ probleem verduidelijken/ informatie verstrekking • Verwijzer • Verantwoordelijkheden benoemen • Luisteren • Medisch onderzoek doen & informatie verzamelen

3.3.8 Behoeft e aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden

Tabel 3.13 geeft aan dat bijna de helft van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen behoefte heeft aan aanvullende instrumenten (zoals protocollen, richtlijnen, standaarden) m.b.t. MOK. Voorts heeft ruim driekwart van de bedrijfsartsen en de helft van de verzekeringsartsen behoefte aan aanvullende kennis en vaardigheden m.b.t. MOK. In Tabel 3.14 staat een samenvatting van de aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden waar men behoefte aan heeft.

Tabel 3.13 Percentage bedrijfs- en verzekeringsartsen dat behoefte heeft aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden m.b.t. MOK.

Heeft u behoefte aan:	Ja	
	% BA (N = 17)	% VA (N = 19)
Instrumenten m.b.t. MOK	47,0	44,0
Kennis, vaardigheden m.b.t. MOK	76,0	56,0

Tabel 3.14 Samenvatting van de aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden waar bedrijfs- en verzekeringsartsen behoefte aan hebben.

	BA (N = 17)	VA (N = 19)
Behoeft e aanvullende 'instrumenten'/kennis/vaardigheden m.b.t. MOK	<ul style="list-style-type: none"> • Coachings- en gespreksvaardigheden • Inzicht in (multidisciplinaire) begeleidings- en activeringsmogelijkheden • Instrumenten die de (werk/ behandeling)mogelijkheden op gestructureerde/eenvoudige/snelle manier in kaart brengen • Tips hoe de communicatie tussen werkgever en werknemer open en constructief te houden • Nieuwste stand van zaken (evidence-based aanpak) • Informatie over cognitief gedragsmatige aanpak 	<ul style="list-style-type: none"> • (Betere/strengere) richtlijnen/standaarden voor MOK (t.b.v. rechtsgelijkheid in de beoordeling) • Protocol CVS/ME van de K4 Leuven • Cursussen of congressen • Laatst e inzichten/stand van zaken m.b.t. klachten en behandelingen (overzichtsartikel) • Intervisie/dubbel oordeel discussies/ruggespraak met collega's • Specifieke gesprekstechnieken (bijv. op basis van cognitieve gedragstherapie) • Goede complete dossiers

3.3.9 Visie op MOK

In Tabel 3.15 is te zien dat MOK, volgens de arts en, met name gerelateerd is aan somatisatie en de manier waarop een cliënt met zijn/haar klachten omgaat. Dit geldt zowel voor bedrijfsartsen als voor verzekeringsartsen. Simulatie en een gebrek aan kennis van de arts worden in relatief geringe mate aan MOK gerelateerd.

Artsen werd ook gevraagd een definitie van MOK te geven. De antwoorden op deze vraag staan samengevat in Tabel 3.16.

Verder laat Tabel 3.17 zien dat arts en MOK m.n. als een probleem zien voor de cliënt en voor de maatschappij, en in mindere mate als een probleem voor zichzelf.

Tabel 3.15 Visie van bedrijfs- en verzekeringsartsen op MOK.

In hoeverre is MOK gerelateerd aan:	BA (N = 17)	VA (N = 19)
Somatisatie	3,5	3,7
Simulatie	1,7	1,6
Aggravatie	2,4	2,8
Gebrek aan betrouwbare beoordelingsmethoden	2,2	2,0
Gebrek aan kennis arts	1,8	1,7
Stand van de wetenschap	2,0	2,2
Manier waarop cliënt met klachten omgaat	3,5	4,2

NB: 1= niet/nauwelijks, 2 = enigszins, 3 = wel, 4 = sterk, 5 = zeer sterk

Tabel 3.16 Definitie MOK van bedrijfs- en verzekeringsartsen.

	BA (N = 17)	VA (N = 19)
Eigen definitie MOK	<ul style="list-style-type: none"> • Klachten zonder duidelijke (lichamelijke) oorzaak • Klachten die niet verklaarbaar in algemeen aanvaardbaar ziektebeeld • Klachten zonder eenduidige diagnose • Klachten die niet goed objectief te meten zijn/niet zichtbaar zijn • Geen medische diagnose/medisch substraat (of niet passend bij ernst van de klachten) • Chronische klachten • Klachten die van invloed zijn op functioneren (beperkingen opleveren in werk/privé-sfeer etc.) • Ernst onduidelijk/niet te objectiveren • Aard onduidelijk/onverklaarbaar • Realiteitsgehalte ongeloofwaardig • Ook geen verklaring in privé-sfeer/coping-gedrag • Wisselende klachten/grillig beloop 	<ul style="list-style-type: none"> • Klachten die niet objectiveerbaar zijn • Klachten die niet passen bij aard/ernst van de aandoening/afwijking • Klachten zonder (specifieke) lichamelijke of psychische oorzaak • Klachten waardoor mensen (ernstige) belemmeringen ervaren • Onvoldoende overtuigingskracht van de claim (twijfel of klachten wel echt zijn of wel gevolg van een ziekte zijn)

Tabel 3.17 Mate waarin bedrijfs- en verzekeringsartsen MOK als probleem ervaren voor henzelf, de cliënt en de maatschappij.

In hoeverre is MOK een probleem voor:	BA (N = 17)	VA (N = 19)
U zelf	2,2	2,6
Cliënt	3,1	3,5
Maatschappij	3,4	3,5

NB: 1= niet/nauwelijks, 2 = enigszins, 3 = wel, 4 = sterk, 5 = zeer sterk

3.3.10 Diagnose(categorieën) bij MOK?

Artsen werd ook gevraagd de diagnoses te beschrijven, indien aanwezig, van de korte casus uit de turflijsten. In onderstaande tabel staat een samenvatting van veelvoorkomende diagnoses bij MOK-casus.

Tabel 3.18 Veelvoorkomende diagnoses bij MOK-casussen van bedrijfs- en verzekeringsartsen.

	MOK-casussen BA	MOK-casussen VA
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische klachten zoals persoonlijkheidsstoornis, overspanning/ burn-out, depressie • Rug en gewrichtsklachten (knie/enkel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromyalgie • Whiplash • Rug en gewrichtsklachten • Psychische klachten • Vaatproblemen • Vermoeidheid

3.3.11 Invloed demografische variabelen en functievariabelen arts

We vonden geen significant verband tussen het geslacht van de arts en de mate waarin deze MOK ervaart ($t(30) = 0.39, n.s.$)³. Dit betekent dat mannelijke en vrouwelijke artsen niet verschillen in de mate waarin zij moeite hebben met het objectiveren van klachten. Wel vonden we een negatief verband tussen de leeftijd van een arts en de mate waarin deze MOK ervaart ($r = -.40, p < .05$). Dit betekent dat artsen minder moeite hebben met het objectiveren van klachten naarmate zij ouder zijn.

In lijn met het bovenstaande vonden we ook een negatief verband tussen de werkervaring van de arts en de mate waarin men MOK ervaart ($r = -.50, p < .01$). Dit betekent dat naarmate artsen meer werkervaring hebben, zij minder moeite hebben met het objectiveren van klachten. We vonden tevens een licht negatief verband tussen de tijd die men gemiddeld besteedt aan een consult en de mate waarin men MOK ervaart. Dit suggereert dat hoe meer tijd de arts besteedt aan een consult, hoe minder vaak de arts MOK rapporteert. Dit verband was echter niet statistisch significant ($r = -.18, n.s.$).

3.3.12 Uitgebreide MOK-casus

Hoewel slechts een beperkt aantal artsen (12 BA's en 9 VA's) een uitgebreide MOK-casus heeft geretourneerd, geven we hier toch een overzicht van de antwoorden op de belangrijkste vragen.

³ De relaties tussen MOK en de demografisch variabelen van de arts en de functievariabelen zijn berekend voor alle artsen gezamenlijk, vanwege het beperkte aantal bedrijfs- en verzekeringsartsen dat heeft deelgenomen aan het onderzoek.

Tabel 3.19 Open antwoorden van bedrijfs- en verzekeringsartsen met betrekking tot uitgebreide MOK-casus.

	BA (N = 12)	VA (N = 9)
Welke kennis had kunnen helpen?	<ul style="list-style-type: none"> Arbeidsmogelijkheden bij onbegrepen gastro-intestinale klachten en malaise Nog meer kennis over klachtenpresentatie bij minderheden/ etnische groepen 	<ul style="list-style-type: none"> Kennis van het ziektebeeld, neurologisch Psychiatrische expertise
Welke factoren belemmeren herstel cliënt?	<ul style="list-style-type: none"> Sterke gerichtheid cliënt op lichamelijke klachten Onduidelijke oorzaak Persisterende gezondheidsklachten 	<ul style="list-style-type: none"> Inactiviteit, passiviteit Beschermd partner Medicalisering Subjectieve beleving van cliënt, interpretatie van cliënt m.b.t. klachten Geen adequate behandeling vanuit psychische invalshoek, te weinig actieve behandeling Zelfinzicht
Hoe had beoordeling klachten beter gekund?	<ul style="list-style-type: none"> Minder spitten in zoeken naar medische oorzaak door specialisten Snelle diagnostiek Informatie van leidinggevende Hetero-anamnese 	<ul style="list-style-type: none"> Goede informatie curatieve sector Recente inspanningsproef Psychologische expertise Vooraf een dagverhaal laten bijhouden Meer gestructureerd interview Ervaringen van derden die onafhankelijk zijn, b.v. werkervaringen, schoolervaringen
Hoe had begeleiding beter gekund?	<ul style="list-style-type: none"> Scepsis behandelend sector m.b.t. gedragsmatige aanpak verminderen Betere/actievare communicatie vanuit huisarts Bereidheid bij werkgever om multidisciplinaire behandeling te betalen 	---
Hoe had beoordeling beperkingen/ arbeidsmogelijkheden beter gekund?	<ul style="list-style-type: none"> Overleg met huisarts. Betere feedback van de werkgever 	<ul style="list-style-type: none"> Meer medische informatie Een recente beoordeling van een specialist Recente inspanningsproef Goede (hetero)anamnese over allerlei mogelijke bijkomende factoren, ziekte winst als ook m.b.t bezigheden. Psychologische expertise Een dag cliënt observeren.
Hoe had communicatie beter gekund?	<ul style="list-style-type: none"> Minder medisch, meer over verantwoordelijkheden Nog meer empathie 	<ul style="list-style-type: none"> Meer structuur

3.3.13 Visie cliënten

Hoewel slechts een zeer beperkt aantal cliënten waarbij sprake is van MOK de vragenlijst hadden geretourneerd, geven we hier toch een overzicht van de antwoorden op de belangrijkste vragen.

Tabel 3.20 Open antwoorden van cliënten van bedrijfs- en verzekeringsartsen (MOK-casus).

Cliënten BA (N = 4) en VA (N = 6)	
Welke kennis had arts moeten hebben?	<ul style="list-style-type: none"> • Dezelfde als ziekenhuis • Ervaringskennis uit revalidatiecentrum (meelopen) waardoor ziektebeeld beter begrepen kan worden • Meer medische kennis • Meer kennis/ervaring met patiënten die niet makkelijk in hokje te plaatsen zijn/MOK • Beter afstemmen van de begeleiding met behandelend arts • Op de hoogte blijven van het bedrijf van de patiënten (jaarlijks bezoek)
Hoe had beoordeling beperkingen/ arbeidsmogelijkheden beter gekund?	<ul style="list-style-type: none"> • Beter kijken en luisteren • Niet alleen naar het medische kijken • Zaken aannemen die cliënt aandraagt (serieus nemen) • Meer informatie opvragen bij specialist • Meer deeltijd toekennen
Hoe had begeleiding beter gekund?	<ul style="list-style-type: none"> • Betaalbare therapie aanbevelen • Therapie aanbevelen die ook ondersteund wordt door huisarts/internist • Deeltijd uitkering (WAO)
Hoe had communicatie beter gekund?	<ul style="list-style-type: none"> • Blijk van begrip/inlevingsvermogen • Het medische dossier lezen

3.4 Conclusie en discussie

3.4.1.1 Belangrijkste uitkomsten

Het huidige onderzoek suggereert dat de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten (MOK) in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk aanzienlijk is. Wanneer we uitgaan van de werkdefinitie van MOK, zoals die bij aanvang van het project was vastgesteld, bedraagt het percentage MOK-casussen 36,2% bij de bedrijfsarts en 41,8% bij de verzekeringsarts. In deze gevallen heeft de arts moeite met het beoordelen van de oorzaak, ernst en/of echtheid van de gezondheidsklachten. De arts blijkt hierbij het meest moeite te hebben met het vaststellen van de ernst van de klachten. Bij het interpreteren van de MOK-percentages is het belangrijk te weten dat het voor de bedrijfsarts om mensen gaat die zij zien in het kader van een verzuimbegeleidingsgesprek en die 4 tot 8 maanden verzuimen. Bij de verzekeringsarts gaat het om mensen die zij zien in het kader van een WAO-beoordeling of WAO-herbeoordeling.

Bij een strengere definitie van MOK blijken de percentages casussen waarbij sprake is van MOK sterk te dalen: wanneer men er bijvoorbeeld van uitgaat dat er sprake is van MOK als de arts moeite heeft met het bepalen van de oorzaak, ernst én echtheid (drie aspecten), ligt het percentage MOK voor bedrijfsartsen op 3,0% en bij verzekeringsartsen op 8,5%.

Bovenstaande percentages kunnen enerzijds een gevoel van onzekerheid weerspiegelen die bedrijfs- en verzekeringsartsen ervaren bij de uitoefening van hun beroep. Anders kunnen de percentages duiden op de complexiteit van het beroep van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Het beoordelen van klachten is een moeilijke taak, zelfs voor professionals die hiervoor speciaal zijn opgeleid.

De percentages MOK blijken overigens tussen artsen aanzienlijk te verschillen. De ene arts geeft aan veel vaker MOK te ervaren dan de andere arts. Deze variatie hebben wij ook terug gezien in de presentaties die wij voor artsen hebben verzorgd met betrekking tot de uitkomsten van dit onderzoek. Sommige artsen herkennen zich wel in de gemiddelde percentages, andere artsen helemaal niet.

De percentages MOK blijken daarnaast te variëren per type klacht. Het blijkt dat MOK met name bij pijnklachten en energetische klachten een probleem vormt. Deze typen klachten komen veel voor en zijn relatief vaak moeilijk objectiveerbaar. Dit geldt voor zowel bedrijfs- als verzekeringsartsen. Ook bij affectieve klachten is MOK relatief vaak een probleem.

Er is ook onderzocht in hoeverre artsen moeite hebben met het vaststellen van de juiste verzuimbegeleiding (voor de bedrijfsarts), en met het beoordelen van beperkingen en arbeidsmogelijkheden. Ook hierbij lijkt het te gaan om aanzienlijke percentages. Bedrijfsartsen geven aan dat zij bij 26,4% van alle casussen problemen hebben met beoordelen van gepaste begeleiding. Het percentage casussen waarbij men moeite heeft met het beoordelen van de beperkingen is voor bedrijfsartsen 30,3% en voor verzekeringsartsen 25,7%. Voor het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden bedragen de percentages respectievelijk 27,8% en 19,1%. Ook hierbij gaat het voor de bedrijfsarts om mensen die 4 tot 8 maanden verzuimen, terwijl het bij de verzekeringsarts gaat om mensen die zij zien in het kader van een WAO-beoordeling op WAO-herbeoordeling.

De gevolgen van MOK zijn onderzocht door te kijken naar de samenhang tussen de aanwezigheid van MOK en de moeite die artsen hebben met het vaststellen van de juiste verzuimbegeleiding en met het beoordelen van beperkingen en arbeidsmogelijkheden. MOK blijkt gepaard te gaan met problemen m.b.t. het vaststellen van de gepaste begeleiding en met het beoordelen van beperkingen en arbeidsmogelijkheden.

Artsen geven aan dat kennis, vaardigheden, protocollen/richtlijnen/standaarden en andere instrumenten hen ondersteunen bij MOK. Zij geven verschillende voorbeelden van kennis, vaardigheden en instrumenten die hen ondersteunen. Tegelijkertijd geeft bijna de helft van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen aan dat hij/zij behoefte heeft aan aanvullende instrumenten (zoals protocollen, richtlijnen, standaarden) m.b.t. MOK. Voorts heeft ruim driekwart van de bedrijfsartsen en de helft van de verzekeringsartsen behoefte aan aanvullende kennis en vaardigheden m.b.t. MOK. De artsen geven diverse voorbeelden van aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden waar men behoefte aan heeft

Er is ook onderzocht of MOK vaker voorkomt bij specifieke demografische groepen van cliënten. Bedrijfsartsen blijken relatief vaak MOK te ervaren bij de leeftijdscategorieën tot 40 jaar. Verzekeringsartsen ervaren vaker MOK bij vrouwen, mensen met een allochtone achtergrond en mensen tussen de 30 en 40 jaar.

Er is daarnaast gekeken of MOK gerelateerd is aan de demografische kenmerken van de artsen zelf. Het bleek dat oudere en meer ervaren artsen minder vaak moeite hebben met het objectiveren van klachten. Er waren geen verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke artsen.

Artsen werd ook gevraagd naar hun visie op MOK. Bedrijfs- en verzekeringsartsen blijken MOK met name te relateren aan somatisatie en de manier waarop een cliënt met zijn/haar klachten omgaat. Simulatie en een gebrek aan kennis van de arts worden in relatief geringe mate aan MOK gerelateerd. Verder komt naar voren dat artsen MOK met name zien als een probleem voor de cliënt en de maatschappij, en in mindere mate als een probleem voor zichzelf.

Cliënten werd gevraagd naar hun ervaringen tijdens het gesprek met de arts. Hoewel slechts een zeer beperkt aantal cliënten heeft deelgenomen, komt naar voren dat cliënten met name het belang onderstrepen van het serieus nemen van de cliënt, het verder kijken dan alleen medische zaken en het luisteren naar de cliënt.

3.4.2 Kanttekeningen

Hoewel het aantal casussen relatief groot was (ruim 1200), zijn zij door een beperkt aantal artsen aangeleverd. In totaal hebben 18 bedrijfsartsen en 19 verzekeringsartsen deelgenomen aan het onderzoek. Daarnaast is het mogelijk dat met name artsen hebben deelgenomen bij wie MOK een probleem vormt. Artsen die vaak moeite hebben met het objectiveren van klachten, zijn wellicht meer geïnteresseerd in de problematiek van MOK en in deelname aan onderzoek naar dit onderwerp. Hiervoor vinden we echter geen bevestiging in de resultaten omdat er een aanzienlijke spreiding zit in de mate waarin de artsen MOK rapporteren.

Een tweede belangrijke kanttekening is dat veel artsen aangaven dat ze de vragenlijsten, en met name de turflijsten, moeilijk vonden om in te vullen. Het ging hierbij zowel om de veelheid als om de complexiteit van de vragen. Indien niet duidelijk was ingevuld dat men moeite had met het beoordelen van de oorzaak, ernst of echtheid van de klachten, hebben wij dit conservatief geïnterpreteerd en de klacht als niet-MOK beschouwd.

Een derde belangrijke kanttekening is dat onze resultaten dienen te worden gezien in het licht van de werkdefinitie van MOK die in dit onderzoek is gehanteerd. De definitie die is gebruikt, is gebaseerd op eerder kwalitatief onderzoek en de visie van de begeleidingscommissie. In deze definitie is sprake van MOK indien de arts moeite heeft met het beoordelen van de oorzaak, ernst en/of echtheid van gezondheidsklachten. Er zijn echter ook andere definities mogelijk, zoals de spraakverwarring omtrent het begrip MOK laat zien. Indien men er bijvoorbeeld voor kiest dat er sprake is van MOK als de arts de oorzaak, ernst én echtheid (drie aspecten) niet goed kan vaststellen, dan daalt het percentage MOK tot 3,0% voor bedrijfsartsen en 8,5% voor verzekeringsartsen. De samenhang tussen MOK en andere variabelen zal dan wellicht ook veranderen.

Een vierde kanttekening bij dit onderzoek betreft een mogelijke blinde vlek van artsen met betrekking tot hun eigen rol bij MOK. Artsen hebben wellicht niet altijd goed zicht op de rol van eigen communicatie en handelen op de aanwezigheid van MOK. Aangezien de informatie vanuit cliënten over deze factoren zeer beperkt was, vanwege het kleine aantal uitgebreide MOK-casussen, hebben wij in dit onderzoek slechts beperkt aandacht kunnen besteden aan deze factoren.

Ondanks bovengenoemde kanttekeningen, achten wij de resultaten van grote waarde voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Ons onderzoek is het eerste empirische onderzoek dat een inschatting geeft van de aard en omvang van de problematiek van MOK bij bedrijfs- en verzekeringsartsen.

3.4.3 Implicaties voor beleid

Gezien het hoge percentage MOK en de hoge behoefte van artsen aan instrumenten en kennis/vaardigheden m.b.t. MOK, is het ons inziens belangrijk dat er aanvullende beleid en hulpmiddelen worden ontwikkeld om de problematiek van MOK te verminderen. In een discussiemiddag (zie Hoofdstuk 5) hebben verschillende partijen die betrokken zijn bij de problematiek van MOK (artsen, cliënten, beleidsmakers, wetenschappers) nagedacht over noodzaak van aanvullend beleid en de ontwikkeling van hulpmiddelen. Vragen die hierbij centraal stonden zijn: Is er aanvullende beleid nodig ten aanzien van MOK? Dienen er hulpmiddelen ontwikkeld te worden om de problematiek te verminderen? En onder welke randvoorwaarden? De uitkomsten van deze discussiegroepen staan weergegeven in Hoofdstuk 5.

4 Literatuuronderzoek

4.1 Inleiding

Als aanvulling op het empirische onderzoek (zie Hoofdstuk 3), is ook een literatuurscan uitgevoerd. Het doel hiervan is op basis van de literatuur een overzicht te geven van de belangrijkste hulpmiddelen om de meest relevante problematiek met betrekking tot MOK te hanteren. De uitkomsten van deze literatuurstudie dienen, samen met de uitkomsten van het empirische onderzoek, als basis voor een discussiemiddag (zie Hoofdstuk 5). Tijdens deze discussiemiddag is besproken of de bestaande instrumenten als afdoende worden ervaren of dat er andere instrumenten moeten worden ontwikkeld en onder welke randvoorwaarden dit kan plaatsvinden.

Om te bepalen wat de meest relevante MOK problematiek is, is onder andere gebruik gemaakt van de resultaten van het empirische gedeelte. Naast de resultaten van het empirische gedeelte is de begeleidingscommissie geconsulteerd voor het vaststellen van de meest relevante problematiek.

De meest relevante problematiek blijkt de beoordeling van vermoeidheids- en pijnklachten te betreffen. De focus van deze literatuurscan ligt daarom op instrumenten voor de beoordeling en behandeling van vermoeidheids- en pijnklachten. Het gaat hierbij om instrumenten die zoveel mogelijk toepasbaar zijn binnen het sociaal medisch handelen en die bijdragen aan het objectiveerbaar maken van klachten. Deze hulpmiddelen dienen zoveel mogelijk toepasbaar te zijn binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk.

Gezien de grote hoeveelheid literatuur over vermoeidheid en pijn die er bestaat, kan dit onderzoek helaas geen compleet overzicht verschaffen van de instrumenten voor het beoordelen en benaderen van deze klachten. Daarom hebben we ons beperkt tot een selectie van de beschikbare literatuur. In het bijzonder voor wat betreft de buitenlandse literatuur, kan dit overzicht niet als uitputtend worden beschouwd.

4.1.1 *Bevindingen vragenlijstonderzoek*

Zoals vermeld zijn de voorlopige resultaten van het vragenlijstonderzoek gebruikt om de focus van de literatuurstudie te bepalen. Uit deze resultaten komen onder meer de volgende opvallende punten naar voren:

- Artsen hebben, wanneer zij klachten moeilijk objectiveerbaar vinden, vooral moeite met het beoordelen van de ernst van klachten (en in mindere mate met de oorzaak of de echtheid van klachten).
- Artsen hebben met name moeite met het beoordelen van pijnklachten en energetische klachten. Deze typen klachten komen vaak voor in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk en zijn relatief vaak moeilijk te objectiveren.
- Een aanzienlijk deel van de artsen heeft behoefte aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden m.b.t. MOK. Veelgenoemde voorbeelden van aanvullende instrumenten/kennis/vaardigheden waar bedrijfsartsen behoefte aan hebben betreffen coachings- en gespreksvaardigheden, bij verzekeringsartsen gaat het om (beoordelings-) richtlijnen voor MOK.

4.1.2 Focus literatuurstudie

Op basis van bovenstaande resultaten en advies van de begeleidingscommissie is besloten om te focussen op de problemen van chronische vermoeidheid en pijn, aangezien deze twee soorten klachten relatief vaak voorkomen en vaak als moeilijk objectiveerbaar worden beschouwd.

Bij de ‘instrumenten’ op dit vlak zullen we zowel aandacht besteden aan de diagnose als aan de behandeling⁴ van de klachten. We zullen hierbij ook speciale aandacht besteden aan de coping van de cliënt, dat wil zeggen, de wijze waarop deze met de klachten omgaat.

De vraag waar we met behulp van dit literatuuronderzoek zicht op willen krijgen is: *Welke instrumenten zijn er ter ondersteuning voor de diagnose/ behandeling/ begeleiding van moeilijk objectiveerbare pijn- en vermoeidheidsklachten, die bruikbaar zijn voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk?*

4.1.3 Nationale context

Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening te worden gehouden met de nationale context van een land. Verondersteld kan worden dat er andere problemen spelen bij Nederlandse bedrijfs- en verzekeringsartsen in vergelijking met het buitenland, gerelateerd aan de wet- en regelgeving met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Vanwege de het sociale zekerheidsstelsel heeft de problematiek van MOK in Nederland meer (financiële) implicaties.

4.2 Methode

4.2.1 Opstellen en aanscherpen zoekcriteria

In eerste instantie is op basis o.a. ‘handleiding voor bedrijfsartsen en andere arboprofessionals, zoekstrategieën voor internationale literatuur over moeilijk objectieveerbare aandoeningen’ (Varekamp, Hulshof & van Vliet, 2005) een aantal zoektermen opgesteld op het gebied van klachten (vermoeidheid en pijn), hulpmiddelen, begeleiding, coping en een werkgerelateerde categorie. Deze termen werden zo mogelijk zowel in het Nederlands als in het Engels geformuleerd en werden als zoektermen gebruikt in Ebscohost, Academic Search Elite, vanaf 1995. Ook is via google (scholar) gezocht.

De termen waarop in eerste instantie werd gezocht is, zijn:

Hulpmiddelen

- instrument, protocol, checklist, vragenlijst/questionnaire, richtlijn/guideline, survey, self-monitoring, self-assessment, test, leidraad, handvat, handreiking, inventarisatie/inventorisation.

Begeleiding

- therapie/therapy, oefening/exercise, behandeling/treatment, educatie/education, training, rehabilitatie/rehabilitation, oplossing/solution, begeleiding/guidance, interventie/intervention, techniek/technique, management, coaching.

Klachten/aandoeningen

- vage klachten/vague complaints, medically unexplained symptoms, somatisation

⁴ Bij behandeling zijn artikelen over medicatie buiten beschouwing gelaten.

- chronische pijn/chronic pain, fibromyalgie/fibromyalgia, irritable bowel syndrome.
- CVS/CFS, myalgic encephalomyelitis, (chronische) vermoeidheid/(chronic) fatigue, energetische klachten/energetic complaints, gebrek aan energie/lack of energy, psychische vermoeidheid/mental fatigue.

Coping

- Coping, coping ability, cognitive and restructuring.

De verschillende termen met betrekking tot hulpmiddel, begeleiding en coping werden in combinatie met de klachtentermen onderzocht. Medicijnonderzoek werd buiten beschouwing gelaten.

Op basis van het aantal en de aard van de treffers (hits) zijn de zoektermen verder aangescherpt. Om het aantal hits verder te verkleinen is daarnaast gekozen voor het opnemen van een *werkgerelateerde component*. Hiervoor is gekozen vanwege de relevantie voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. De zoektermen die werden toegevoegd waren:

- Job, employment, reintegration, return to work, absenteeism, sickness absence, sick leave, work disability.

In totaal is met verschillende combinaties van zoektermen een zoekopdracht uitgevoerd, waarvan de precieze zoektermen in de Tabel 4.1 staan weergegeven.

Tabel 4.1 Zoektermen (klacht/aandoening-, werk-, instrument- en therapie-synoniemen) voor vermoeidheidsklachten en pijnklachten.

Klacht/aandoening-synoniem	Werk-synoniem	Instrument-synoniem	Therapie-synoniem
<ul style="list-style-type: none"> • CFS • myalgic encephalomyelitis • chronic fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> • job • employment • reintegration • "return to work" • absenteeism • "sickness absence" or • "sick leave" or • "work disability" • vocational • occupational 	<ul style="list-style-type: none"> • instrument • protocol • checklist • questionnaire • guideline • survey • self-monitoring • self-assessment 	<ul style="list-style-type: none"> • therapy • treatment • exercise • education • training • rehabilitation • solution • guidance • intervention • technique • management • coaching
<ul style="list-style-type: none"> • chronic pain • fibromyalgia • irritable bowel syndrome 			
<ul style="list-style-type: none"> • vague complaints • medically unexplained symptoms • somatisation 			

Uit de gevonden hits werd op grond van de volgende criteria een selectie gemaakt:

- Op werkende populatie van toepassing.
- Engelstalig/Nederlandstalig instrument; Engelstalig/Nederlandstalig/Duitstalig behandelingsbeschrijving.
- Geen betrekking op effectiviteit van medische behandeling (medicatie).
- Geen betrekking op objectiveerbare vermoeidheid (met duidelijk medische verklaring).
- Goed toepasbaar in de bedrijfs en verzekeringsgeneeskundige praktijk.

Wanneer het artikel een protocol of review/overzicht betrof, was dat een pré. Uiteindelijk zijn een veertigtal instrumenten/artikelen geselecteerd. Deze staan weergegeven in tabel 4.2 (vermoeidheid) en 4.3 (pijn).

4.3 Resultaten

4.3.1 Vermoeidheid

Nederlandse protocollen en literatuur die (mogelijk) relevant zijn voor vermoeidheid betreffen onder meer:

- Richtlijn Psychische klachten (NVAB).
- Werkwijzer Aanpak Problematisch Verzuim (STECR).
- Werkwijzer Somatisatie (STECR).
- Handboek arbeid en belastbaarheid: CVS (Willems, Croon & Koten).
- Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie (Speckens, Spinhoven, van Rood). In 'Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg: (Keijsers, van Minnen, Hoogduin).
- Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen (Commissie Werkend Perspectief).
- Handboek somatisatie (van der Feltz-Cornelis, van der Horst).
- Rapport Chronic fatigue syndrome, Gezondheidsraad.

De meeste overige informatie met betrekking tot vermoeidheid is in de Engelstalige literatuur te vinden. Met name over cognitieve gedragstherapie (CBT) als interventie bij chronische en moeilijk te verklaren klachten is veel literatuur te vinden. Voor de begeleiding en diagnose van vermoeidheidsklachten zijn enkele (Engelstalige) protocollen te vinden. Op basis van titels en abstracts hebben we de literatuur gescheiden in 'mogelijk relevant' en 'niet relevant'. De mogelijke relevante literatuur staat weergegeven in Tabel 4.2. Samenvattingen van de belangrijkste artikelen uit onderstaande tabel zijn te vinden in Bijlage 3.

Tabel 4.2 Selectie titels van buitenlandse artikelen, relevant voor begeleidings-/beoordelingsprotocollen voor chronische vermoeidheid.

beoordeling
1. Perspectives on CFS and impairment: Proposed guidelines for disability determination. Uslan, Donald; Journal of Chronic Fatigue Syndrome, Vol 3(4), 1997. pp. 75-85.
2. Diagnosing chronic fatigue syndrome: comparison of a protocol and computerised questionnaires. By Prins JB, Neth J Med, 2003 Apr; Vol. 61 (4), pp. 120-6.
beoordeling én begeleiding
3. Chronic fatigue syndrome. A practical guide to assessment and management. By Sharpe M, Gen Hosp Psychiatry, 1997 May; Vol. 19 (3), pp. 185-99.
4. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. Carruthers, B.M.; Jain, A.K., de Meirleir, K. .L. Journal of Chronic Fatigue Syndrome, Vol 11(1), 2003. pp. 7-115.
5. ME/CFS Guidelines. Management guidelines for general practitioners. Guidelines for the diagnosis and management of ME/CFS in the community or primary care setting. Government of South

Australia, University of Adelaide, Adelaide Western division of General Practice, ME/CFS Society (S.A.) inc. 2004, Adelaide.

6. Jason, L.A., Fennell, P.A., Taylor, R.R. (2003). Handbook of chronic Fatigue Syndrome, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

7. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment. Friedberg, Fred; Jason, Leonard A.; Journal of Clinical Psychology, Vol 57(4), Apr 2001. pp. 433-455.

begeleiding

8. An eight-session coping skills treatment program for CFS groups. Friedberg, Fred; Jason, Leonard A.; In: Understanding chronic fatigue syndrome: An empirical guide to assessment and treatment. Friedberg, Fred; Jason, Leonard A.; Washington, DC, US: American Psychological Association, 1998. pp. 187-194.

9. Evaluation of a multidisciplinary inpatient rehabilitation programme for adolescents with chronic fatigue syndrome. Denborough, Paul; Kinsella, Simon; Stevens, John; Australasian Psychiatry, Vol 11(3), Sep 2003. pp. 319-324.

10. Cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital-- feasible and effective. Akagi, H. (2001). Gen Hosp Psychiatry; Vol. 23 (5), pp. 254-60.

11. In-patient treatment of chronic fatigue syndrome. Chalder, Trudie; Butler, Sue; Wessely, Simon; Behavioural & Cognitive Psychotherapy, Vol 24(4), 1996. pp. 351-365.

12. Does graded activity increase activity? A case study of chronic fatigue syndrome. Friedberg, Fred; Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, Vol 33(3-4), Sep-Dec 2002. pp. 203-215.

13. A national assessment of the service, support, and housing preferences by persons with chronic fatigue syndrome. Toward a comprehensive rehabilitation program. (eng; includes abstract) By Jason LA, Eval Health Prof, 1996 Jun; Vol. 19 (2), pp. 194-207; PMID: 10186910

14. Rehabilitation counseling. Uslan, Donald; In: Handbook of chronic fatigue syndrome. Jason, Leonard A.; Fennell, Patricia A.; New York, NY, US: John Wiley & Sons, Inc, 2003. pp. 654-690.

15. An evaluation of multidisciplinary intervention for chronic fatigue syndrome with long-term follow-up, and a comparison with untreated controls. (eng; includes abstract) By Marlin RG, Am J Med, 1998 Sep 28; Vol. 105 (3A), pp. 110S-114S.

16. Chronic fatigue syndrome: Successful outcome of an intensive inpatient programme. Lim, A.; Lubitz, L.; Journal of Paediatrics & Child Health, Vol 38(3), Jun 2002. pp. 295-299.

17. Chronic fatigue syndrome: A cognitive approach. Surawy, Christina; Hackmann, Ann; Hawton, Keith; Behaviour Research & Therapy, Vol 33(5), Jun 1995. pp. 535-544.

18. Short-term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome. (eng; includes abstract) By Söderberg S, Psychother Psychosom, 2001 Mar-Apr; Vol. 70 (2), pp. 108-11.

19. A Qualitative Analysis of the Failure of CBT for Chronic Fatigue Conducted by General Practitioners. Bazelmans, Ellen; Huibers, Marcus J. H.; Bleijenbergh, Gijs; Behavioural & Cognitive Psychotherapy, Vol 33(2), Apr 2005. pp. 225-235.

20. Cognitieve gedragstherapie bij relatief actieve en bij passieve CVS-patiënten. Cognitive behavior therapy for active and for passive CFS patients. Bazelmans, Ellen; Prins, Judith; Bleijenberg, Gijs; Gedragstherapie, Vol 35(2), Jun 2002. pp. 191-204.
21. Chronic Fatigue Syndrome: A Review. Afari, Niloofar, Buchwald, Dedra. American Journal of Psychiatry; Feb2003, Vol. 160 Issue 2, p221, 16p.
22. Motivational interviewing: a review, Eileen Britt, Neville M. Blampied, Stephen M. Hudson (2003). Australian Psychologist, Volume 38, Number 3/November 2003, pp. 93 – 201.
23. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Edmonds M, McGuire H, Price J. Cochrane Database Syst Rev. 2004(3):CD003200. Review.
24. Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome. Price JR, Couper J. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001027. Review.
25. Defining and managing chronic fatigue syndrome. Mulrow C D, Ramirez G, Cornell J E, Allsup K. 2001. 199. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
26. The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children. Bagnall A M, Whiting P, Wright K, Sowden A. 2002. 118. York: University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination.

4.3.2 Pijn

Nederlandse protocollen en literatuur die (mogelijk) relevant zijn voor pijn betreffen onder meer:

- Richtlijn Lage Rugklachten (NVAB).
- Richtlijn Klachten aan arm, schouder of nek (NVAB).
- Werkwijzer Aanpak Problematisch Verzuim (STECR).
- Werkwijzer Somatisatie (STECR).
- Handboek arbeid en belastbaarheid (Willems, Croon & Koten).
- Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie (Speckens, Spinhoven, van Rood). In 'Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg: (Keijsers, van Minnen, Hoogduin).
- DSA Laboretum lemma lage rugpijn.
- DSA Laboretum lemma Reumatoïde artritis.

Een aantal van de gevonden buitenlandse artikelen die na een grove bestudering relevant lijken te zijn, staan weergegeven in Tabel 4.3. Samenvattingen van de belangrijkste artikelen uit onderstaande tabel staan in Bijlage 4. Een veelgenoemde effectieve behandeling is CBT.

Tabel 4.3 Selectie titels van buitenlandse artikelen, relevant voor begeleidings-/beoordelingsprotocollen voor pijn.

beoordeling én begeleiding
1. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment. Friedburg, Fred; Jason, Leonard A.; Journal of Clinical Psychology, Vol 57(4), Apr 2001. pp. 433-455.
begeleiding
2. The development of a pre-treatment booklet to increase adherence to multidisciplinary pain management program. Borgen, Elaine Zantos; Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, Vol 61(5-B), Dec 2000. pp. 2747.
3. Effects of a multiprofessional rehabilitation programme for patients with fibromyalgia syndrome. (eng; includes abstract) By Gustafsson M., J Rehabil Med, 2002 May; Vol. 34 (3), pp. 119-27.
4. Management of the irritable bowel syndrome. (eng; includes abstract) By Camilleri M, Gastroenterology, 2001 Feb; Vol. 120 (3), pp. 652-68.
5. [Efficiency of multidisciplinary treatment of chronic pain with locomotor disability] Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. (spa; includes abstract) By Collado Cruz A, Med Clin (Barc), 2001 Oct 13; Vol. 117 (11), pp. 401-5.
6. Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: outcome study. (eng; includes abstract) By Cole JD, J Occup Health Psychol, 1998 Jul; Vol. 3 (3), pp. 217-26.
7. A home-based pain management and rehabilitation programme: An evaluation. Corey, David T.; Ettin, David; Miller, Philip C.; Pain, Vol 29(2), May 1987. pp. 219-229.
8. Feasibility of a Cognitive Restructuring Intervention for Treatment of Chronic Pain in Persons With Disabilities. Ehde, Dawn M.; Jensen, Mark P.; Rehabilitation Psychology, Vol 49(3), Aug 2004. pp. 254-258.
9. Irritable bowel syndrome: an update on therapeutic modalities. By Farhadi A, Expert Opin Investig Drugs, 2001 Jul; Vol. 10 (7), pp. 1211-22.
10. [Cognitive restructuring in chronic pain. Help your patients understand their pain in a new light. Pain Therapy Series, 3: Active pain coping works] Kognitive Umstrukturierung bei chronischen Schmerzen. Helfen Sie Ihrem Patienten, seine Schmerzen in neuem Licht zu sehen. Serie Schmerztherapie, Folge 3: Aktive Schmerzbewältigung verbessert prognose. (ger) By Friebe H, Fortschr Med, 1999 Feb 20; Vol. 117 (5), pp. 53.
11. Encountering the continuing challenges for women with chronic pain: recovery through recognition. (eng; includes abstract) By Werner A, Qual Health Res, 2003 Apr; Vol. 13 (4), pp. 491-509.
12. Motivational interviewing: a review, Eileen Britt, Neville M. Blampied, Stephen M. Hudson (2003). Australian Psychologist, Volume 38, Number 3/November 2003, pp. 93 – 201.
13. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. (Cochrane Review). Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

14. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, Hewett JE, Johnson JC. *Ann Behav Med.* 1999 Spring;21(2):180-91.
15. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003 Aug;17(4): 667-83. Review.
16. Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia. A systematic review. Hadhazy VA, Ezzo J, Creamer P, Berman BM. *J Rheumatol.* 2000 Dec;27(12): 2911-8. Review.
17. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. (Cochrane Review). Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
18. Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. Sim J, Adams N. *Clin J Pain.* 2002 Sep-Oct;18(5): 324-36. Review.
19. Management of fibromyalgia syndrome. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. *JAMA* 2004;292 (19):2388-2395.

4.4 Conclusie en discussie

Onze literatuurscan laat verschillende Nederlandse protocollen zien die artsen kunnen ondersteunen bij de beoordeling en begeleiding bij chronische vermoeidheidsklachten en pijnklachten. Voor de begeleiding en diagnose van vermoeidheidsklachten zijn ook enkele (Engelstalige) protocollen te vinden. Voor pijnklachten vinden we nauwelijks relevante protocollen. Voor wat betreft de behandeling van chronische vermoeidheidsklachten en pijnklachten, is veel literatuur te vinden met betrekking tot cognitieve gedragstherapie. Deze vorm van therapie komt uit de gevonden literatuur over het algemeen naar voren als een effectieve (aanvullende) behandeling voor zowel pijn als vermoeidheid. Daarnaast komen uit de literatuur een aantal andere veelbelovende behandelingen voor pijn en vermoeidheid naar voren, zoals 'motivational interviewing' en een 'body awareness program'.

Uit onze literatuurscan komt naar voren dat er een zeer veel buitenlandse literatuur bestaat met betrekking tot pijn en vermoeidheid, en dan met name op het gebied van protocollen voor chronische vermoeidheid. Met het oog op verdere professionalisering van artsen op dit gebied, is het dus erg belangrijk dat er ook van internationale literatuur kennis genomen blijft worden.

Het is opvallend dat weinig protocollen of instrumenten werkelijk een vertaalslag lijken te maken naar reïntegratie of de beoordeling van arbeidsmogelijkheden (die ook toepasbaar is in de Nederlandse situatie). Hoewel veel literatuur aandacht besteedt aan diagnose en definities van aandoeningen, lijkt een eenduidig overzicht van de diagnostiek en aanbevolen interventies per klacht of functioneel syndroom te ontbreken.

Aangezien er een zeer grote hoeveelheid literatuur over vermoeidheid en pijn bestaat, heeft dit onderzoek helaas geen uitputtend overzicht kunnen verschaffen van de instrumenten voor het beoordelen en benaderen van deze klachten. Hiermee dient rekening te worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten: er bestaat een gerede kans dat er meer protocollen beschikbaar zijn dan wij hebben kunnen vinden.

In het bijzonder dient er rekening te worden gehouden met het feit dat we uiteindelijk ook op aandoeningen (CVS/ME, fibromyalgie, irritable bowel syndrome) hebben gefocust, en niet alleen op klachten (chronic fatigue, chronic pain).

In aanvulling op de instrumenten zoals die in onze literatuurscan naar voren kwamen, dient te worden opgemerkt dat de Gezondheidsraad in juli 2005 een advies heeft uitgebracht met betrekking tot de “3 B’s”:'Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'. Hierin wordt geadviseerd op korte termijn specifieke protocollen/richtlijnen te ontwikkelen voor een tiental aandoeningen (o.a. chronische vermoeidheid, whiplash en depressie). Deze protocollen dienen ontwikkeld te worden in een multidisciplinaire setting (zie www.gezondheidsraad.nl).

In hoeverre zijn er voldoende hulpmiddelen voor de beoordeling van zowel chronische pijn- als vermoeidheidsklachten? Deze vraag is aan de orde gesteld in een discussiemiddag (zie Hoofdstuk 5). Hierbij zijn uitkomsten van deze literatuurstudie en het empirische onderzoek (zie Hoofdstuk 3) als input gebruikt. Tijdens deze discussiemiddag is besproken of de bestaande instrumenten als afdoende worden ervaren, of er andere instrumenten moeten worden ontwikkeld en onder welke randvoorwaarden dit zou kunnen plaatsvinden.

4.5 Literatuurlijst (aanvullend op Tabel 4.2 en 4.3)

Gezondheidsraad, 2005. Chronic fatigue syndrome. Den Haag: RGO. Publicatienummer 2005/O2E.

Speckens, A.E.M., Spinhoven, P. & van Rood, Y.R. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (Eds.). Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I (2 e herziene druk). Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, pp. 183-218.

Van der Feltz, C., & van der Horst, H. (2002). Handboek somatisatie: Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn. Utrecht: De Tijdstroom.

Varekamp, I, Hulshof, C.T.J., Vliet, van, C. (2005). Zoekstrategieën voor de internationale literatuur over moeilijk objectieveerbare aandoeningen. Handleiding voor bedrijfsartsen en andere arboprofessionals. Eindrapport, NVAB.

Willems J.H.B.M., Croon N.H.Th., Korten J.W., red. (vanaf 1996). Handboek Arbeid en belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.

4.6 Relevante sites

Een aantal sites die met betrekking tot het literatuuronderzoek interessant zijn, staan hieronder weergegeven.

www.meassociation.org.uk/news.htm
www.steungroep.nl
www.gezondheidsraad.nl
www.stecr.nl
nvab.artsennet.nl
www.werkendperspectief.nl
www.laboretum.nl

5 Discussiegroepen

5.1 Opzet discussiegroepen

De resultaten van het vragenlijstonderzoek en literatuuronderzoek zijn ingebracht in verschillende discussiegroepen. De discussiegroepen bestonden uit professionals, beleidsmakers, onderzoekers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Het doel van deze discussiegroepen was na te denken over de randvoorwaarden waaronder beleid of hulpmiddelen zouden kunnen worden ontwikkeld of geïmplementeerd om de problematiek van moeilijk objectieveerbare klachten te verminderen.

Er zijn in totaal 3 discussiegroepen gecreëerd:

- Groep 1: Verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief.
- Groep 2: Bedrijfsgeneeskundig, wetenschappelijk en beleidsperspectief.
- Groep 3: Cliëntperspectief.

Ook leden van de begeleidingscommissie hebben plaats genomen in de discussiegroepen. De deelnemers van elke discussiegroep staan in Tabel 5.1 vermeld.

Tabel 5.1 Overzicht deelnemers discussiegroepen.

Groep 1	Verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief	Organisatie
1	Jessika Pietersen	UWV
2	Jan Hein Wijers	NVVG (lid begeleidingscommissie)
3	Wout de Boer	TNO
4	Linda van Noorda	UWV
5	Rolf Foekens	UWV
6	Peter Teunissen.	UWV
7	Corinne Pijnenburg	Ministerie SZW
8	Veerle Brenninkmeijer	TNO (projectleider onderzoek)
9	Jenny Huijs	TNO (notulist)
10	Pim Piek	TNO (discussieleider)

Groep 2	Bedrijfsgeneeskundig, wetenschappelijk en beleidsperspectief	Organisatie
1	Rob Hoedeman	BOA (lid begeleidingscommissie)
2	Eric van der Beek	Achmea
3	Astrid te Koppele	GGZ
4	Ria Borra	RIAGG Rijnmond
5	Gerard Frijstijn	AMC
6	Jac van der Klink	NSPOH (lid begeleidingscommissie)
7	Laura van Rossum	Ministerie SZW
8	Arno Akkermans	VU
9	David Bruinvels	VU medisch centrum
10	Suzanne Lagerveld	TNO (projectlid onderzoek & notulist)
11	Jan Harmen Kwantes	TNO (discussieleider)

Groep 3	Cliëntperspectief	Organisatie
1	Ynske Jansen	Steungroep ME en arbeidsongeschiktheid
2	Janny Lagendijk	CG Raad
3	Ina Brand	NFK (lid begeleidingscommissie)
4	Petra Hendrickx	Whiplash stichting
5	Lydia van Es	Whiplash stichting
6	Cees Smit	ZonMw werkgroep Chronische Zieken
7	Dhr Boelhouwer	FES, voorzitter
8	Roland Blonk	TNO (projectlid onderzoek)
9	Heleen Paagman	TNO (notulist)
10	George Dekker	TNO (discussieleider)

De discussiegroepen kregen voorafgaand aan de discussiebijeenkomst een aantal voorlopige resultaten toegestuurd, met daarbij de vraag welke onderwerpen in de discussiegroepen aan de orde zouden moeten komen. Op grond van de onderwerpen die zij instuurden, is een uiteindelijke keuze gemaakt voor de focus van de discussiegroepen. De volgende vragen stonden centraal:

1. Dient er, gezien het relatief hoge voorkomen van MOK, aanvullend beleid te worden ontwikkeld voor MOK? En zo ja, wat voor beleid?
2. Dient er een specifiek protocol/richtlijn voor MOK vermoedheidsklachten en/of pijnklachten ontwikkeld te worden? Zo ja, wat voor protocol/richtlijn?
3. Wie zou aanvullend beleid/protocollen/richtlijnen moeten ontwikkelen: UWV, arbodiensten, landelijke overheid?
4. Onder welke randvoorwaarden zou dergelijk beleid/protocol/richtlijn ontwikkeld kunnen worden?

Alle groepen hebben afzonderlijk gediscussieerd. In de eerste ronde van de discussiemiddag ging het met name om vraag 1 en 2 (zie hierboven). Vervolgens heeft de discussieleider de visies/discussie van elke groep plenair teruggekoppeld. Hierna heeft een tweede discussieronde plaatsgevonden, waarin vraag 3 en 4 (zie hierboven) centraal stonden en waarin de groep discussieerde n.a.v. de plenair teruggekoppelde informatie. Ook in de tweede ronde discussieerde elke groep afzonderlijk, waarna de uitkomsten plenair werden gepresenteerd door de discussieleider.

5.2 Uitkomsten discussie vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief

5.2.1 *Beleid vanuit overheid*

Er wordt aangegeven dat de overheid kennis zou moeten nemen van de omvang en complexiteit van de problematiek van MOK. Voor het creëren van de juiste randvoorwaarden om de problematiek te verminderen (zie hieronder), zou extra geld en faciliterend beleid beschikbaar moeten komen.

Tevens wordt aangegeven dat de overheid een rol zou kunnen spelen in de voorlichting voor cliënten. Het blijkt dat cliënten vaak onvoldoende op de hoogte zijn van het doel en de inhoud van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Cliënten menen vaak dat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid alleen betrekking heeft op lichamelijke klachten, terwijl het ook psychosociale factoren in de beoordeling betrokken worden. De overheid zou cliënten er derhalve bewust van moeten maken dat het gaat om een integraal beeld van de klachten van de cliënt, volgens een multifactorieel/biopsychosociaal model.

Voor wat betreft het wettelijk beleid van de overheid wordt aanvankelijk aangegeven dat aanpassingen niet noodzakelijk zijn om de problematiek van MOK te verminderen. Het gaat met name om aanpassingen in de uitvoering van het wettelijk beleid.

5.2.2 *Protocol professioneel handelen*

De discussiegroep is van mening dat er nu vooral problemen zijn met het in kaart brengen van de beperkingen als gevolg van moeilijk objectiveerbare klachten. Hiervoor zou een algemeen (geen diagnose-specifiek) protocol voor professioneel handelen moeten worden gemaakt. Het zou hierbij niet om een uitgebreid protocol gaan, maar een zeer kort protocol of een checklist, van een 1-2 A4-tjes. Dit protocol zou bij voorkeur via een bottom-up benadering opgesteld moeten worden, met als basis de uitkomsten uit intercollegiaal overleg of intercollegiale toetsing. Door deze benadering wordt ook de kennisdeling met betrekking tot MOK bevorderd.

Het protocol zou betrekking moeten hebben op een multifactoriële benadering (biopsychosociaal model), waarbij men ook subjectieve zaken breed uitvraagt en documenteert. Een gedegen beschrijving van psychosociale aspecten kan harde aanwijzingen bieden voor de inschatting van de beperkingen en arbeidsmogelijkheden van een cliënt, in sommige gevallen zelfs hardere aanwijzingen dan de uitkomst van een lichamelijke test. Een dergelijke beschrijving zou voorts de transparantie van de besluitvorming ten goede komen. Dit biedt duidelijkheid voor cliënten.

Het protocol zou in het bijzonder aandacht moeten besteden aan de wijze waarop men een psychische anamnese uitvraagt en waarop men coping uitvraagt. Hierbij wordt ook het belang van 'doorluisteren' genoemd: luisteren naar hoe een cliënt iets vertelt, wat hij/zij wel en juist niet vertelt en hierop (kritisch) doorvragen. Dit bevordert ook dat een cliënt zich serieus genomen voelt. Een belangrijk onderwerp dat bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid aan de orde zou moeten komen, is de angst van de cliënt om terug te vallen. Deze angst lijkt een belangrijke factor te zijn die herstel/reïntegratie kan belemmeren.

In het protocol zou ook de inzet van instrumenten aan de orde moeten komen. In geval van MOK zou er standaard een psychologische of psychiatrische analyse moeten komen, waarbij een instrument als de 4DKL zeer bruikbaar is.

5.2.3 *Sluitende aanpak cliënt*

De verzekeringsartsen geven aan dat zij vaak de behoefte voelen om het herstel of reïntegratie van een cliënt te kunnen bevorderen. Men wil, als laatste schakel in een traject van ziekte en arbeidsongeschiktheid, de cliënt 'iets kunnen bieden'. Na de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling krijgen cliënten namelijk vaak onvoldoende zorg aangeboden om herstel of reïntegratie te bevorderen, zo is de ervaring. Verzekeringsartsen pleiten daarom voor een 'sluitende aanpak', waarbij ze erop kunnen vertrouwen dat een cliënt, ook na de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, adequate zorg krijgt aangeboden. Een andere optie zou zijn dat verzekeringsartsen zelf meer mogelijkheden krijgen om reïntegratie-instrumenten (bijvoorbeeld Winnock, revalidatiecentra) aan te bieden, zoals dat in het verleden het geval was. Bij nader inzien zou voor dit aspect toch landelijk beleid nodig zijn.

5.2.4 *Invloed rolopvatting arts*

De discussianten geven aan dat verzekeringsartsen kunnen verschillen in hun rolopvattingen en dat deze rolopvattingen gevolgen kunnen hebben voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Rolopvattingen van artsen kunnen onder meer betrekking hebben op aspecten van beoordeling, begeleiding en advisering. Geopperd wordt dat er

aanvullend onderzoek nodig is naar de invloed van rolopvattingen op de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

5.2.5 *Cliëntenparticipatie*

De discussiegroep is het erover eens dat cliënten betrokken moeten worden bij het opstellen van een protocol. Het zou hierbij gaan om een klankbordfunctie. De discussianten geven echter aan dat er nog wel wat haken en ogen zitten aan de verschillende wijzen waarop men cliënten zou kunnen betrekken bij de ontwikkeling van protocollen. Het is belangrijk dat (vertegenwoordigers van) cliënten die deel uitmaken van de klankbordgroep met voldoende distantie over het onderwerp kunnen meepraten. Daarnaast is het belangrijk te waarborgen dat ook andere partijen, waaronder de professionals, voldoende inbreng hebben. Een zorgvuldige reflectie op de wijze waarop men cliënten het best zou kunnen betrekken is derhalve van groot belang. Ook de werkgever en andere betrokkenen moeten een klankbordfunctie krijgen.

5.2.6 *Aanlevering informatie bedrijfsarts*

Een belangrijke randvoorwaarde bij het verminderen van de problematiek van MOK betreft de informatie die de verzekeringsarts van de bedrijfsarts krijgt. Het is noodzakelijk dat er een goed reïntegratieplan ligt, en m.n. een gedegen analyse van de stagnatie die is opgetreden (geen herstel/terugkeer naar werk). Het gaat hierbij om een multifactoriële analyse van in stand houdende factoren, die tijdig wordt gemaakt (niet pas aan het eind van het traject). Als er sprake is van MOK, dient dat duidelijk te zijn aangegeven. Daarnaast zou het zeer informatief zijn om de 4DKL standaard op te nemen.

Er wordt opgemerkt dat ook het UWV een rol zou moeten spelen in het vergroten van de kwaliteit van de reïntegratieverslagen. Een goed reïntegratieverslag bevat namelijk al veel van bovenstaande zaken. Het UWV zou reïntegratieverslagen die niet aan de kwaliteitsnormen voldoen, vaker terug moeten sturen naar de bedrijfsarts, om zo de kwaliteit van de informatie te vergroten.

5.2.7 *Afstemming behandeling(en) en reïntegratie*

Uit de discussie komt ook naar voren dat de behandelend sector nauwer betrokken zou moeten zijn bij de reïntegratie van een cliënt. Ook de verschillende behandelaars uit de curatieve sector zouden meer onderling contact moeten hebben. Op deze wijze kan er een eenduidig, afgestemd beleid voor de cliënt worden gecreëerd. Er wordt geopperd dat er wellicht een casemanager zou moeten komen die zorg draagt voor de afstemming van de behandeling(en) en reïntegratie van een cliënt.

5.2.8 *Tijd voor consult*

Hoewel de discussianten verschillen in hun mening over de hoeveelheid tijd die benodigd is voor het beoordelen van een cliënt met MOK, geven ze aan dat er in veel gevallen meer tijd voor nodig is dan het uur dat er nu voor staat. Niet alleen vergt de beoordeling en de uitwerking van de beoordeling meer tijd in het geval van MOK, ook het napraten met de cliënt en eventuele andere aanwezigen (zoals partner) kost extra tijd. Daarnaast is men veel tijd kwijt aan reïntegratie-activiteiten. Om de kwaliteit van de beoordeling van MOK-cliënten te verhogen, zou de overheid voor meer tijd (en geld) moeten zorgen. Ook ten aanzien van dit aspect zouden dus aanpassingen van het landelijke beleid nodig kunnen zijn.

5.2.9 *Omgaan met klachten over verzekeringsarts*

Er wordt naar voren gebracht dat artsen, om klachten vanuit cliënten te voorkomen, soms geneigd zijn beperkingen/arbeidsmogelijkheden als ernstiger te beoordelen dan

zij in feite zijn. Dit zou m.n. bij MOK een probleem vormen, omdat de arts zich in dat geval minder zeker voelt over het eigen oordeel.

Het is daarom belangrijk dat de angst voor klachten vanuit cliënten vermindert, zowel bij de artsen als bij het management. Men zou een ingediende klacht niet zozeer als een probleem moeten beschouwen, maar als een mogelijkheid om te leren. Artsen kunnen leren van klachten die tegen hen ingediend worden, het kan hen stimuleren nog eens kritisch te kijken naar de eigen beoordeling.

Er wordt ook opgemerkt dat een ingediende klacht soms juist betekent dat er geprobeerd is zaken in beweging te krijgen. De arts heeft bijvoorbeeld getracht de cliënt bewust te maken van de psychosociale aspecten van zijn/haar problematiek en van mogelijke manieren waarop de cliënt aan zijn/haar reïntegratie zou kunnen werken. In dergelijke gevallen kan een klacht van een cliënt duiden op weerstand van de cliënt op pogingen om hem/haar in beweging te krijgen. Hier zouden zowel artsen als het management zich van bewust moeten zijn.

5.3 Uitkomsten discussie vanuit bedrijfsgeneeskundig, wetenschappelijk en beleidsperspectief

5.3.1 Ontwikkelen beleid voor MOK: richtlijn

In eerste instantie werd gesproken over de wenselijkheid van beleid in de vorm van een richtlijn. Hoewel bestaande richtlijnen met betrekking tot somatisatie, psychische klachten en lage rugklachten reeds voor houvast zorgen bij MOK, ziet men veel voordelen van een aparte ‘MOK’-richtlijn voor de bedrijfsgeneeskundige praktijk. Het ontwikkelen van een dergelijke richtlijn kan als een eerste stap worden gezien voor het ontwikkelen van beleid, omdat het de mogelijkheid biedt voor doorontwikkeling (bron van onderzoek) en het aanscherpen van zaken. Door middel van een richtlijn kan men ook komen tot een heldere definitie van MOK. Dit wordt van groot belang geacht om de afstemming tussen de verschillende professionals/ketenpartners te verbeteren.

Een MOK-richtlijn zou gevuld moeten worden met (wetenschappelijke/‘objectieve’) kennis. In dit kader moeten wel nog behoorlijk wat ‘witte vlekken’ worden ingevuld. Daarnaast is van groot belang dat een richtlijn gecombineerd wordt met training (zoals dat nu ook gebeurt voor somatisatie en psychische klachten), om aan te sluiten bij de behoefte van artsen aan vaardigheden (het je eigen maken van/handen en voeten geven aan de richtlijn). Het verplichtende karakter van een richtlijn zorgt dat mensen dergelijke trainingen ook echt volgen en draagt daarmee bij aan een verdere professionalisering van de beroepsgroep.

5.3.2 Doelen richtlijn

De deelnemers aan de discussie brengen verschillende doelen naar voren van een richtlijn met betrekking tot MOK. Er wordt aangegeven dat de richtlijn kan bijdragen aan een verdere objectivering van de klachten, aan een voorspoedige reïntegratie en klachtenherstel en aan een verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Een belangrijk voordeel van een richtlijn is ook dat het de mogelijkheid biedt tot het toetsen van nieuwe inzichten en zodoende het voortschrijdend inzicht ten goede komt.

5.3.3 Randvoorwaarden en vorm richtlijn

De deelnemers van de discussiegroep geven er de voorkeur aan dat de richtlijn in eerste instantie wordt ondergebracht in reeds bestaande richtlijnen (zoals de richtlijnen somatisatie, psychische klachten of lage rugklachten). Hierbij is het van belang dat de

verschillende soorten 'MOK' niet op één hoop worden gegooid, maar dat er aparte onderdelen bestaan voor de verschillende soorten klachten. Zo wordt het bijvoorbeeld als zinvol gezien om te onderscheiden tussen psychische klachten en lage rugklachten, ook al zijn de ingangen voor herstel/reïntegratie vaak overlappend.

Andere aandachtspunten bij het opstellen van een dergelijke richtlijn waren volgens deze groep:

- De richtlijn dient uit te gaan van een biopsychosociaal model.
- Er dient ruimte te zijn voor (culturele) diversiteit (verschillende groepen hebben mogelijk verschillende aanpakken nodig).
- Het moet een richtlijn zijn waarin de 3 'B'-s (behandeling, begeleiding, beoordeling) tot uiting komen.
- In navolging van bovenstaand punt moet de richtlijn multidisciplinair zijn.
- Inhoudelijk moet de focus liggen op herstelgedrag, in plaats van het beoordelen van de claim.
- Een procesgerichte benadering is van belang (in plaats van bijvoorbeeld alleen tijdscontingent). Niet de tijdsvakken van bijvoorbeeld de Wet Verbetering Poortwachter moeten leidend zijn in het proces, maar de mogelijkheden tot herstel en reïntegratie.
- De richtlijn moet bijvoorbeeld jaarlijks geactualiseerd worden.
- Ook de juridische invalshoek dient te worden meegenomen.

5.3.4 *Ontwikkelingswijze richtlijn*

Allereerst zullen de blinde vlekken in kaart moeten worden gebracht. Het Ministerie van SZW zou het initiatief tot de ontwikkeling moeten oppakken mogelijk in samenwerking met verzekeraars. Het inhoudelijk opstellen van de richtlijn zou moeten gebeuren in samenwerking met bureaus die momenteel reeds richtlijnen opstellen in dit vakgebied. Op dit moment wordt op advies van de Gezondheidsraad een tiental protocollen opgesteld voor verschillende diagnoses, waaronder ook MOK-gerelateerde zaken (zoals CVS). Het lijkt nog een financiële kwestie of deze 10 diagnoses nog worden uitgebreid en worden omgezet naar werkelijke richtlijnen waarin de 3 B's aan bod komen.

5.3.5 *Ontwikkelen beleid voor MOK: overig*

Voorts werd gesproken over andere soorten beleid, waarbij de kanttekening werd geplaatst dat er momenteel van overheidswege eigenlijk geen beleid is en daarom niet echt gesproken kan worden van aanvullend beleid. Er zou met name beleid moeten komen op het gebied van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling (zowel m.b.t. de publieke verzekeringen als m.b.t. de private verzekeringen). Vanuit het Ministerie van SZW is er geen beleid ten aanzien van MOK. De ervaring is dat het 'weggedefinieerd' wordt.

In het kader van het afstemmen van de '3 B's' (behandeling, begeleiding, beoordeling) wordt gepleit voor beleid dat focust op het herstelproces. Extra beleid zou op verschillende gebieden ontwikkeld moeten worden, zoals voor de curatieve sector, verzekeraars, werkgevers/werknemers en het UWV. Deze brede insteek wordt van belang geacht gezien privatiseringsbewegingen waarmee problemen verschoven worden naar bijvoorbeeld werkgevers. Voorts wordt de kanttekening geplaatst dat de huidige WAO-beoordeling te statisch is (de 2-jaarsgrens).

5.4 Uitkomsten discussie vanuit cliëntperspectief

5.4.1 Probleemstelling

Allereerst was er behoefte in de groep om de probleemstelling vanuit het cliëntperspectief te behandelen. Punten die uit de discussiegroep kwamen zijn:

- a) Hoe kan ik er zelf achterkomen wat mijn mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van werk zijn?
- b) Hoe kan ik bewijzen wat mijn mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van werk zijn?
- c) Als er mogelijkheden zijn, hoe krijg ik aangepast werk?
- d) Als er beperkingen zijn, hoe krijg ik een arbeidsongeschiktheidsuitkering?
- e) Hoe word ik, als patiënt/cliënt, serieus genomen in de medische maar ook in de gehele sociale setting?

5.4.2 Beleid

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen problemen op macroniveau versus microniveau (spreekkamerniveau). Hoewel men aangeeft dat het microniveau moeilijk te vertalen is naar macroniveau, dienen problemen op microniveau ook serieus genomen te worden op macroniveau. In de discussie van de Tweede Kamer zou het microniveau meer aandacht moeten krijgen. De patiëntverenigingen voelen zich op de verschillende niveaus vaak niet serieus genomen.

De groep geeft voorts aan dat er wel beleid is met betrekking tot moeilijk objectiveerbare klachten in relatie tot de WAO-beoordeling, maar dat er een groot verschil is tussen gedaan en gedacht beleid. Het beleid en de richtlijnen voor het objectiveren/aannemelijk maken van klachten, zijn bijvoorbeeld niet goed in de praktijk doorgedrongen. Als oorzaken hiervan noemen de discussianten politieke redenen en een gebrek aan professionaliteit van de BA en VA.

Niet alleen zou het beleid ten aanzien van MOK, zoals dat in Den Haag is geformuleerd, meer navolging moeten krijgen in de praktijk, ook zouden de cliëntraden meer betrokken moeten worden bij het beleid op uitvoeringsniveau. Het UWV zou de cliëntraden meer moeten betrekken bij gebieden als scholing, informatie en uitvoeringsbeleid.

Als laatste geeft de groep aan dat er door de veranderingen in de wetgeving omtrent arbeidsongeschiktheid nieuwe problemen en maatschappelijke onrust ontstaan. De patiëntenverenigingen hebben hierin een functie te vervullen, zowel naar patiënten toe als naar de politiek.

5.4.3 Interactie arts – patiënt/cliënt

De discussiegroep geeft aan dat er meer bescheidenheid moet zijn aan beide zijden in de arts - patiënt relatie. Hierdoor komt de persoon meer aan bod. Belangrijk hierbij vindt men dat de patiënt onbevooroordeeld en met respect wordt behandeld (ook in het proces van verzuimbegeleiding). Tevens is het van groot belang dat de arts goed luistert naar de cliënt, in de ruimste zin van het woord (aandacht voor hele persoon, ook bijvoorbeeld voor privé-omstandigheden). Daarnaast moet de VA een actieve houding aannemen om klachten te objectiveren (meer zaken uitzoeken).

5.4.4 Protocollen

De discussiegroep is het met elkaar eens dat er *geen algemeen MOK-protocol* hoeft te komen. Dit zou een stigmatiserend effect hebben. Daarnaast omvat MOK verschillen-

de klachten en aandoeningen die niet op één hoop kunnen worden gegooid. Een algemeen MOK-protocol zou het onderzoek naar specifieke aandoeningen/klachten en het gebruik van bestaande of nieuwe klacht-/aandoeningspecifieke kennis belemmeren. Ook zou het een remmend effect hebben op de individuele begeleiding en beoordeling.

De discussiegroep pleit wel voor protocollen voor specifieke aandoeningen. Ze sluit hierbij aan bij Minister de Geus, die opdracht heeft gegeven om *per ziektebeeld* een protocol te ontwikkelen. Dit zijn de zogenaamde 3B-protocollen: Beoordelen, Behandelen, Begeleiden. MOK-gerelateerde problematiek wordt hierin ook genoemd.

Er wordt genoemd dat protocollen in principe geen kwaad kunnen. Protocollen geven meer rechten. Daarbij zorgen protocollen voor minder willekeur. Het protocol 'standaard urenbeperking' wordt gezien als een heel belangrijk instrument bij reïntegratie. Maar hier zijn/worden veranderingen in aangebracht die niet ten goede komen aan de cliënt. Er is een grote behoefte in de discussiegroep om mee te praten met het UWV over dit onderwerp.

Er werd een onderscheid gemaakt tussen een practice-based en een evidence-based kijk op de MOK-problematiek. Er werd aangegeven dat practice-based belangrijk is omdat er bij deze problematiek een gebrek is aan evidence-based kennis. Er moet een koppeling komen tussen beide (CBO richtlijnen ontwikkelen). Practice-based moet onder meer uit de patiëntenorganisaties komen.

5.4.5 Scholing en informatievoorziening

De discussiegroep geeft aan dat patiënten en patiëntenorganisaties in de regel een actieve rol dienen te krijgen bij de bijscholing van VA en BA. Zij kunnen als ervaringsdeskundige een bijdrage leveren aan de bijscholing en de artsen stimuleren om vanuit het cliëntperspectief de klacht te bezien.

Ook wordt genoemd dat er al veel kennis is op het gebied van MOK. Ook zijn er wel degelijk een aantal testen voor bijvoorbeeld pijnintensiteit. Informatie/kennis over klachten (bijv. pijn) moet bij de juiste disciplines (VA - BA) aanwezig zijn. Daarnaast kwam uit de discussiegroep naar voren dat veel klachten samenhangen. Dit moet dan ook als een geheel worden benaderd, niet als geïsoleerde klachten. Meer aandacht voor samenhang tussen klachten is nodig bij de ontwikkeling van de informatie en instrumenten.

Verder zouden andere disciplines, zoals de huisarts of de specialist, de factor arbeid meer mee moeten nemen in hun onderzoek. Zij zouden ook uitspraken kunnen doen over belasting en belastbaarheid. Er dient een betere samenwerking tussen de disciplines te komen, waar kennis en informatie wordt uitgewisseld. Een betere communicatie tussen de verschillende disciplines en hulpverleners is vooral in het begintraject een punt van verbetering. De BA moet bijvoorbeeld meer rapporteren zodat de VA dat goed kan overnemen. Door ruis weg te nemen kan eventuele schade worden vermeden, zowel menselijke leed als financiële schade voor diverse partijen.

Tenslotte is het belangrijk dat er meer informatie aan cliënten wordt gegeven over klachten en patiëntorganisaties. Zo werd geopperd dat bijvoorbeeld de 'reisgids voor de zieke werknemer' bij de Arbo-dienst zou moeten liggen.

5.5 Conclusie en discussie

5.5.1 *Belang MOK en richtlijnontwikkeling*

Uit de discussies in de verschillende discussiegroepen komt de ernst van de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten (MOK) duidelijk naar voren. MOK wordt erkend als een belangrijk probleem in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. De discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief geeft hierbij aan dat de overheid kennis zou moeten nemen van de ernst en complexiteit van de problematiek. Alle discussiegroepen geven aan dat een protocol of richtlijn met betrekking tot MOK gewenst zou zijn. Een protocol of richtlijn zou bijdragen aan de professionalisering van artsen.

5.5.2 *Inhoud richtlijn*

Hoewel de discussiegroepen het eens zijn over de noodzaak van een protocol of richtlijn, verschillen zij in de focus die deze richtlijn zou moeten hebben: de discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief geeft aan een algemeen (niet diagnose-specifiek) MOK-protocol te willen hebben, de discussiegroep vanuit bedrijfsgeneeskundig, wetenschappelijk en beleidsperspectief zou voor verschillende klachten een apart onderdeel willen reserveren en de discussiegroep vanuit cliëntperspectief geeft de voorkeur aan aparte richtlijnen voor specifieke diagnosen.

Zowel de discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief als de discussiegroep vanuit cliëntperspectief benadrukt het belang van luisteren naar de cliënt: door te luisteren kan de arts laten zien dat hij/zij de cliënt serieus neemt. De discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief noemt hierbij ook het belang van kritisch doorvragen. Zaken als luisteren en kritisch doorvragen zouden in een richtlijn aan bod kunnen komen.

De verschillende discussiegroepen brengen nog verschillende andere aspecten naar voren die zij belangrijk achten voor de richtlijn, o.a.:

- Multifactorieel (BA en VA).
- Invulling met wetenschappelijke kennis (BA).
- Aandacht voor psychische anamnese, coping en angst voor terugval (VA).
- Aandacht voor instrumenten (VA).
- In combinatie met training (BA).
- In combinatie met intercollegiaal overleg/intercollegiale toetsing (VA).
- Multidisciplinair (BA).
- Samenbrengen beoordelen, behandelen en begeleiden in één protocol (BA).
- Onderbrenging in bestaande richtlijnen (BA).
- Focus op herstelproces (VA en BA).
- Met oog voor samenhang tussen klachten (Cliënt).
- Ook practice-based informatie (Cliënt).
- Met oog voor juridische invalshoek (BA).

5.5.3 *Ontwikkelingswijze richtlijn*

De discussiegroepen noemen verschillende manieren waarop een dergelijke richtlijn ontwikkeld zou moeten:

- Bottom-up door verzekeringsartsen zelf, middels intercollegiaal overleg of intercollegiale toetsing (VA).
- Initiatief bij SZW en verzekeraars, inhoudelijke uitwerking door organisaties die zich met richtlijn-ontwikkeling bezighouden (BA).

Zowel de discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief als de discussiegroep vanuit cliëntperspectief geven aan dat het wenselijk is cliënten bij richtlijnontwikkeling te betrekken. De discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief benadrukt hierbij dat een zorgvuldige reflectie dient plaats te vinden op de wijze waarop men cliënten het beste kan betrekken. Deze discussiegroep en de BA groep geeft voorts aan dat ook verzekeraars en andere relevante partijen betrokken zouden moeten worden bij de ontwikkeling van de richtlijn.

5.5.4 *Randvoorwaarden*

De discussiegroepen benoemen verschillende randvoorwaarden waaronder beleid of hulpmiddelen ontwikkeld/geïmplementeerd zou kunnen worden om de problematiek van MOK te kunnen verminderen. Deze randvoorwaarden omvatten o.a.:

- Invulling ‘witte vlekken’ MOK, wetenschappelijk kennis (BA).
- Meer tijd (en geld) voor consult (VA).
- Betere voorlichting aan cliënten, o.a. over multifactorieel model bij beoordeling (VA) en ‘reisgids zieke werknemer’ (Cliënt).
- Betere samenwerking binnen en tussen disciplines, curatief en reïntegratie (VA, Cliënt).
- Meer aandacht factor arbeid/reïntegratie in curatieve sector (VA, Cliënt).
- Hogere kwaliteit reïntegratieverslagen, multifactoriële analyses van stagnatie (VA).
- Betere nazorg na de WAO-beoordeling, sluitende aanpak (VA).
- Beleid SZW m.b.t. herstelproces voor diverse partijen, zoals curatieve sector, verzekeraars, werkgevers, werknemers, en UWV (BA).
- Minder angst bij UWV voor klachten vanuit cliënten over beoordeling (VA).
- Serieus nemen cliënt op macroniveau en spreekkamerniveau (Cliënt).
- Meer betrokkenheid van cliënten bij beleid op uitvoeringsniveau (Cliënt).
- Meer betrokkenheid van cliënten bij bijscholing artsen (Cliënt).
- Actievere houding VA om zaken uit te zoeken (Cliënt).

De discussiegroep vanuit bedrijfsgeneeskundig, wetenschappelijk en beleidsperspectief noemt hierbij dat beleid geen zaken moet ‘wegdefiniëren’: door SZW wordt de problematiek van MOK veelal ‘weggedefinieerd’, zo is de ervaring, waardoor het probleem wordt verschoven van bijvoorbeeld de uitkeringsinstanties naar de werkgever of bedrijfsarts.

Voorts wordt door de discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief aangegeven dat het belangrijk zou zijn om wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de invloed van rolopvattingen op de uitkomsten van de beoordeling. Verondersteld wordt dat de rolopvatting van de verzekeringsarts de uiteindelijke uitkomsten van diens beoordeling kan beïnvloeden.

5.5.5 *Ontwikkeling 3B-protocollen*

Ter aanvulling op uitkomsten uit de discussiegroepen dient ook vermeld te worden dat Minister De Geus (SZW) tijdens de slotconferentie van het project ‘Ziek en Mondig’ van BPV&W, NFK en Pandora heeft aangegeven dat patiënten/cliëntenorganisaties betrokken moeten worden bij de ontwikkeling van de 3B-protocollen (‘Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid’). De Gezondheidsraad heeft geadviseerd dergelijke protocollen te ontwikkelen voor een vijf- tot tiental aandoeningen (o.a. chronische vermoeidheid, whiplash en depressie).

6 Samenvatting en conclusie

TNO heeft in 2004 en 2005 onderzoek uitgevoerd naar de problematiek van ‘moeilijk objectieveerbare gezondheidsklachten’ (MOK) in relatie tot verzuimbegeleiding en de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Dit onderzoek maakt deel uit van het ZonMw praktijk- & beleidsprogramma “Chronisch zieken”. In dit project is de problematiek van moeilijk objectieveerbare klachten (MOK) in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk in kaart gebracht. Een belangrijk onderdeel hiervan was de aard en omvang van de problematiek vast te stellen. Het onderwerp MOK is van grote relevantie voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Het gaat daar immers om beoordelingen waaraan belangrijke individuele en maatschappelijk consequenties zijn verbonden.

In het huidige project stond een viertal doelen centraal:

1. Het vaststellen van de aard en omvang van MOK in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Om deze vragen te onderzoeken, is een vragenlijstonderzoek verricht (Hoofdstuk 3).
2. Het onderzoeken van de invloed van contextuele factoren, zoals kennis en instrumenten. Ook deze zaken zijn met bovengenoemd vragenlijstonderzoek onderzocht (Hoofdstuk 3).
3. Het aangeven welke hulpmiddelen er zijn om de meest prominente MOK problematiek te (pijn en vermoeidheid) te hanteren. Hiervoor is een literatuurscan uitgevoerd (Hoofdstuk 4).
4. Het in kaart brengen van de behoefte aan ontwikkeling van hulpmiddelen en aan implementatie van de kennis uit dit onderzoek, met daarbij ook aandacht voor de randvoorwaarden bij dergelijke ontwikkeling. Dit is gedaan middels discussiegroepen (Hoofdstuk 5).

Het uiteindelijke doel van het onderzoeksproject was het verminderen van de problematiek van moeilijk objectieveerbare klachten in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk, of hiertoe een aanzet te leveren.

6.1 Uitkomsten vragenlijstonderzoek

Het vragenlijstonderzoek betrof een onderzoek onder 18 bedrijfsartsen en 19 verzekeringsartsen, waarbij ruim 1200 casussen zijn beschreven. De uitkomsten van het vragenlijstonderzoek suggereren dat de problematiek van moeilijk objectieveerbare klachten (MOK) aanzienlijk is in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Wanneer we uitgaan van onze werkdefinitie van MOK, bedraagt het percentage MOK-casussen 36,2% bij de bedrijfsarts 41,8% bij de verzekeringsarts. In deze gevallen heeft de arts moeite met het beoordelen van de oorzaak, ernst en/of echtheid van de gezondheidsklachten. Bij een strengere definitie van MOK blijken de percentages casussen waarbij sprake is van MOK overigens sterk te dalen. Wanneer men er bijvoorbeeld van uitgaat dat er sprake is van MOK als de arts moeite heeft met het bepalen van de oorzaak, ernst én echtheid (drie aspecten), ligt het percentage MOK voor bedrijfsartsen op 3,0% en bij verzekeringsartsen op 8,5%.

De percentages MOK blijken overigens tussen artsen aanzienlijk te verschillen. Deze variatie hebben wij ook terug gezien in de reacties van artsen op presentaties die wij hebben verzorgd met betrekking tot de uitkomsten van dit onderzoek.

Overige belangrijke uitkomsten van het vragenlijstonderzoek zijn onder meer:

- MOK vormt met name bij pijnklachten, energetische klachten een probleem. Ook bij affectieve klachten is MOK relatief vaak een probleem.
- MOK blijkt geen opzichzelfstaand fenomeen te zijn, maar gepaard te gaan met problemen m.b.t. het vaststellen van de gepaste begeleiding en met het beoordelen van beperkingen en arbeidsmogelijkheden.
- Een groot deel van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen heeft behoefte aan aanvullende instrumenten, kennis en vaardigheden m.b.t. MOK.
- MOK komt vaker voor bij specifieke demografische groepen van cliënten.
- Het bleek dat oudere, en meer ervaren artsen minder vaak moeite hebben met het objectiveren van klachten.
- Artsen relateren MOK met name aan somatisatie en de manier waarop een cliënt met zijn/haar klachten omgaat.
- Cliënten onderstrepen het belang van de cliënt serieus nemen en goed luisteren naar de cliënt.

Bij de interpretatie van de resultaten dient er overigens rekening mee te worden gehouden dat het aantal artsen dat heeft deelgenomen aan het onderzoek beperkt is.

Gezien het hoge percentage MOK en de hoge behoefte van artsen aan instrumenten en kennis/vaardigheden m.b.t. MOK, is het ons inziens belangrijk dat er aanvullende beleid en hulpmiddelen worden ontwikkeld om de problematiek van MOK te verminderen.

6.2 Uitkomsten literatuuronderzoek

In een literatuurscan is nagegaan welke instrumenten er zijn voor de beoordeling en begeleiding van pijn en vermoeidheidsklachten. Hierbij is zowel op aandoeningen (CVS/ME, fibromyalgie, irritable bowel syndrome) als op klachten (chronic fatigue, chronic pain) gefocust. Onze literatuurscan laat verschillende Nederlandse protocollen zien die kunnen ondersteunen bij de beoordeling en begeleiding bij chronische vermoeidheidsklachten en pijnklachten. Voor de begeleiding en diagnose van vermoeidheidsklachten zijn ook enkele (m.n. Engelstalige) protocollen te vinden. Voor pijnklachten vinden we nauwelijks relevante protocollen. Voor wat betreft de behandeling van chronische vermoeidheidsklachten en pijnklachten, is veel literatuur te vinden met betrekking tot cognitieve gedragstherapie. Het is opvallend dat weinig protocollen of instrumenten werkelijk een vertaalslag lijken te maken naar reïntegratie of de beoordeling van arbeidsmogelijkheden (die ook toepasbaar is in de Nederlandse situatie). Verder lijkt een eenduidig overzicht van de diagnostiek en aanbevolen interventies per klacht of functioneel syndroom te ontbreken. Aangezien er een zeer grote hoeveelheid literatuur over vermoeidheid en pijn bestaat, heeft dit onderzoek echter geen uitputtend overzicht kunnen verschaffen van de instrumenten voor het beoordelen en benaderen van deze klachten.

6.3 Uitkomsten discussiegroepen

De discussiegroepen bestonden uit professionals, beleidsmakers, onderzoekers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Het doel van deze discussiegroepen was na te denken over de randvoorwaarden waaronder beleid of hulpmiddelen zouden kunnen worden ontwikkeld of geïmplementeerd om de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten te verminderen.

Uit de discussies in de verschillende discussiegroepen komt de ernst van de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten (MOK) duidelijk naar voren. MOK wordt

erkend als een belangrijk probleem in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. Alle discussiegroepen geven aan dat een protocol of richtlijn met betrekking tot MOK gewenst zou zijn. Hoewel de discussiegroepen het eens zijn over de noodzaak van een protocol of richtlijn, verschillen zij in de focus die deze richtlijn zou moeten hebben: voor MOK in het algemeen (VA); voor specifieke klachten (BA); voor specifieke diagnoses (Cliënt).

De verschillende discussiegroepen brengen nog verschillende andere aspecten naar voren die zij belangrijk achten voor de richtlijn, o.a. multifactoriële benadering (BA en VA), invulling met wetenschappelijke kennis (BA), aandacht voor instrumenten (VA) en oog voor samenhang tussen klachten (Cliënt). Verder noemen de discussiegroepen verschillende manieren waarop een dergelijke richtlijn ontwikkeld zou moeten: Bottom-up door artsen (VA) of door een daarvoor gespecialiseerde organisatie (BA). Zowel de discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief als de discussiegroep vanuit cliëntperspectief geven aan dat het wenselijk is cliënten bij richtlijnontwikkeling te betrekken.

De discussiegroepen benoemen verschillende randvoorwaarden waaronder beleid of hulpmiddelen ontwikkeld/geïmplementeerd zou kunnen worden om de problematiek van MOK te verminderen. Deze randvoorwaarden omvatten o.a.: invulling 'witte vlekken' MOK, wetenschappelijk kennis (BA), meer tijd (en geld) voor consult (VA), betere voorlichting aan cliënten (VA en Cliënt), betere samenwerking binnen en tussen disciplines (VA, Cliënt), meer aandacht voor factor arbeid in curatieve sector (VA, Cliënt).

Voorts wordt door de discussiegroep vanuit verzekeringsgeneeskundig en beleidsperspectief aangegeven dat het belangrijk zou zijn om wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de invloed van rolopvattingen op de uitkomsten van de beoordeling.

6.4 Afsluiting

Dit project is het eerste empirische onderzoek dat een inschatting geeft van de aard en omvang van de problematiek van moeilijk objectiveerbare klachten in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijk. De uitkomsten van het onderzoek laten zien dat de problematiek van MOK aanzienlijk is. Dit is ook erkend door de discussiegroepen, waarin vertegenwoordigers van verschillende betrokken partijen (professionals, onderzoekers, beleidsmakers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties) plaats namen. De discussiegroepen pleiten voor de ontwikkeling van een richtlijn of protocol met betrekking tot MOK en schetsen hiervoor diverse mogelijkheden en randvoorwaarden. Het is nu aan de diverse betrokken partijen om 'de handschoen op te pakken' en actie te ondernemen om het complexe probleem van moeilijk objectiveerbare klachten te verminderen. Dit is in het belang van alle betrokkenen: cliënten, werkgevers, artsen, UWV, arbodiensten en de maatschappij als geheel.

A Bijlage 1: Onderdeel algemene vragen uit vragenlijst

Definitie van MOK

- 1 Wat is uw definitie van moeilijk objectieerbare klachten? (wat verstaat u hieronder, of wanneer spreekt u hiervan?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wat zijn Moeilijk Objectieerbare Klachten?

Bij de vorige vraag heeft u kunnen aangeven wat uw definitie is van moeilijk objectieerbare klachten. Het definiëren en afbakenen van MOK blijft echter een moeilijke kwestie. Voor de verdere vragenlijst willen wij u verzoeken om MOK vanuit de volgende invalshoek te bezien:

Bij cliënten met moeilijk objectieerbare gezondheidsklachten ervaart de arts moeite bij het beoordelen/vaststellen van minimaal één van onderstaande zaken:

- de oorzaak/oorzaken van de klachten
- de ernst van de klachten
- de echtheid van de klachten

Het kan hierbij gaan om mensen bij wie een diagnose is gesteld, maar ook om mensen bij wie (nog) geen diagnose is gesteld. Ook kan het gaan om mensen die in het verleden een diagnose hebben gekregen, maar bij wie (het aanhouden van) de klachten op dit moment niet te verklaren zijn vanuit de eerder gestelde diagnose.

Wij zijn benieuwd naar uw visie ten opzichte van moeilijk objectieerbare klachten. In hoeverre zijn de volgende stellingen van toepassing op de gevallen van MOK waar u mee te maken heeft of mee te maken heeft gehad?

- 2 Bij moeilijk objectieerbare klachten is er sprake van somatisatie.

Niet/nauwelijks

Enigszins

Wel

Sterk

Zeer sterk

- 3 Bij moeilijk objectieerbare klachten is er sprake van simulatie, d.w.z. dat de cliënt klachten en/of beperkingen voorwendt die er niet zijn.

Niet/nauwelijks

Enigszins

Wel

Sterk

Zeer sterk

- 4 Bij moeilijk objectieerbare klachten is er sprake van aggravatatie, d.w.z. dat de cliënt klachten en/of beperkingen overdrijft.

Niet/nauwelijks

Enigszins

Wel

Sterk

Zeer sterk

5 Moeilijk objectiveerbare klachten komen voort uit een gebrek aan betrouwbare beoordelingsmethoden.

 Niet/nauwelijks Enigszins Wel Sterk Zeer sterk

6 Bij moeilijk objectiveerbare klachten is er sprake van een gebrek aan kennis bij de bedrijfsarts.

 Niet/nauwelijks Enigszins Wel Sterk Zeer sterk

7 Moeilijk objectiveerbare klachten hebben te maken met het feit dat de medische wetenschap (nog) niet overal een verklaring voor heeft.

 Niet/nauwelijks Enigszins Wel Sterk Zeer sterk

8 Moeilijk objectiveerbare klachten hebben te maken met de manier waarop de cliënt met zijn klachten omgaat.

 Niet/nauwelijks Enigszins Wel Sterk Zeer sterk

Zo ja, op welke wijze?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9 Meent u dat moeilijk objectiveerbare klachten te maken hebben met nog iets anders?
 Namelijk,

.....

.....

.....

.....

.....

10 In hoeverre ervaart u MOK als een probleem voor uzelf?

 Niet/nauwelijks Enigszins Wel Sterk Zeer sterk

Toelichting:

.....

.....

.....

.....

.....

11 In hoeverre ervaart u MOK als een probleem voor de cliënt?

Niet/nauwelijks

Enigszins

Wel

Sterk

Zeer sterk

Toelichting:
.....
.....
.....
.....

12 In hoeverre ervaart u MOK als een probleem voor de samenleving?

Niet/nauwelijks

Enigszins

Wel

Sterk

Zeer sterk

Toelichting:
.....
.....
.....
.....

13 Hoe zou u uw rol omschrijven in het geval een cliënt met MOK?

.....
.....
.....
.....
.....

14 Welk van de volgende aspecten ondersteunen u bij de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten (meerdere antwoorden mogelijk)?

(aanvullende/specifieke) kennis, namelijk over

vaardigheden, namelijk

protocollen/richtlijnen/standaarden, namelijk

andere instrumenten, namelijk

Toelichting:.....
.....
.....
.....

15 Heeft u behoefte aan aanvullende instrumenten (zoals protocollen, richtlijnen, standaarden) voor het objectiveren van klachten?

Nee

Ja, namelijk:

.....
.....
.....
.....

16 Heeft u behoefte aan aanvullende kennis of het aanleren vaardigheden in verband met moeilijk objectiveerbare klachten?

Nee

Ja, namelijk:

.....
.....
.....
.....

C Bijlage 3: Samenvattingen van literatuur over vermoeidheid en pijn

Vermoeidheid
<p>1. <i>Perspectives on CFS and impairment: Proposed guidelines for disability determination.</i> Uslan, Donald; <i>Journal of Chronic Fatigue Syndrome</i>, Vol 3(4), 1997. pp. 75-85.</p> <p>Deze publicatie beschrijft randvoorwaarden voor instrumentontwikkeling.</p>
<p>2. <i>Diagnosing chronic fatigue syndrome: comparison of a protocol and computerised questionnaires.</i> By Prins JB, <i>Neth J Med</i>, 2003 Apr; Vol. 61 (4), pp. 120-6.</p> <p>In the context of outpatient care and within the framework of scientific research, guidelines and measuring instruments have been developed to help improve CFS diagnostics. The purpose of this study was to measure the agreement between the evaluations of chronically fatigued patients by physicians using a CFS protocol and by researchers using computerised questionnaires.</p>
<p>3. <i>Chronic fatigue syndrome. A practical guide to assessment and management.</i> By Sharpe M, <i>Gen Hosp Psychiatry</i>, 1997 May; Vol. 19 (3), pp. 185-99.</p> <p>In this review we suggest a practical, pragmatic, evidence-based approach to the assessment and initial management of the patient whose presentation suggests this diagnosis.</p>
<p>4. <i>Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols.</i> Carruthers, B.M.; Jain, A.K., de Meirleir, K. .L. <i>Journal of Chronic Fatigue Syndrome</i>, Vol 11(1), 2003. pp. 7-115.</p> <p>Recent years have brought growing recognition of the need for clinical criteria for myalgic encephalomyelitis (ME), which is also called chronic fatigue syndrome (CFS). An Expert Subcommittee of Health Canada established the Terms of Reference, and selected an Expert Medical Consensus Panel representing treating physicians, teaching pert faculty and researchers. A Consensus Workshop was held to culminate the review process and establish consensus for a clinical working case definition, diagnostic protocols and treatment protocols. We present a systematic clinical working case definition that encourages a diagnosis based on characteristic patterns of symptom clusters which reflect specific areas of pathogenesis. Diagnostic and treatment protocols and a short overview of research are given to facilitate a comprehensive and integrated approach to this illness.</p>
<p>5. <i>ME/CFS Guidelines. Management guidelines for general practitioners. Guidelines for the diagnosis and management of ME/CFS in the community or primary care setting.</i> Government of South Australia, University of Adelaide, Adelaide Western division of General Practice, ME/CFS Society (S.A.) inc. 2004, Adelaide.</p> <p>These guidelines meant for GPs and other medical practitioners focus on the basic diagnosis and management of this condition in the community or primary care setting. The following subjects are addressed: definition, epidemiology, patient evaluation, management approach, monitoring and self-management, prognosis and case examples.</p>

6. *Handbook of chronic Fatigue Syndrome*. Jason, L.A., Fennell, P.A., Taylor, R.R. (2003). John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Dit handboek beschrijft onder andere de diagnose, ziekteverloop, symptomen, verschillende meetmethoden (vragenlijsten, diagnostische interviews en neurologische metingen) en verschillende interventies (o.a. medicatie, cognitieve gedragstherapie, het SMART-ENERGY program, bewegingsoefeningen, voedingsstoffen en counseling). Zie ook onder artikel 15.

7. *Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment*. Friedburg, Fred; Jason, Leonard A.; *Journal of Clinical Psychology*, Vol 57(4), Apr 2001. pp. 433-455.

Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia are closely related illnesses of uncertain etiology. This article reviews the research literature on these biobehavioral conditions, with an emphasis on explanatory models, clinical evaluation of comorbid psychiatric disorders, assessment of stress factors, pharmacologic and alternative therapies, and cognitive-behavioral treatment studies. Furthermore, clinical protocols suitable for professional practice are presented based on an integration of the authors' clinical observations with published data. The article concludes with the recognition that mental health professionals can offer substantial help to these patients.

8. *An eight-session coping skills treatment program for CFS groups*. Friedberg, Fred; Jason, Leonard A.; In: *Understanding chronic fatigue syndrome: An empirical guide to assessment and treatment*. Friedberg, Fred; Jason, Leonard A.; Washington, DC, US: American Psychological Association, 1998. pp. 187-194.

A standardized protocol, developed for a CFS group intervention, is summarized in this chapter. The techniques prescribed are referenced to detailed instructions in chapter 9. The treatment regimen may be adapted to an individual therapy format as well.

9. *Evaluation of a multidisciplinary inpatient rehabilitation programme for adolescents with chronic fatigue syndrome*. Denborough, Paul; Kinsella, Simon; Stevens, John; *Australian Psychiatry*, Vol 11(3), Sep 2003. pp. 319-324.

Aims to examine the hypothesis that chronic fatigue syndrome (CFS) is associated with significant psychological and physical issues that can be improved by a multidisciplinary inpatient rehabilitation programme. The Beck Depression Inventory demonstrated high depression scores that improved after the 4-week programme and these improvements were maintained after 6 months. Coopersmith self-esteem scores showed low self-esteem. Physical functioning scores improved significantly after the 4-week programme and were maintained at 6 months; clinician ratings of functioning matched patient ratings. On Achenbach profiles the teenagers presented with internalizing problems, which significantly improved following admission. Parents reported similar findings.

10. *Cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital-- feasible and effective*. Akagi, H. (2001). *Gen Hosp Psychiatry*; Vol. 23 (5), pp. 254-60.

We examined the effectiveness of CBT in a general hospital setting in a retrospective questionnaire follow-up study of 94 patients offered CBT by liaison psychiatry services.

11. *In-patient treatment of chronic fatigue syndrome. Chalder, Trudie; Butler, Sue; Wessely, Simon; Behavioural & Cognitive Psychotherapy, Vol 24(4), 1996. pp. 351-365.*

Outlines a cognitive behavioral model for the development of chronic fatigue syndrome (CFS). Six patients (aged 25-50 yrs) with severe CSF are described who were treated as inpatients. The Ss all believed they had myalgic encephalomyelitis. Treatment consisted of graded consistent exposure to activity and cognitive restructuring. The model relates that symptoms are perpetuated by physical illness attributions, unhelpful cognitions and schemas relating to perfectionism and avoidant coping strategies. Treatment began with a detailed assessment that included a cognitive behavioral analysis of the main problem as identified by the S, discussions on the negative results of tests, and an emphasis that this did not detract from the reality of their physical symptoms. Five Ss were found to be much improved after treatment, with reductions in fears and avoidance and improvement in work and social functioning.

12. *Does graded activity increase activity? A case study of chronic fatigue syndrome. Friedberg, Fred; Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, Vol 33(3-4), Sep-Dec 2002. pp. 203-215.*

It appeared that improvement was associated with mood-enhancing, stress-reducing activities that were substituted for stress-exacerbating activities.

13. *A national assessment of the service, support, and housing preferences by persons with chronic fatigue syndrome. Toward a comprehensive rehabilitation program. (eng; includes abstract) By Jason LA, Eval Health Prof, 1996 Jun; Vol. 19 (2), pp. 194-207; PMID: 10186910*

Dit artikel beschrijft randvoorwaarden voor therapieontwikkeling.

14. *Rehabilitation counseling. Uslan, Donald; In: Handbook of chronic fatigue syndrome. Jason, Leonard A.; Fennell, Patricia A.; New York, NY, US: John Wiley & Sons, Inc, 2003. pp. 654-690.*

This chapter discusses rehabilitation counseling for patients with chronic fatigue syndrome (CFS). Topics discussed include the following: (1) What is rehabilitation counseling? (2) Pain management and stress management, (3) Disability management, (4) Coping strategies, (5) Disability, (6) Other rehabilitation approaches and interventions, (7) Using biofeedback to listen to your body (8) Sleep, (9) Acupuncture for CFS and fibromyalgia (FM), (10) Cognitive rehabilitation in CFS and FM, (11) Physical therapy for CFS and FM, (12) Occupational therapy for persons with CFS, (13) Beyond the traditional model, and (14) Multidisciplinary "managed" care.

15. *An evaluation of multidisciplinary intervention for chronic fatigue syndrome with long-term follow-up, and a comparison with untreated controls. By Marlin RG, Am J Med, 1998 Sep 28; Vol. 105 (3A), pp. 110S-114S.*

Individuals meeting the Fukuda et al definition for *chronic fatigue* syndrome completed a multidisciplinary assessment that included medical, psychiatric, behavioral, and psychological evaluations. Patients were then offered a comprehensive multidisciplinary *intervention*.

16. *Chronic fatigue syndrome: Successful outcome of an intensive inpatient programme.* Lim, A.; Lubitz, L.; *Journal of Paediatrics & Child Health*, Vol 38(3), Jun 2002. pp. 295-299.

The objective of this study was to examine the outcome of adolescents with chronic fatigue syndrome (CFS) following an intensive multidisciplinary inpatient programme. A follow-up questionnaire was distributed to all 57 adolescents who had completed the CFS inpatient programme at the Austin and Repatriation Medical Centre. Forty-two adolescents (74%) returned the follow-up questionnaires. Immediately following the programme and up to five years after the programme. The majority of participants had returned to school and were functioning better in terms of physical activity and social interactions as compared with before the programme.

Before the programme, 94% of the participants were attending school half-time or less. Up to 5 years after the programme, 78% of adolescents were attending school fulltime or with occasional absences only. A multidisciplinary inpatient programme for CFS was successful in helping to rehabilitate this group of adolescents who were significantly incapacitated prior to entering the inpatient programme.

17. *Chronic fatigue syndrome: A cognitive approach.* Surawy, Christina; Hackmann, Ann; Hawton, Keith; *Behaviour Research & Therapy*, Vol 33(5), Jun 1995. pp. 535-544.

Therapists need to (1) engage patients without causing an intolerable threat to their views of themselves, (2) build on patients' explanatory model and only then introduce the role of cognitive and behavioral factors, (3) use activity scheduling to reduce activity level oscillation, (4) negotiate attainable treatment goals, (5) beware of excessive treatment compliance and failure to express thoughts and feelings, and (6) challenge assumptions while being sensitive to self-esteem.

18. *Short-term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome. (eng; includes abstract)* By Söderberg S, *Psychother Psychosom*, 2001 Mar-Apr; Vol. 70 (2), pp. 108-11.

This study presents experiences of focused short-term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome (CFS).

19. *A Qualitative Analysis of the Failure of CBT for Chronic Fatigue Conducted by General Practitioners.* Bazelmans, Ellen; Huibers, Marcus J. H.; Bleijenbergh, Gijs; *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, Vol 33(2), Apr 2005. pp. 225-235.

We assessed the efficacy of cognitive behaviour therapy (CBT) delivered by general practitioners (GPs) to fatigued employees on sick leave. CBT had no substantial effect on clinical outcomes. In the present study, we aim to describe the treatment protocol and present an analysis of the delivery of the intervention.

20. *Cognitieve gedragstherapie bij relatief actieve en bij passieve CVS-patiënten. = Cognitive behavior therapy for active and for passive CFS patients.* Bazelmans, Ellen; Prins, Judith; Bleijenbergh, Gijs; *Gedragstherapie*, Vol 35(2), Jun 2002. pp. 191-204.

Based on the model of perpetuating factors in *chronic fatigue syndrome* (CFS), a cognitive behavioral treatment *protocol* was developed. A recent randomized controlled trial showed that this treatment *protocol* was less effective for so-called passive CFS patients. As a result, 2 different treatment *protocols* are distinguished. For relatively active CFS patients, the main perpetuating factors are non-accepting and demanding cognitions leading to bursts of activity. For passive CFS patients, the fear that activity might worsen their complaints, resulting in avoidance of activity, is the most important perpetuating factor.

21. *Chronic Fatigue Syndrome: A Review.* Afari, Niloofar, Buchwald, Dedra. *American Journal of Psychiatry*; Feb2003, Vol. 160 Issue 2, p221, 16p

Objective: *Chronic fatigue* syndrome is an illness characterized by disabling *fatigue* of at least 6 months, accompanied by several other symptoms. This review summarizes the current state of knowledge about *chronic fatigue* syndrome. Method: The case definition, prevalence, clinical presentation, evaluation, and prognosis of *chronic fatigue* syndrome are discussed. Research on the pathophysiology and *treatment of chronic fatigue* syndrome is reviewed. Results: *Chronic fatigue* syndrome is diagnosed on the basis of symptoms. Patients with *chronic fatigue* syndrome experience significant functional impairment. Pathophysiological abnormalities exist across many domains, suggesting that *chronic fatigue* syndrome is a heterogeneous condition of complex and multifactorial etiology. Evidence also is beginning to emerge that *chronic fatigue* syndrome may be familial. Although *chronic fatigue* syndrome has significant symptom overlap and comorbidity with psychiatric disorders, several lines of research suggest that the illness may be distinct from psychiatric disorders. Patients' perceptions, attributions, and *coping* skills, however, may help perpetuate the illness. *Treatment* for *chronic fatigue* syndrome is symptom-based and includes pharmacological and behavioral strategies. *Cognitive behavior therapy* and graded *exercise* can be effective in treating the *fatigue* and associated symptoms and disability. Conclusions: *Chronic fatigue* syndrome is unlikely to be caused or maintained by a single agent. Findings to date suggest that physiological and psychological factors work together to predispose an individual to the illness and to precipitate and perpetuate the illness. The assessment and *treatment of chronic fatigue* syndrome should be multidimensional and tailored to the needs of the individual patient.

22. *Motivational interviewing: a review,* Eileen Britt, Neville M. Blampied, Stephen M. Hudson (2003). *Australian Psychologist*, Volume 38, Number 3/November 2003, pp. 93 – 201.

There has been considerable interest shown in motivational interviewing (MI), since Miller (1983) initially presented it as an alternative and potentially more effective way of working with problem drinkers, particularly those individuals who may have been perceived as being resistant or in denial.

This interest has included developing specific interventions using MI, and extending its use beyond alcohol abuse to a range of problem behaviours, including other mental health problems (e.g., eating disorders) and health problems (e.g., diabetes). The current paper provides an overview of MI -- its development, theoretical basis, and applications. Research on its efficacy is reviewed, and recommendations are made for future research.

23. *Exercise therapy for chronic fatigue syndrome.* Edmonds M, McGuire H, Price J. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004(3):CD003200. Review.

The objective was to investigate the relative effectiveness of exercise therapy and control treatments for CFS. This reviews included only Randomised Controlled Trials (RCT) including participants with a clinical diagnosis of CFS. There is encouraging evidence that some patients may benefit from exercise therapy and no evidence that exercise therapy may worsen outcomes on average. However the treatment may be less acceptable to patients than other management approaches, such as rest or pacing.

24. *Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome. Price JR, Couper J. Cochrane Database Syst Rev. 2000(2):CD001027. Review.*

The objective was to systematically review all randomised controlled trials of cognitive-behaviour therapy (CBT) for adults with chronic fatigue syndrome (CFS) and to test the hypothesis that CBT is more effective than orthodox medical management or other interventions in adults with CFS. It is concluded that cognitive behaviour therapy appears to be an effective and acceptable treatment for adult out-patients with chronic fatigue syndrome. CFS is a common and disabling disorder. Its sufferers deserve the medical profession to be more aware of the potential of this therapy to bring lasting functional benefit, and health service managers to increase its availability. Further research is needed in this important area.

25. *Defining and managing chronic fatigue syndrome. Mulrow C D, Ramirez G, Cornell J E, Allsup K. 2001. 199. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality.*

This evidence report is a systematic review that summarizes scientific literature about the following aspects of chronic fatigue syndrome (CFS) in adults: case definitions, prevalence and natural history, and treatment. It is concluded that the validity and superiority of any particular case definition for CFS are not well established. Surveys suggest that the prevalence of CFS in community populations is less than 1%. Precise estimates of rates of recovery, improvement and/or relapse from CFS are not available. Although several therapies have been studied, potential benefits as well as harms of most therapies are not well established. Behavioral interventions that emphasize increasing activity levels may improve quality of life and function in some people with CFS.

26. *The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children. Bagnall A M, Whiting P, Wright K, Sowden A. 2002. 118. York: University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination.*

The objective of this study was to assess the effectiveness of all available interventions which have been evaluated for use in the treatment or management of adults and children with CFS/ME. A systematic review of the literature was conducted. Forty six studies met the inclusion criteria: 38 RCTs and eight controlled trials, eleven of the RCTs used a cross-over design. Overall the interventions demonstrated mixed results in terms of effectiveness. All conclusions about effectiveness should be considered together with any methodological inadequacies of the studies. Interventions for which there is evidence of effectiveness from RCTs include CBT and GET (graded exercise therapy).

In some of the included studies, bed or wheelchair restricted patients have been excluded and only one study included young people under 18 years of age, which raises questions about the applicability of findings to all people with CFS/ME.

Pijn

1. *Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment.* Friedburg, Fred; Jason, Leonard A.; *Journal of Clinical Psychology*, Vol 57(4), Apr 2001. pp. 433-455.

Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia are closely related illnesses of uncertain etiology. This article reviews the research literature on these biobehavioral conditions, with an emphasis on explanatory models, clinical evaluation of comorbid psychiatric disorders, assessment of stress factors, pharmacologic and alternative therapies, and cognitive-behavioral treatment studies. Furthermore, clinical protocols suitable for professional practice are presented based on an integration of the authors' clinical observations with published data. The article concludes with the recognition that mental health professionals can offer substantial help to these patients.

2. *The development of a pre-treatment booklet to increase adherence to multidisciplinary pain management program.* Borgen, Elaine Zantos; *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, Vol 61(5-B), Dec 2000. pp. 2747.

This project constitutes the first stage in the development of a cost-effective intervention aimed at increasing participation and facilitating patient learning in pain management programs. A booklet was developed that addresses beliefs commonly held by individuals suffering from chronic pain.

3. *Effects of a multiprofessional rehabilitation programme for patients with fibromyalgia syndrome.* (eng; includes abstract) By Gustafsson M., *J Rehabil Med*, 2002 May; Vol. 34 (3), pp. 119-27.

This study sought to evaluate the efficacy of a 12-week multidisciplinary rehabilitation programme mainly emphasizing physiotherapy, for patients with either fibromyalgia syndrome or chronic, widespread pain. Forty-three non-randomized female patients with fibromyalgia syndrome or chronic, widespread pain were assigned to the programme or served as waiting-list controls. The outcome was assessed with the Body Awareness Scale –health, the multidimensional pain inventory, the Quality of Life Scale, the Visual Analogue Scale and a pain drawing. Both groups were reassessed after 3 and 6 months, the treatment group also after a year. The treatment group improved in quality of movement and vegetative disturbances according to the BAS-health after the programme. At the 3-month and 1-year follow-ups the improvements were partly sustained. The control group showed deterioration after 3 and 6 months in three of the main scales of BAS-health. This clinical trial of rehabilitation programme, proved beneficial for improving quality of movement and reducing the experience of vegetative disturbances.

4. *Management of the irritable bowel syndrome.* (eng; includes abstract) By Camilleri M, *Gastroenterology*, 2001 Feb; Vol. 120 (3), pp. 652-68.

Symptomatic treatment includes supplementing fiber to achieve a total intake of up to 30 g in those with constipation, those taking loperamide or other opioids for diarrhea, and those taking low-dose antidepressants or infrequently using antispasmodics for pain. Older conventional therapies do not address pain in IBS. Behavioral psychotherapy and hypnotherapy are also being evaluated.

5. *[Efficiency of multidisciplinary treatment of chronic pain with locomotor disability] Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor.* (spa; includes abstract) By Collado Cruz A, *Med Clin (Barc)*, 2001 Oct 13; Vol. 117 (11), pp. 401-5.

We assessed the outcome of a multidisciplinary therapeutic program for work-disabled selected patients with chronic pain refractory to conventional treatment.

6. *Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: outcome study. (eng; includes abstract) By Cole JD, J Occup Health Psychol, 1998 Jul; Vol. 3 (3), pp. 217-26.*

This study provided outcome data measuring variables of a psychoeducational group approach to self-management of 88 chronic pain patients and 25 controls. Most of the injuries were back injuries and work related. At the completion of the 16 group sessions, patients reported decreased intervention, pain severity, interference, and affective distress and increased life control and general activity.

At 1-year follow-up, there was continued increased return to work, lowered workers' compensation, fewer health care visits, and less prescribed pain medication than demographically similar controls. Results suggest that a group psychoeducational program involving learning of general coping skills primarily and pain coping skills secondarily produces an effective approach for the management of chronic pain.

7. *A home-based pain management and rehabilitation programme: An evaluation. Corey, David T.; Etlin, David; Miller, Philip C.; Pain, Vol 29(2), May 1987. pp. 219-229.*

Describes a comprehensive cognitive-behavioral treatment program conducted by interveners therapists working primarily in the homes of 72 chronic pain patients who had been vocationally disabled for 2+ yrs because of pain

8. *Feasibility of a Cognitive Restructuring Intervention for Treatment of Chronic Pain in Persons With Disabilities. Ehde, Dawn M.; Jensen, Mark P.; Rehabilitation Psychology, Vol 49(3), Aug 2004. pp. 254-258.*

To determine the feasibility of a cognitive restructuring intervention relative to an education intervention for treatment of pain in persons with chronic pain secondary to disability.

9. *Irritable bowel syndrome: an update on therapeutic modalities. By Farhadi A, Expert Opin Investig Drugs, 2001 Jul; Vol. 10 (7), pp. 1211-22.*

Education, reassurance and emotional support are the cornerstones of successful treatment. The mainstays of the current therapeutic approach continue to be: stress management strategies, dietary modification entailing addition of dietary fibre and pharmacotherapy.

10. *[Cognitive restructuring in chronic pain. Help your patients understand their pain in a new light. Pain Therapy Series, 3: Active pain coping works] Kognitive Umstrukturierung bei chronischen Schmerzen. Helfen Sie Ihrem Patienten, seine Schmerzen in neuem Licht zu sehen. Serie Schmerztherapie, Folge 3: Aktive Schmerzbewältigung verbessert prognose. (ger) By Friebe H, Fortschr Med, 1999 Feb 20; Vol. 117 (5), pp. 53.*

Geen Engels abstract aanwezig.

11 *Encountering the continuing challenges for women with chronic pain: recovery through recognition. (eng; includes abstract) By Werner A, Qual Health Res, 2003 Apr; Vol. 13 (4), pp. 491-509.*

This work is based on experiences from a group treatment for women with chronic musculoskeletal pain. The authors explored the nature and consequences of the reported benefits from being met with recognition in the groups, focusing the potential usefulness in everyday life.

12. *Motivational interviewing: a review*, Eileen Britt, Neville M. Blampied, Stephen M. Hudson (2003). *Australian Psychologist*, Volume 38, Number 3/November 2003, pp. 93 – 201.

There has been considerable interest shown in motivational interviewing (MI), since Miller (1983) initially presented it as an alternative and potentially more effective way of working with problem drinkers, particularly those individuals who may have been perceived as being resistant or in denial. This interest has included developing specific interventions using MI, and extending its use beyond alcohol abuse to a range of problem behaviours, including other mental health problems (e.g., eating disorders) and health problems (e.g., diabetes). The current paper provides an overview of MI -- its development, theoretical basis, and applications. Research on its efficacy is reviewed, and recommendations are made for future research.

13. *Exercise for treating fibromyalgia syndrome. (Cochrane Review)*. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

The objective of this systematic review was to examine the efficacy of exercise training as a treatment for FMS. The authors searched 6 electronic bibliographies for studies of exercise training in FMS: MEDLINE (1966-12/2000), CINAHL (1982-12/2000), HealthSTAR (1990-12/2000), Sports Discus (1975-05/2000), EMBASE (1974-05/2000) and the Cochrane Controlled Trials Register (2000, issue 4). They also reviewed the reference lists from identified articles including reviews and meta-analyses of treatment studies. Randomized trials focused on cardiorespiratory endurance, muscle strength and/or flexibility as treatment for FMS were selected.

14. *A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions*. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, Hewett JE, Johnson JC. *Ann Behav Med*. 1999 Spring;21(2):180-91.

This meta-analysis of 49 fibromyalgia treatment outcome studies assessed the efficacy of pharmacological and nonpharmacological treatment across four types of outcome measures-physical status, self-report of FMS symptoms, psychological status, and daily functioning. After controlling for study design, antidepressants resulted in improvements on physical status and self-report of FMS symptoms. All nonpharmacological treatments were associated with significant improvements in all four categories of outcome measures with the exception that physically-based treatment (primarily exercise) did not significantly improve daily functioning. When compared, nonpharmacological treatment appears to be more efficacious in improving self-report of FMS symptoms than pharmacological treatment alone. A similar trend was suggested for functional measures. It is concluded that the optimal intervention for FMS would include nonpharmacological treatments, specifically exercise and cognitive-behavioral therapy, in addition to appropriate medication management as needed for sleep and pain symptoms.

15. *Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003 Aug;17(4):667-83. Review.*

Complementary and alternative medicine (CAM) has gained increasing popularity, particularly among individuals with fibromyalgia syndrome (FMS) for which traditional medicine has generally been ineffective. A systematic review of randomized controlled trials (RCTs) and non-RCTs on CAM studies for FMS was conducted to evaluate the empirical evidence for their effectiveness. Few RCTs achieved high scores on the CONSORT, a standardized evaluation of the quality of methodology reporting. Acupuncture, some herbal and nutritional supplements (magnesium, SAME) and massage therapy have the best evidence for effectiveness with FMS. Other CAM therapies have either been evaluated in only one RCT with positive results (Chlorella, biofeedback, relaxation), in multiple RCTs with mixed results (magnet therapies), or have positive results from studies with methodological flaws (homeopathy, botanical oils, balneotherapy, anthocyanidins, dietary modifications). Lastly, other CAM therapies have neither well-designed studies nor positive results and are not currently recommended for FMS treatment (chiropractic care).

16. *Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia. A systematic review. Hadhazy VA, Ezzo J, Creamer P, Berman BM. J Rheumatol. 2000 Dec;27(12):2911-8. Review.*

The objective was to assess the effectiveness of mind-body therapy (MBT) for fibromyalgia syndrome (FM) by systematically reviewing randomized/quasi-randomized controlled trials using methods recommended by the Cochrane Collaboration. Thirteen trials involving 802 subjects were included. It is concluded that MBT is more effective for some clinical outcomes compared to waiting list/treatment as usual or placebo. Compared to active treatments, results are largely inconclusive, except for moderate/high intensity exercise, where results favor the latter. Further research needs to focus on the synergistic effects of MBT plus exercise and/or plus antidepressants.

17. *Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. (Cochrane Review). Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.*

The objective of this systematic review was to determine the effectiveness of multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and widespread musculoskeletal pain among working age adults. An electronic search included various databases. It is concluded that there appears to be little scientific evidence for the effectiveness of multidisciplinary rehabilitation for these musculoskeletal disorders. However, multidisciplinary rehabilitation is a commonly used intervention for chronic musculoskeletal disorders, which cause much personal suffering and substantial economic loss to the society. There is a need for high quality trials in this field.

18. *Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. Sim J, Adams N. Clin J Pain. 2002 Sep-Oct;18(5):324-36. Review.*

The authors therefore carried out a systematic review from 1980 to May 2000 of randomized controlled trials (RCTs) of nonpharmacological interventions for fibromyalgia syndrome (FMS). A search of computerized databases was supplemented by hand searching of bibliographies of key publications. The review yielded 25 RCTs, and the main categories of interventions tested in the studies were exercise therapy, educational intervention, relaxation therapy, cognitive-behavioral therapy, acupuncture, and forms of hydrotherapy. The varying combinations of interventions studied in the RCTs and the wide range of outcome measures used make it hard to form conclusions across studies. Strong evidence did not emerge in respect to any single intervention, though preliminary support of moderate strength existed for aerobic exercise. There is a need for larger, more methodologically rigorous RCTs in this area.

19. *Management of fibromyalgia syndrome. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. JAMA 2004;292 (19):2388-2395.*

This article provides a clinical review on the management of the fibromyalgia syndrome. A search of all human trials was made, using various databases. Based on current evidence, a stepwise program emphasizing education, certain medication, exercise, and cognitive therapy is recommended.