

**drs. Saskia Andriessen**

zelfstandig beleidsonderzoeker  
arbeidsparticipatie en arbeid en  
gezondheid bij Andriessen Arbeids-  
participatie

**prof. dr. Han Anema**

hoogleraar sociale geneeskunde  
VUmc, bijzonder hoogleraar aca-  
demisering van de verzekerings-  
geneeskunde vanwege UWV

**prof. dr. Henriëtte van der Horst**

huisarts, hoogleraar huisarts-  
geneeskunde en hoofd afdeling  
Huisartsgeneeskunde en Ouderen-  
geneeskunde VUmc

**drs. Enno Trompert**

bestuurlijk informatiekundige en  
ervaringsdeskundige m.b.t. SOLK,  
lid van de cliëntenraad van GGZ  
inGeest

VOORAL AFSTEMMING MET DE SOCIAAL GENEESKUNDIGE NODIG

# Bij SOLK moet iedereen samenwerken

Diverse betrokkenen onderschrijven een recent pleidooi voor multidisciplinaire samenwerking bij SOLK. Maar zij zien die samenwerking wel graag uitgebreid met bedrijfs- en verzekeringsartsen.

**A**rten verschillen nogal eens van mening over patiënten met SOLK: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. In dat verband pleitten aios interne Evelien Peeters en huisarts Nikki Makkes recentelijk in Medisch Contact voor meer curatieve samenwerking bij SOLK.<sup>1</sup> In dit interessante artikel laten ze sociaal-medische vragen en problemen buiten beschouwing (bijvoorbeeld de vraag of iemand kan werken met klachten en wat de resterende functionerende mogelijkheden zijn en in het verlengde daarvan het recht op uitkering). Maar sociaal geneeskundigen – bedrijfs- en verzekeringsartsen en medisch adviseurs – en behandelend artsen hebben regelmatig een andere kijk op wat er aan de hand is, wat de belastbaarheid is en wat er moet gebeuren om iemands belastbaarheid weer op orde te krijgen (zie voor casussen, geïnspireerd op cliëntervaringen, beide *kaders*). Als zij in het geval van SOLK beter afstemmen en samenwerken, zouden ze tot correctere en meer eensluidende oordelen komen over de beperkingen en mogelijkheden bij de betreffende patiënten. Wij breken dan ook, met Peeters en Makkes, een lans voor meer multidisciplinair overleg, maar dan uitgebreid met sociaal geneeskundigen.

## Vertalen

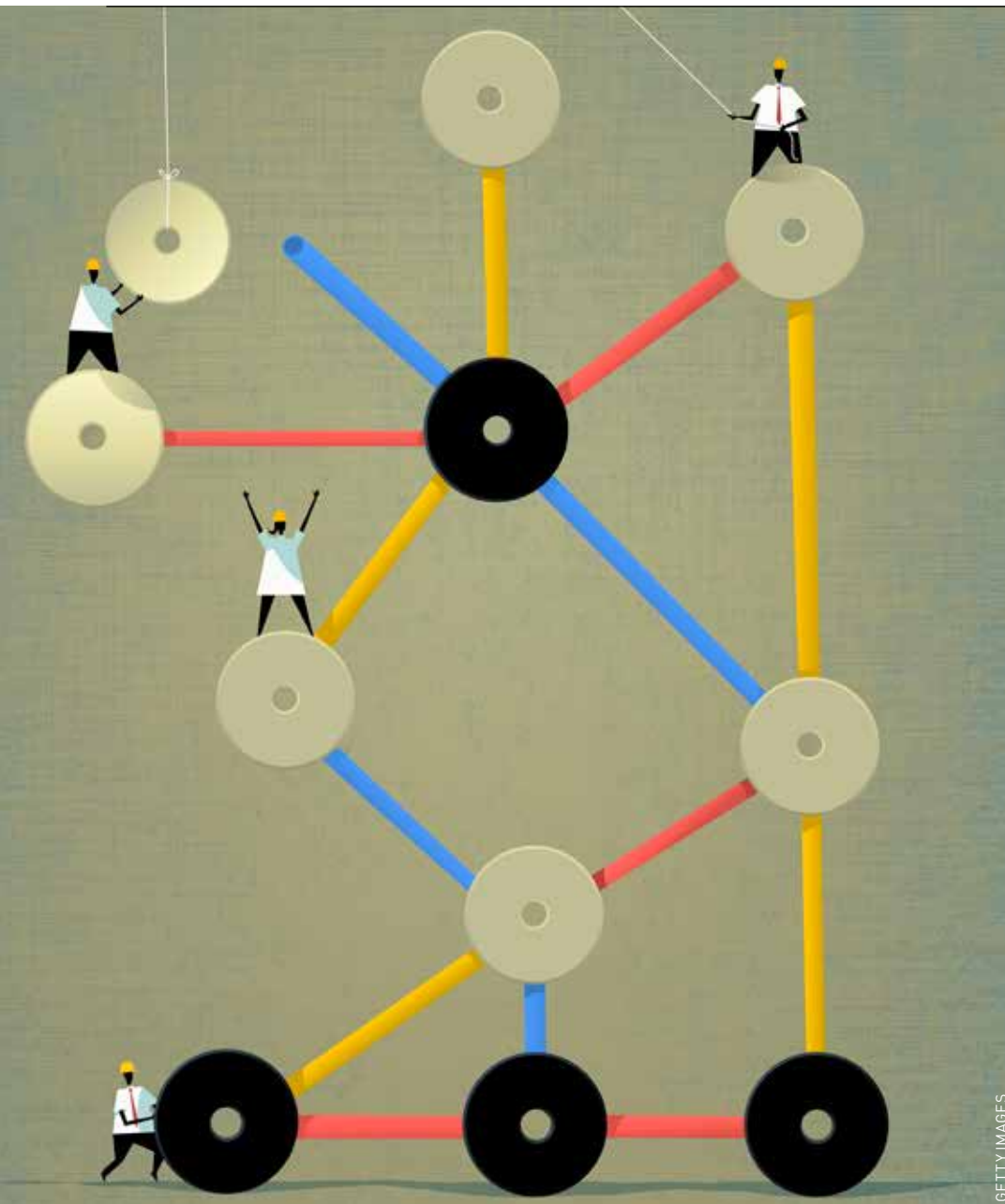
SOLK komen veel voor. De prevalentie van langdurige, ernstige SOLK is echter veel lager: 2,5 procent.<sup>2</sup> Bij

ernstige SOLK ervaart de patiënt een hoge lijdensdruk door ongerustheid over aard en prognose van de klachten, verminderde kwaliteit van leven, ervaren belemmeringen en verminderde arbeidsparticipatie.<sup>3</sup> Uit de cliëntervaringen bekend bij de UWV-clientsraad blijkt dat deze klachten grote

existentiële problematiek mee kunnen brengen, zoals problemen met financiën, wonen, eten, of familie, met extra stress tot gevolg. Ook kan de patiënt zich miskend voelen, onzeker zijn of hij zich aanstelt of dat hij echt ziek is, of het gevoel hebben niet meer mee te tellen. Patiënten met langdurige SOLK hebben vaak diverse klachten en een hoog arbeidsverzuim. Bij een onderzoek onder langdurig zieke werknemers bleek bij 15,1 procent sprake van ernstige SOLK. Bij hen was vier tot zes keer zo vaak ook sprake van een depressie of angststoornis.<sup>4</sup>

Om die klachten echter te vertalen in beperkingen en mate van arbeidsongeschiktheid, vinden sociaal geneeskundigen vaak moeilijk, omdat objectieve medische oorzaken en een concrete richtlijn ontbreken. In Medisch Contact en andere media klinkt dan ook regelmatig kritiek door vanuit de patiënten(verenigingen) en collega-artsen over de beoordelingen en begeleiding naar werk.<sup>5 6</sup> Patiënten verwijten bedrijfs- en verzekeringsartsen willekeur: dezelfde klachten leiden bij de

Patiënten met langdurige SOLK hebben vaak diverse klachten en een hoog arbeidsverzuim



GETTY IMAGES

## ESTHER

**E**sther (40) heeft vanaf haar 10de jaar allerlei onverklaarde gezondheidsproblemen, waaronder grote vermoeidheid. Het is haar gelukt school en studie af te ronden en fulltime aan het werk te gaan. Na vierenhalf jaar krijgt zij regelmatig griepachtige verschijnselen, met frequent verzuim tot gevolg. Tot aan de WIA-keuring blijft zij met moeite twaalf uur per week werken. Ten tijde van de keuring waren er darm- en endocriene aandoeningen gediagnosticeerd. De beperkingen zijn echter veel ernstiger dan op basis van deze aandoeningen verwacht wordt. Zij krijgt een tijdelijke en gedeeltelijke WGA-uitkering. Esther is het hier niet mee eens. Haar behandelend specialisten verschillen behoorlijk van mening met de bedrijfsarts en de verzekeringsarts over de herstelkansen. Na uitgebreide afstemming tussen de betrokken artsen hierover wordt met terugwerkende kracht besloten tot een IVA-uitkering (volledig en duurzaam arbeidsongeschikt).

Betere afstemming en samenwerking leidt tot meer eensluidende oordelen over de beperkingen en mogelijkheden bij SOLK-patiënten.

ene arts wel tot een uitkering en bij de andere niet. Ook zouden deze artsen onvoldoende luisteren naar de behandelaar. Verschillende onderzoeken tonen aan dat verschil van mening tussen patiënten, artsen en uitkeringsverstrekker negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid en re-integratie.<sup>7 8</sup>

### Consistentie

Verzekeringsartsen moeten volgens de wet beoordelen of de patiënt door een 'rechtstreeks en objectief medisch

vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek geheel of gedeeltelijk niet in staat is' om inkomen met arbeid te verdienen. Een diagnose is volgens dit zogenaamde medisch arbeidsongeschiktheids criterium overigens niet noodzakelijk om beperkingen en het resterende arbeidsvermogen van een patiënt te kunnen vaststellen.<sup>9</sup> Wel moet er sprake zijn van interne en externe consistentie, toetsbaarheid en reproduceerbaarheid. Bij interne consistentie vormt het verhaal van de patiënt zelf over zijn klachten, beperkingen en functioneren

## PIETER

Pieter is negen maanden geleden na een periode van extreme werkdruk en een akelig fietsongeval waarbij hij zijn bovenarm brak en zijn nek bezeerde, uitgevallen op zijn werk. Hij heeft een paar keer geprobeerd om weer aan de slag te gaan, maar door moeheid, concentratieproblemen en duizeligheid lukt het hem niet om zijn veeleisende baan vol te houden. Ook heeft hij nog steeds veel last van zijn schouder en arm. Zijn huisarts heeft na uitgebreid specialistisch onderzoek zijn klachten als

SOLK en chronische pijn geduid en hem verwezen naar een revalidatiecentrum voor een intensief behandeltraject. De bedrijfsarts oordeelt dat Pieter weer belastbaar is na deze lange revalidatieperiode. De huisarts en de revalidatiearts geven echter aan dat hij goed op zijn grenzen moet letten. Pieter wil graag weer aan het werk, maar weet niet wat hij moet doen, vanwege de verschillende adviezen van huisarts, bedrijfsarts en revalidatiearts.

een logisch geheel. Externe consistentie betekent dat er bij 'meerdere medisch deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde en verantwoorde opvatting bestaat, dat arbeidsongeschiktheid voldoende aannemelijk is'. Het beoordelen van de interne consistentie en het komen tot afstemming met curatieve collega's over de beperkingen is in de praktijk nogal eens lastig. Mede omdat er in de bestaande multidisciplinaire richtlijn SOLK van 2010 weinig aandacht is voor de afstemming en samenwerking met de verzekeringsarts en in het verlengde daarvan de vaststelling van de beperkingen en arbeidsongeschiktheid.

### Schrijnende situaties

Patiënten met SOLK vragen hun huisarts nogal eens om hun beperkte arbeidsmogelijkheden te bevestigen

tegenover de bedrijfs- en/of verzekeringsarts. Dat stelt huisartsen voor dilemma's, want wettelijk gezien mogen zij daarover niet oordelen. Ook de informatieverzoeken van medisch adviseurs of UWV-verzekeringsartsen vinden huisartsen niet altijd eenvoudig te beantwoorden.

Huisartsen en sociaal geneeskundigen moeten voor overleg en afstemming een aantal hobbels nemen, al bestaat er voor de uitwisseling een code, een communicatieformulier en een financiële basis. Volgens de KNMG-regels mag de huisarts met machtiging van de patiënt de bedrijfs- of verzekeringsarts informeren over objectieve feitelijke gegevens, zoals diagnose, behandeling en medicatie. Dit is lastig als er geen duidelijke diagnose is. Bij SOLK is er niet alleen overleg nodig over feitelijke gegevens, maar ook over interpretaties. Juist dat laatste vinden behandelend artsen lastig.

Daarnaast is het voor een huisarts niet altijd duidelijk welk advies in het belang van de patiënt is. Is het wel of niet verstandig om verminderde belastbaarheid te melden? En hoe ondersteun je als huisarts een patiënt om weer naar vermogen aan het werk te gaan, maar voorkom je dat deze zijn uitkeringsrechten verspeelt? Door dergelijke onduidelijkheden loopt het nog in te veel gevallen fout, met schrijnende situaties tot gevolg. Daarbij speelt mee dat de huisarts lang niet altijd aandacht heeft voor het functioneren van patiënten in hun werksituatie ('Daar is de bedrijfsarts/het UWV voor').

### Onderzoek

Bovenstaande laat het belang zien van betere afstemming tussen curatieve artsen en sociaal geneeskundigen. En het kan. Nederlands onderzoek wijst uit dat overleg tussen artsen met verschillende specialismen tot grote overeenstemming kan leiden over de beperkingen bij patiënten met SOLK.<sup>10</sup> Verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, huisartsen, psychiaters en revalidatieartsen die ervaring hebben met SOLK beoordeelden de beperkingen bij vier casebeschrijvingen van patiënten met de vier meestvoorkomende vormen van SOLK. Tijdens een Delphi-studie bleek het mogelijk om een grote mate van overeenstemming te bereiken over de beperkingen bij patiënten met SOLK, en dus over de externe consistentie.

In een internationaal onderzoek is de beoordeling op arbeidsongeschiktheid van negen videocasussen van patiënten met SOLK onderzocht.<sup>11</sup> Het betrof klachten met een verschillende mate van ernst. Per patiënt waren er sterke overeenkomsten in de beoordeling, ongeacht het land. Deze studie laat zien dat de omvang van de beperkingen

Wettelijk gezien mogen huisartsen niet oordelen over arbeidsmogelijkheden

als basis voor het vaststellen van arbeidsongeschiktheid zelfs internationaal tot grofweg dezelfde inschatting van de arbeidsongeschiktheid leidt.

### Hard nodig

Multidisciplinair overleg over SOLK-patiënten mét betrokkenheid van de sociaal geneeskundige is daarom hard nodig. De hier beschreven studies en praktijkervaringen geven de mogelijkheden daarvoor aan. We pleiten daarmee ook voor herziening van de bestaande multidisciplinaire richtlijn. Daarin moeten de voorwaarden voor en de wijze van afstemming en samenwerking worden uitgewerkt, met aandacht voor bijvoorbeeld stroomlijning van terminologie, uitleg en informatie, en voor te volgen beleid met betrekking tot arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, herstel en re-integratie. Artsen zouden hierbij gebaat zijn. Maar vooral kunnen patiënten er sneller door verder met hun leven, met aandacht voor wat ze nog wél kunnen. ■

### contact

h.anema@vumc.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Door de auteurs gemelde belangenverstrengeling:

- Han Anema heeft een bijzondere UWV leerstoel Verzekeringsgeneeskunde, hij is aandeelhouder van Evalua Nederland BV (spin-offbedrijf opgericht vanuit VUmc), hij ontving subsidies van ZonMw/NWO, Instituut Gak, UWV, SZW, VWS, Pfizer, Achmea, CVZ/Zorginstituut Nederland maar niet voor dit artikel.
- Saskia Andriessen is zelfstandig en onafhankelijk onderzoeker en hoofdauteur van dit artikel, vanuit haar deskundigheid op gebied van arbeid en gezondheid. Dit was een opdracht waarvoor zij van VUmc betaling ontvangt.
- Henriëtte van der Horst is huisarts en hoogleraar, hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde van VUmc. Zij doet onderzoek op het gebied van SOLK waarvoor ze diverse subsidies heeft ontvangen van ZonMw en van de Stoffels-Hornstra Stichting. Zij heeft voor dit artikel geen subsidie of geld ontvangen.
- Enno Trompert was als cliënt (met ruime cliëntervaring) in de periode 2011 tot 2017 lid van de centrale cliëntenraad van UWV. Hij heeft voor dit artikel geen subsidie of geld ontvangen.

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

# VELDWERK

DE FORENSISCH ARTS



**JEROEN TIMMERMAN** werkt bij de GGD in Amsterdam.

## Legalisering

Ooit sprak ik een coffeeshophouder in de cel en vroeg hem of er wel eens iets misging in zijn zaak, vanuit medisch oogpunt dan. 'Dok', zei hij, 'elke dag pleurt er wel eentje van z'n barkruk.'

'Wat doen jullie dan?', vroeg ik. 'We laten ze even rustig bijkomen en als het er serieus uitziet, bellen we de ambulance.'

Waarschijnlijk is het beroepsdeformatie, maar het kost steeds meer moeite om mijn geduld te bewaren met het 'gedogen', na alle letsels, ongevallen, ziekenhuisopnamen en overlijdens door drugs die wij zien. Verbieden en handhaven is ook niet heel realistisch natuurlijk, want 'niet haalbaar' en we blijken het in Nederland

nog niet eens zo slecht te doen, vergeleken met andere Europese landen. Het hoort er kennelijk bij...

'ELKE DAG  
PLEURT ER WEL  
EENTJE VAN Z'N  
BARKRUK'

Mogelijk door diezelfde deformatie begrijp ik de voortzeurende discussie over legalisering van middelen ook niet. Het

is allang bekend dat met afstand de grootste gezondheidsproblemen komen van de legale middelen alcohol en tabak. Er is nu op vele fronten een gigantische inspanning gaande om het gebruik van deze middelen in te dammen.

Wat zou er gebeuren als andere middelen (cannabis voorop, maar ook xtc, cocaïne, enzovoort) ook gelegaliseerd zouden worden? Door de acceptatie neemt het gebruik en dus het aantal incidenten toe. De 'markt' van leveranciers wordt ineens respectabel en gaat belasting betalen. De overheid pikt graantjes mee, banken gaan zich ermee bemoeien, bedrijven gaan naar de beurs en voor je het weet heb je een industrie die net zoveel schade toebrengt als tabak en alcohol. Na de voorspelbare hausse aan incidenten komen er dan vast weer campagnes tegen het gebruik ervan en is de cirkel weer rond. Dat klinkt weinig zinvol. Tip vanuit het werkveld: laat het lekker illegaal, doe veel en vaak aan goede voorlichting en op hoop van zegen.

Zie ook het interview met Jeroen Timmerman op blz. 14.