

CVS-netwerk voor Oost- en West-Vlaanderen

De zorg voor mensen met een abnormale vermoeidheid met een duidelijke en belangrijke weerslag op het normale professionele en sociale functioneren vergt een aanpak, waarin verschillende zorgverstrekkers van meet af aan of zo vroeg mogelijk betrokken worden.

Vooreerst dient een vermoeidheidsbeeld reeds in een beginfase zo adequaat mogelijk benaderd te worden. Hierin speelt de huisarts een centrale rol. Zo kan een evolutie naar chronische beperking wellicht in een groot aantal patiënten vermeden worden. Een gebalanceerde keuze van onderzoek naar een onderliggende oorzaak, geruststelling bij negatieve onderzoeken en het eventueel inschakelen van psychologische begeleiding en kinesitherapie vormen hierin sleutelementen.

Bij een evolutie naar meer chronische symptomen dient vroegtijdig, reeds na 6 maanden, de stap naar een gespecialiseerde analyse in een expertisecentrum gezet te worden. Vanuit dit expertisecentrum wordt een diepgaandere diagnose, met daaruit voortvloeiend behandelingen- en begeleidingsplan, opgesteld. Dit wordt voor uitvoering toevertrouwd aan de zorgverstrekkers in eigen regio, met de huisarts als manager.

Een aantal partners doorheen Oost- en West-Vlaanderen uit de eerste, tweede en derde lijnszorg hebben zich in een netwerk georganiseerd, waar men terecht kan voor deze benadering volgens wetenschappelijk onderbouwde principes en in eenheid van visie over deze vaak moeilijke problematiek met een belangrijke weerslag voor een maatschappelijk onvoldoende begrepen groep patiënten met schijnbaar onverklaarde lichamelijke klachten.

Medewerkers Algemene Inwendige Ziekten, Infectieziekten en Psychosomatiek, UZ Gent:

Diensthoofd:

- Prof. Dr. Dirk Vogelaers

Psychiaters:

- Dr. An Mariman
- Dr. Marjan Hamels

Psychologen:

- Lic. Daniël Spooren
- Lic. Ann De Rick
- Lic. Stefanie Eggermont

Wetenschappelijk medewerkers:

- dr. Els Tobback
- Lic. Liesbeth Delesie

ZORGPAD Abnormale Moeheid

Belangrijke duiding bij dit zorgpad

Onderstaand zorgpad is opgesteld door de netwerkgroep CVS¹ te Gent. Er werd daarbij uitgegaan van een omschreven ziektebeeld. Een dergelijk uitgangspunt zadelt huisartsen steevast op met het voor de eerste lijn zo specifieke probleem dat zij geen ziektebeelden zien, maar klachten, die hoogstens kunnen duiden op een beginstadium van één of meerdere ziektebeelden. Daarom moeten huisartsen zich bij onderstaand zorgpad bewust zijn van het feit dat dit geen aanbeveling is volgens het klassieke concept van de bekende Domus aanbevelingen.

Het hier voorgestelde zorgpad is vooral tot stand gekomen uit de vaststelling dat veel CVS-patiënten - en bij uitbreiding veel patiënten met onbegrepen klachten - door ons klassieke gezondheidssysteem niet op een adequate manier opgevangen worden. Dit heeft tot gevolg dat zij dreigen te evolueren tot zogenaamde “gecompliceerde” CVS-patiënten waarbij het ziektebeeld als het ware een substantieel deel van de persoonlijkheid van de patiënt geworden is en de patiënten in dit stadium op fysiek, psychosociaal en werkgerelateerd vlak al zoveel schade hebben opgelopen dat de situatie nog moeilijk omkeerbaar is.

Dit zorgpad is dus vooral opgesteld als instrument om huisartsen en ook andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn bewust te maken van dit probleem, er oog voor te hebben en tools aan te reiken om patiënten “at risk” op te pikken, adequaat op te vangen, te begeleiden en indien nodig te verwijzen. De daarbij gehanteerde tijdslijn is deels het resultaat van consensus onder experts, deels arbitrair bepaald en slechts voor een klein gedeelte op evidentie gebaseerd. Deze tijdslijn is dan ook niet opgesteld als een rigoureuus kader, maar eerder als een leidraad die kan gebruikt worden om de patiënt met de klacht moeheid op geregelde tijdstippen te herevalueren en door adequaat professioneel medisch handelen te vermijden dat een CVS ziektebeeld zich instelt of langdurig onbehandeld blijft.

Het is belangrijk te benadrukken dat de klacht abnormale vermoeidheid veelal moet gezien worden in de bredere context van andere onbegrepen klachten. Het concept van dit zorgpad kan waarschijnlijk ook beschouwd worden als een generiek denkkader voor de benadering van onbegrepen klachten in het algemeen (1).

Vermoeidheid: frustratie of uitdaging?

Bij de klacht vermoeidheid zal de huisarts proberen een onderscheid te maken tussen fysiologische vermoeidheid en pathologische vermoeidheid. Bij een pathologische vermoeidheid kan de arts al dan niet tot een somatische, psychische of sociale verklaring komen van de vermoeidheid. Een deel van de vermoeidheidsklachten zal onverklaard blijven.

Jaarlijks bezoekt 1% van de patiënten hun huisarts met de klacht moeheid. Ongeveer 60% daarvan blijft onverklaard (2). Bij 0,5 tot 1% van deze onverklaarde episoden zal de diagnose CVS gesteld worden (3,4). Van alle patiënten die met de klacht moeheid bij de huisarts komen zal hoogstens 1/200 de diagnose van CVS krijgen.

¹ Chronisch Vermoeidheidssyndroom

De jaarlijkse incidentie van CVS in Nederland ligt tussen 18 en 60 / 100.000 patiënten. De prevalentie in Nederland wordt geschat op 110 – 112 patiënten per 100.000 inwoners. Door extrapolatie van deze cijfers kan de prevalentie van CVS in België geschat worden op 20.000 à 25.000 patiënten (5). Vrouwen consulteren 2 maal zoveel als mannen met de klacht moeheid (3). De diagnose CVS komt bij vrouwen 4 maal meer voor dan bij mannen (5).

Socio-professionele re-integratie

Woord vooraf

Voor het behoud van werk is het belangrijk dat tijdens de herstelfase zo snel mogelijk gestart wordt met het “werken aan werk”. Het is dan ook minder belangrijk om hier een timing op te plakken.

Werk (al dan niet betaald) is een belangrijk levensdomein en heeft effecten op fysiek, psychisch en sociaal vlak. Omwille hiervan zijn o.a. volgende acties belangrijk:

- De huisarts blijft werk bespreekbaar maken. Werk is een vast agendapunt in de gesprekken met de patiënt.
- De patiënt en de huisarts proberen hervatting of behoud van het bestaande werk maximaal na te streven. Indien wenselijk wordt beroep gedaan op ondersteunende diensten om dit waar te maken.
- De informatiedoorstroom gebeurt bij voorkeur via de werknemer/werkzoekende. Indien de klant² toestemming geeft, kan contact genomen worden met de verschillende diensten binnen de VDAB om te komen tot een goede samenwerking en expertisedeling.
- In dit proefproject zal er gewerkt worden met aanspreekpersonen. De huisarts kan bij hen terecht voor bijkomende informatie.
- De focus ligt op het stimuleren van samenwerking tussen huisartsen en werkdienstverleners.
- De klant is eigenaar van het eigen loopbaantraject.

“Werken aan werk” binnen het zorgpad

Wanneer werknemers klachten ontwikkelen, die gerelateerd zijn aan hun werk of er een groot effect op hebben, is het belangrijk om, naast een medisch beleid, ook zo snel mogelijk te starten met acties rond het behoud of de hervatting van het werk.

Ook indien werkzoekenden (daaronder wordt verstaan: klanten die geen job noch een contract bij een werkgever hebben) klachten ontwikkelen die een toekomstige tewerkstelling kunnen compromitteren, dient dit zo snel mogelijk opgenomen te worden. De klant kan het advies dan voorleggen bij de verdere opvolging van zijn acties naar werk.

Met gerichte vragen kan nagegaan worden of er een mogelijk verband is tussen het werk en de klachten. Op deze manier stilstaan bij de loopbaan kan openingen creëren.

² Binnen de ruimere organisatie van de VDAB wordt “klant” gebruikt om personen, die zich aanbieden met een hulpvraag, aan te duiden.

Enkele Insteekvragen:

- Ervaart de werknemer bij de uitvoering van zijn werktaken last met de jobinhoud of zijn draagkracht?
- Ervaart de werknemer nog voldoende uitdaging in het werk?
- Is de combinatie werk-gezin in evenwicht?
- Zijn er recent veranderingen in de werksituatie die een invloed kunnen hebben?
- Zijn er aspecten die invloed hebben op de uitoefening van de job: negatieve sfeer, werkplekinrichting, collega's, werk gerelateerde conflicten?
- Zijn er randvoorwaarden die een (negatieve) invloed hebben: bv. woon-werkverplaatsingen, moeilijkheden met kinderopvang?
- Welke problemen worden ervaren bij het zoeken naar werk (financieel, gevoel alleen te staan)?

Indien de arts het gevoel heeft dat ondersteuning op werkvlak een meerwaarde kan betekenen, zijn er verschillende opties mogelijk. We verwijzen naar een meer uitvoerige uitleg in bijlage 1 (Begeleiding in en naar werk).

Fase 0-3 maanden

Subfase 0 - 4 à 6 weken

De klacht moeheid is een zeer veel voorkomende aanmeldingsklacht. Nog veel frequenter is moeheid een onderdeel van een verzameling klachten waarmee de patiënt komt consulteren. De andere klachten kunnen in veel gevallen een diagnose erg waarschijnlijk maken of doen vermoeden, die meteen een verklaring zal zijn voor de vermoeidheidsklachten (zoals klachten die wijzen op een infectie). Indien niet direct een waarschijnlijke diagnose kan aangenomen worden, kunnen bijkomende, meer specifieke klachten een beter aanknopingspunt vormen voor verdere diagnostiek.

Als we ons richten op die patiënten die consulteren met vermoeidheid als geïsoleerde klacht is het belangrijk te weten dat uit onderzoek gebleken is dat bij een groot deel van deze patiënten de klachten vanzelf zullen verdwijnen binnen het tijdsbestek van enkele weken (6).

Het is belangrijk de hulpvraag en de eigen attributies van de patiënt te exploreren. De huisarts zal, in acht genomen de gunstige prognose van de klacht moeheid, zich in een eerste fase willen beperken tot duiding en geruststelling. Kennis van de hulpvraag en de attributies van de patiënt zullen daarbij een cruciale rol spelen evenals een empathische open attitude.

Bij de exploratie van de klacht moeheid zal vooral de anamnese belangrijk zijn om tot een mogelijke verklaring te komen. Door anamnese en klinisch onderzoek zal de huisarts de aanwezigheid van een aantal belangrijke alarmtekens uitsluiten.

Anamnese

- Soort moeheid: moeheid op zich of eerder lusteloosheid (kan wijzen op depressie), of verhoogde vermoeibaarheid (verminderde inspanningstolerantie > somatisch)
- Ernst: hindert of belet de moeheid het dagelijks functioneren of het werk?

- Duur en ontstaan: hoe lang bestaat de moeheid? Hoe is ze begonnen? Is het begin gerelateerd aan een stresserende gebeurtenis?
- Verloop: over de dag ('s morgens moe opstaan of verergerend in de loop van de dag)
- Contextuele factoren: levenshygiëne, voeding, slaappatroon, werk, sociale context
- Medicatie, middelenmisbruik (alcohol)
- Beïnvloedende factoren: een goed effect van rust wijst eerder op fysiologische moeheid en somatische oorzaken.
- Andere klachten: ook bij patiënten die moeheid als een geïsoleerde klacht presenteren moeten andere klachten bevestigd worden omdat ze van belang kunnen zijn bij meer gerichte diagnostiek of het uitsluiten van alarmsymptomen.

De Vries 2002 (6)

De Jongh, de Vries, Grundmeijer 2005 (3)

Klinisch onderzoek

Gegevens uit de anamnese zullen richting geven aan het klinisch onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek (7). Indien de anamnese geen bijzondere aanknopingspunten biedt, zal een algemeen lichamelijk onderzoek quasi niets medisch beslistkundig opleveren.

Volgende redenen zijn echter belangrijk om wel degelijk een algemeen lichamelijk klinisch onderzoek te verrichten.

- Gevoel van meer zekerheid bij uitsluiten van belangrijke somatische aandoeningen.
- Kan meer doorgedreven diagnostiek voorkomen.
- Versterkt de perceptie bij de patiënt serieus genomen te worden.
- Bij oudere patiënten, waar de voorafkans op somatische aandoeningen hoger ligt, is een klinisch onderzoek wel nuttig. Zo kan men een vergrote lymfeklier opsporen, een voelbare tumor ontdekken, endocriene ziekten vermoeden of een pijnlijke arteria temporalis vast stellen.

De Vries 2002 (6)

Alarmtekens

- Onverklaard gewichtsverlies
- Klinisch significante lymfadenopathie (niet zacht, stevig, hard, >2 cm, progressief groeiend, supraclaviculair of axillair)
- Elk ander kenmerk van maligniteit (hemoptoe, dysfagie, rectaal bloedverlies, borstnodus, postmenopauzale bloeding)
- Focale neurologische tekens
- Kenmerken van inflammatoire arthritis, vasculitis of connective tissue disease
- Kenmerken van cardiorespiratoire ziekten
- Vermoeden van slaap apnoesyndroom
- (Vermoeden van ernstige psychiatrische ziektebeelden)

KCE 2008 (5), Hamilton 2010 BMJ (8), NICE 2007 (9)

Beleid

- Indien er alarmtekens aanwezig zijn, dient men uiteraard te handelen. Voor de huisarts betekent dit meestal doorverwijzen.

- Indien er een voor de hand liggende verklaring is op somatisch, psychisch of sociaal vlak dient de huisarts dit uit te leggen en uiteraard daarvoor het beleid te voeren.
- Indien er geen alarmtekens zijn en geen duidelijke aanwijzingen voor een somatische, psychische of sociale verklaring dan is een afwachtend beleid gerechtvaardigd (2) en kan volstaan worden met
 - uitleg dat meeste episoden van moeheid meestal vanzelf overgaan,
 - uitleg over fysiologische vermoeidheid,
 - (psycho-)educatie onder vorm van een patiëntenbrief www.thuisarts.nl (en voer de term “moeheid” in)

Subfase 4 à 6 weken - 3 maanden

Specifieke andere klachten?

Indien de klacht moeheid langer dan 4 à 6 weken blijft bestaan zal de huisarts de patiënt herevalueren om te zien of er andere specifieke klachten zijn bijgekomen die een aanknopingspunt vormen bij de diagnostiek. Dit zal de richting van het verder beleid bepalen.

Alarmtekens

Indien er nu wel alarmtekens gevonden worden, zal navenant gehandeld worden.

Moeheid als enige aanknopingspunt

Indien de moeheid blijft bestaan als geïsoleerde klacht, worden de anamnese en het klinisch onderzoek zoals boven beschreven herhaald.

Als dit geen specifieke aanknopingspunten geeft, wordt aanvullend onderzoek gedaan:

- Beperkt bloedonderzoek wordt aanbevolen: Hb, Sed, TSH, Glucose en eventueel: ALAT, creatinine, EBV (2,10)
- Psychosociale aspecten worden specifiek geëxploreerd: navragen van cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale aspecten met aandacht voor mogelijke stressfactoren (11)
- PHQ2 vragenlijst voor depressie wordt afgenomen (Bijlage 2)
 - Indien positief geantwoord werd op één van de vragen van de PHQ2, kan de PHQ9 vragenlijst (Bijlage 3) afgenomen worden om een mogelijke depressie verder te exploreren en de ernst in te schatten (12)
- Het bijhouden van een dagboek kan behulpzaam zijn

De mate van vermoeidheid kan bepaald worden door een Visueel Analoge Schaal (VAS) (Bijlage 4) en de Chalder FQ vragenlijst voor vermoeidheid (Bijlage 5). Deze metingen worden bij vervolggconsultaties herhaald om de toename of afname van vermoeidheid te objectiveren.

Of het nu reeds opportuun is om gebruik te maken van het drieveldenmodel moet individueel door de huisarts ingeschat worden binnen het tijdsverloop van deze fase en conform de gegevens uit de hierboven beschreven exploratieve bevraging.

Beleid bij moeheid als enige klacht

- Geen specifieke afwijkingen die een bepaalde diagnose doen vermoeden:
 - duiding van het begrip moeheid,
 - nogmaals verwijzen naar de patiëntenbrief over moeheid,
 - vervolgspraak maken

- Aanwezigheid van risico-indicatoren
Indien de huisarts het vermoeden heeft dat er contextuele, persoonsgebonden of symptoomgerelateerde risico-indicatoren aanwezig zijn (12,13), kan gebruik gemaakt worden van:
 - korte interventies (zoals bvb CGT³ bij angst, hyperventilatie). Afhankelijk van de vaardigheden en de mogelijkheden van de huisarts kan daarvoor doorverwezen worden naar de psycholoog in de eerste lijn.
www.nhg.org/standaarden/samenvatting/angst
 - hulp van een kinesitherapeut als coach (bvb bij bewegingsangst), of door geven van relaxatieoefeningen en verdere duiding
 - psycho-educatie: patiëntenbrieven over angst, hyperventilatie
<http://thuisarts.nl/angststoornis/ik-heb-angststoornis>
<http://thuisarts.nl/hyperventilatie/ik-heb-last-van-hyperventilatie>

Bij vermoeden van een psychische/psychiatrische problematiek:

- Depressie:
 - Milde tot matige depressie: behandeling in eigen beleid (aanbeveling Domus Medica, standaard NHG, zorgpad depressie)
www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/depressie (14)
www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie (15)
www.zorgpad-depressie.be
 - Indien uit de vragenlijsten blijkt dat het om een ernstige depressieve stoornis kan gaan: doorverwijzen
(Bijlage 6: Zorgpad depressie; Bijlage 7: Flowchart depressie)

- Andere psychische/psychiatrische problematiek:
Beleid conform de vermoedelijke diagnose

De psycholoog in de eerste lijn kan in deze fase ook adviserend en educerend optreden naar de huisarts toe.

Werkbehoud, werkhervatting

In het geval van werkbehoud

Al vroeg wordt met de patiënt bespreekbaar gemaakt dat werkbehoud één van de na te streven doelen is. Bij dreigende werkonbekwaamheid kan de huisarts contact opnemen met de arbeidsgeneesheer (Bijlage 8: De rol van de arbeidsgeneesheer bij werkhervatting). Eventueel

³ Cognitieve Gedragstherapie

kan contact opgenomen worden met de VDAB/GTB indien trajectbegeleiding/loopbaanbegeleiding noodzakelijk is.

In het geval van werkhervatting

Arbeidsgeneesheer + adviserend geneesheer. Het is belangrijk een verslag te bezorgen aan de adviserende arts waarin een planning voorgesteld wordt zowel diagnostisch als therapeutisch. Dit bevordert de wederzijdse communicatie en begrip.

Fase 3-6 maanden

Indien de patiënt langer dan 3 maanden blijft klagen van vermoeidheid, wordt opnieuw geëvalueerd. Zijn er nieuwe elementen zijn die wijzen op een specifieke diagnose of zijn er alarmtekens? Specifieke klachten zullen het verder onderzoek richting geven. Bij alarmsymptomen wordt doorverwezen.

De anamnese en het klinisch onderzoek wordt herhaald waarbij een inschatting wordt gemaakt of de patiënt een verhoogd risico heeft tot het ontwikkelen van een chronische vermoeidheid. Daarvoor kan de huisarts beroep doen op het drieveldenmodel, een instrument dat gebaseerd is op het bio-psycho-sociaal model en zicht geeft op de voorbeschikkende, de uitlokkende en de onderhoudende factoren die van toepassing zijn bij deze patiënt. Daarbij wordt ook rekening gehouden met sociale en werkgerelateerde factoren en de persoonsgebonden kenmerken van de patiënt. Zo kan men een inschatting maken van de balans tussen draagkracht, draaglast en persoonlijkheidskenmerken van de patiënt (16).

Indien er een hoog risico is op het ontwikkelen van een chronische vermoeidheid kan de patiënt doorverwezen worden naar een multidisciplinair team. De behandeling van CVS kan naargelang de ernstgraad, d.i. voornamelijk de invloed op het dagelijks functioneren, respectievelijk in de eerste lijn (mild en matig) of in de tweede (derde) lijn (ernstig of gecompliceerd) gebeuren. In overleg met de huisarts wordt een individueel behandelplan opgesteld.

Er kan sprake zijn van een situatie waarbij er geen alarmtekens zijn, geen specifieke diagnose wordt vermoed of de huisarts een diagnose kan stellen die al dan niet samen met andere bevindingen uit het drieveldenmodel als uitlokkend of onderhoudend kan gezien worden voor de vermoeidheidsklachten en die behandelbaar is in de eerste lijn.

De huisarts kan dan samen met andere hulpverleners van de eerste lijn de verdere diagnostiek, de behandeling en de opvolging alsnog in eigen beleid houden. De keuze om dit te doen hangt af van de expertise en specifieke ervaring met deze pathologie van de huisarts en de andere hulpverleners en gebeurt in samenspraak met de patiënt en uitsluitend met diens goedkeuring na grondige uitleg van het te volgen beleid (Bijlage 9: CVS criteria).

De huisarts dient dan de mogelijke diagnose verder uit te werken al naar gelang de gepresenteerde klachten en zich ervan te vergewissen dat het om een in de eerste lijn behandelbare ziekte gaat. De huisarts geeft vervolgens uitleg over de aandoening, geeft psycho-educatie indien nodig (vb. Het

reattributiemodel⁴), behandelt de patiënt binnen het kader van de principes van CGT (5,17) en volgt de patiënt op middels vervolgconsulten op geregelde tijdstippen.

Best wordt doorverwezen naar een kinesitherapeut met bijzondere expertise en interesse inzake CVS om de patiënt te behandelen binnen het kader van de principes van GET⁵ (5,17). Enige kennis van CGT vanwege de kinesitherapeut is noodzakelijk.

De huisarts kan ook doorverwijzen naar een psycholoog cognitief gedragstherapeut om diagnostische redenen en voor meer doorgedreven cognitief therapeutische behandeling.

Een intensieve communicatie tussen de verschillende hulpverleners, zeker bij het begin van de doorverwijzing, is essentieel bij deze multidisciplinaire aanpak en wordt gecoördineerd door de huisarts.

Daarbij kan gebruik gemaakt worden van het drieveldenmodel als communicatiedocument maar alleen met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Het kan immers zijn dat de patiënt niet alles wat ter sprake is gekomen bij het opstellen van het drieveldenmodel met alle hulpverleners wil delen.

Fase langer dan 6 maanden

Indien de vermoeidheid en eventuele andere klachten langer dan 6 maanden blijft bestaan of als er vroeger verslechtering is van de klachten ondanks een adequate aanpak wordt doorverwezen naar een multidisciplinair team met bijzondere interesse en expertise in de diagnostiek en behandeling van CVS.

Het multidisciplinair team bestaat uit een algemene internist, psychiater, psycholoog, specialist fysische geneeskunde en revalidatie, verpleging. Het team heeft een gecentraliseerd secretariaat met een vast telefoonnummer. Het team moet beroep kunnen doen op een slaaplabo, sociale dienst en de VDAB.

Bij een eerste aanmelding is het belangrijk om zoveel mogelijk bestaande informatie ter beschikking te krijgen. Deze informatie wordt aan al de leden van het team bezorgd.

De internistische evaluatie omvat volgende elementen:

- een grondige anamnese met in kaart brengen van de intensiteit en het tijdsverloop van de vermoeidheid en geassocieerde symptomatologie, inclusief een klassieke systeemanamnese en oplistings van antecedenten;
- een gestandaardiseerde systeemanamnese naar mineure Fukuda criteria voor CVS, psychische comorbiditeit en primaire slaappathologie;
- klinisch onderzoek met formulering van werkhypothesen, wat een combinatie kan betekenen van verschillende denkplaatjes (bijv. een combinatie van CVS + psychische/psychiatrische comorbiditeit, primaire slaappathologie, nog niet gedetecteerde internistische pathologie).
- formulering van bijkomende investigaties, zonder herhaling en overinterpretatie van bijvoorbeeld serologie.

⁴ Declercq T, Rogiers R. Lichamelijk onverklaarde klachten in de huisartsenpraktijk. Het reattributiemodel. Huisarts Nu 2007;36(5):221-8.

⁵ Graded Exercise Therapie

Een minimale set van beschikbare of na te streven paraklinische gegevens omvat:

- screening biologie (inclusief, indien geïndiceerd screening op coëliakie, ijzerparameters, basale endocrinologische screening met TSH, nuchtere cortisolemie en bij mannen ochtendtestosteron);
- enkelvoudige serologie voor EBV, CMV en Toxo (IgG en IgM);
- RX thorax en echo abdomen;
- PSG ± MSLT⁶.

De fysiotherapeutische evaluatie screent voor geassocieerde musculoskeletale pathologie en zo vermoed inflammatoir gewrichtslijden.

De psychodiagnostische evaluatie bestaat uit intake-gesprek, vragenlijstonderzoek en feedback-gesprek bij de psycholoog, en indien geïndiceerd consultatie bij de psychiater.

Minstens één van de intakes gebeurt samen met een steunfiguur.

Betrokkenheid en engagement van de patiënt dient liefst contractueel (via informed consent) vastgelegd te worden.

Minstens maandelijks wordt een teamvergadering georganiseerd waarop de huisarts eventueel kan uitgenodigd worden. Het team engageert zich om aan de huisarts een multidisciplinair verslag af te werken, 3 maanden na aanmelding op het secretariaat.

Referenties en noten

1. NHG standaard SOLK 2013
2. Van Bokhoven L. Moeheid. Huisarts en Wetenschap 52(9) augustus 2009
3. Diagnostiek van alledaagse klachten. De Jongh, de Vries, Grundmeijer. 2005 BohnStafleu van Loghum.
4. Bazelmans E, Vercoulen JH, Galama JM, et al. Prevalentie van het chronisch vermoeidheidssyndroom en primaire chronische fibromyalgie in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk. 1997;141:1520-3.
5. Stordeur S, Thiry N, Eyssen M. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 88A (D/2008/10.273/58)
6. De Vries, Fechter, J Koehoorn, Claessen, de Haan. Moeheid. H&W 45(01)januari 2002:27-31.
7. Grundmeijer HGLM, Reenders K, Rutten, GEHM, editors. Het geneeskundig proces. Klinisch redeneren van klacht naar therapie. Maarssen: Elsevier/Bunge; 2009
8. Hamilton W, Watson J, Round A. Investigating fatigue in primary care. BMJ 2010; 341:c429
9. Turnbull N, Shaw EJ, Baker R, Dunsdon S, Costin N, Britton G, et al. Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) in adults and children. London: National Collaborating centre for Primary Care; 2007. NICE Clinical Guideline 53
10. De CKE richtlijn (2008) (5) raadt bij vermoeden van CVS volgende testen aan: Urine: proteïnen, bloed, glucose. PBO en sedimentatie. Creatinine, elektrolyten, calcium, ALAT, TSH, glucose, CRP, Creatine Kinase en bij klinische argumenten voor een infectie: EBV.

⁶ Polysomnografie ± Multipele Slaap Latentietijd Test

11. Opvolg rapport aanbevelingen Domus Medica, sleutelboodschappen. De PHQ9 vragenlijst is een valide diagnosemiddel in de eerste lijn maar scoort het best bij een geselecteerde populatie met patiënten met een verhoogde prevalentie van depressie. Witkamp KA 2007
12. Risico-indicatoren kunnen:
 - *Persoonsgebonden* zijn zoals perfectionistisch gedrag, angstig of ongeruste persoon, hyperventilatie in het verleden, verwachting dat de klachten chronisch zullen worden, negatieve perceptie over de eigen gezondheid, middelenmisbruik, angststoornis, trauma uit het verleden
 - *Contextueel*: het ontberen van een sociaal vangnet, lage opleiding of een slechte huisvesting.
 - *Symptoom gerelateerd*: een meer ernstige vermoeidheid of ernstige andere symptomen
13. Nijrolder I, van der Windt D, van der Horst H. Prediction of outcome in patients presenting with fatigue in primary care. Br J Gen Pract 2009;59(561):e101-e109.
14. Aanbeveling depressie Domus Medica en opvolg rapport.
www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht
15. Nhg-standaard angst en depressie. www.nhg.org/nhg-standaarden
16. Declercq T, Stuer H, Heytens S, Blancke S, Rogiers R, Eyskens J. Behandeling van CVS in de eerste lijn. Uitdaging of verplicht nummer? Huisarts Nu december 2010; 39(10):379-384.
17. Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome BMJ Clinical Evidence 2008;08:1101 Prediction of outcome in patients presenting with fatigue in primary care.
18. Fatigue: An Overview. T Rosenthal, B Majeroni, R Pretorius, K Malik. Am Fam Physician. 2008;78(10):1173-1179.
19. Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome: summary of NICE guidance. R Backer, EJ Shaw. BMJ 2007;335:446-8.
20. Van Houdenhove B, Luyten P. Treatment of chronic fatigue syndrome: how to find a new equilibrium? Patient education and counseling 77 (2009) 153-154

Bijlagen

Bijlage 1:	Begeleiding in en naar werk
Bijlage 2:	PHQ2
Bijlage 3:	PHQ9
Bijlage 4:	VAS gezondheidsgevoel
Bijlage 5:	Chalder FQ
Bijlage 6:	Zorgpad depressie
Bijlage 7:	Flowchart depressie
Bijlage 8:	De rol van de arbeidsgeneesheer bij werkhervatting
Bijlage 9:	CVS criteria

BEGELEIDING IN EN NAAR WERK

A) Belang van snelle interventie

Langdurige gezondheidsproblemen en/of functionele beperkingen vormen de belangrijkste oorzaak van werkloosheid en uitsluiting uit de arbeidsmarkt. Dit exclusieproces verloopt erg complex en wordt beïnvloed door verschillende factoren. Het is een feit dat hoe langer een werknemer afwezig blijft van het werk, hoe kleiner de kans wordt dat hij het werk bij de eigen werkgever ooit nog zal hervatten.

De waarschijnlijkheid dat werknemers na een afwezigheid van drie tot zes maanden het werk bij de eigen werkgever weer hervatten is minder dan 50% en daalt tot 20% bij een afwezigheid van meer dan 1 jaar. Na 2 jaar werkongeschiktheid keert minder dan 10% van de werknemers terug naar de eigen werkgever.

De methodiek van professionele re-integratie van werknemers/werkzoekenden is er op gericht om door snelle interventie te vermijden dat werknemers als gevolg van gezondheidsproblemen en/of functiebeperkingen langdurig een beroep moeten doen op compensatiesystemen, zoals ziekte- en invaliditeitsuitkering.

Het is cruciaal om het re-integratietraject zo vroeg mogelijk op te starten. Ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere actoren uit de gezondheidszorg hebben daarin een grote verantwoordelijkheid.

B) Algemene informatie

1. Wat is de werkwinkel?

De werkwinkel is de plaats waar alle organisaties samen zijn ondergebracht die kunnen helpen bij de zoektocht naar werk. Dit geeft het voordeel dat de klant⁷ zich kan richten tot één aanspreekpunt en zich niet veelvuldig hoeft te verplaatsen. (<http://www.werkwinkel.be>)

In de werkwinkel kan iedereen terecht die op zoek is naar een job of een passende opleiding. De VDAB, of Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, vervult twee taken in de Werkwinkel.

In eerste instantie verzorgt de VDAB het onthaal. Werkzoekenden worden ingeschreven of geholpen aan de zelfbedieningspc's. Daarnaast geeft de onthaalbediende informatie over de te volgen procedures en de verschillende organisaties, waarbij werkzoekenden terecht kunnen.

De tweede taak van de VDAB in de Werkwinkel is de trajectbegeleiding. De VDAB-trajectbegeleiders begeleiden werkzoekenden naar de arbeidsmarkt. Werkzoekenden kunnen op eigen aanvraag of door een verplichte uitnodiging in trajectbegeleiding komen. Concreet betekent dit dat de VDAB-consulent eerst zal luisteren naar de competenties en de ambities van de werkzoekende. In overeenstemming hiermee zoekt de consulent samen met de werkzoekende naar een geschikte job

⁷ Binnen de ruimere organisatie van de VDAB kan de term patiënt niet gebruikt worden en wordt gesproken van "klant" om personen aan te duiden die zich bij de dienst aanmelden met een hulpvraag.

of naar een bijkomende opleiding of vorming om de tewerkstellingskansen van de werkzoekende te verhogen. Onwil tot werken wordt doorgegeven aan de RVA. Klanten op mutualiteit/RIZIV kunnen eveneens beroep doen op VDAB.

2. Wat verstaat de VDAB onder werkzoekende/werkende (al dan niet in ziekte)

Werkzoekende	uitkering RVA, FOD, mutualiteit, RIZIV, OCMW	<p>RVA: verplicht kader om stappen naar werk te zetten. Bij niet correct opvolgen van actieplan, werkonwilligheid kan dit leiden tot schorsing, al dan niet tijdelijk, van de werkloosheidsuitkering.</p> <p>OCMW: cfr art 60, werk betaald door OCMW, rechten opbouwen door tewerkstelling.</p> <p>FOD: heeft uitkering (inkomensvervangend en/of integratietegemoetkoming), schrijft zich in als vrij werkzoekende. Niet onderhevig aan verplicht kader.</p> <p>Ziv/riziv: heeft uitkering vanuit mutualiteit of RIZIV. Mits goedkeuring van adviserend geneesheer instappen in een traject naar werk. http://partners.vdab.be/cvs/projecten_ziv.shtml</p>
(niet)Werkend werkzoekende	Uitkering ZIV, RIZIV (primaire arbeidsongeschiktheid – invaliditeit)	<p>1. Routing ZIV, samenwerking ZIV met VDAB/GTB en partners http://partners.vdab.be/cvs/projecten_ziv.shtml</p> <p>2. Loopbaanbegeleiding: nood aan loopbaanadvies (een nieuwe regelgeving is in de maak)</p>
Werkende met loopbaanvragen	Ontvangt loon van werkgever	Loopbaanbegeleiding: nood aan loopbaanadvies (een nieuwe regelgeving is in de maak)

3. Wat doen de VDAB en haar partners (GOB, GA, GTB, ...) nu precies?

Voor begeleiding en opleiding van werkzoekenden doet de VDAB eveneens beroep op partners, zoals de GTB, GOB en GA.

De GTB is een gespecialiseerde dienstverlening voor personen met een arbeidshandicap, die nauw samenwerkt met de VDAB en die kan begeleiden om een gepaste job te vinden en te houden.

Samen met de klant wordt bekeken wat de mogelijkheden zijn op de arbeidsmarkt. Er wordt daarbij rekening gehouden met de persoonlijke kenmerken, de wensen en de vaardigheden van de klant,

maar ook met eventuele beperkingen. Daarna bepalen klant en trajectbegeleider samen welke acties nodig zijn om gepast werk te vinden. Dit wordt dan vastgelegd in een actieplan.

Indien er nood is aan een opleiding, sollicitatiebegeleiding of stage op de werkvloer wordt beroep gedaan op de gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdiensten (GA) en gespecialiseerde opleidings- en bemiddelingscentra (GOB).

Er wordt gestreefd naar betaald werk in het normaal economisch circuit of in een beschutte of sociale werkplaats. Als dat niet haalbaar is, kan de klant ook begeleid worden naar arbeidszorg. Bovendien kunnen de klant en de werkgever tijdens de tewerkstelling ondersteund worden. Alle nodige informatie kan de klant vinden in de werkwinkel in zijn buurt of op de website van de GTB: www.gtb-vlaanderen.be

4. Persoon met een arbeidshandicap.

Er zijn 7 soorten bewijsstukken die VDAB erkent:

- VAPH-erkenning
- attest BuSO
- inkomensvervangende – of een integratietegemoetkoming
- kinderbijslag (verhoogd/bijkomend)
- uitkering ZIV/RIZIV
- gerechtelijke of federale blijvende arbeidsongeschiktheid
- attest van VDAB erkende diensten of arts specialist

5. Traject naar werk (een globaal trajectpad)

Stap 1

1. In kaart brengen van de mogelijkheden en verwachtingen van de klant.
2. Indien nodig kan een verdiepend/bijkomend assessment gebeuren
3. Opmaak van een individueel trajectplan

Stap 2

1. Coördinatie en uitvoering van de acties, gekoppeld aan het actieplan
2. Samenwerking faciliteren met reguliere en/of gespecialiseerde opleidingsbemiddelingsdiensten
3. Bijsturing van het actieplan, waar nodig

Stap 3

1. Follow-up van het actieplan
2. Tewerkstellingsmaatregelen en instapmogelijkheden in kaart brengen
3. Ondersteunende acties opzetten in functie van het huidige of toekomstige werk
4. Afsluiten van de nazorgperiode

De klant is actief betrokken in elke stap, neemt zijn eigen traject in handen en wordt individueel ondersteund.

C) PRAKTISCHE ADVIEZEN VOOR DE ARTS

In dit proefproject zal er gewerkt worden met **aanspreekpersonen** die huisartsen bijkomende informatie kunnen geven.

Werkende patiënt:

- Bij serieuze werkgerelateerde klachten kan met toestemming van en in overleg met de werknemer contact genomen worden met de arbeidsgeneeskundige dienst. Er kunnen afspraken gemaakt worden over (voorlopige) aanpassing van de arbeidstijden, wijziging in jobinhoud of het bespreekbaar maken van geschillen.
- Loopbaanbegeleiding door de VDAB/GTB. Reflectie over de huidige job en uitklaren van andere verwachtingen, wensen en mogelijkheden resulteren in een loopbaanadvies. Een verleend advies is niet vervat in een verplicht kader (**een nieuwe regelgeving is in de maak**).

Werkzoekende patiënt:

- Als de huisarts vaststelt dat zijn patiënt als werkzoekende problemen ervaart met het zelfstandig zoeken van een job, kan de werkwinkel ingeschakeld worden.

Niet-werkende werkzoekende patiënt

- Van zodra de werknemer buiten het stelsel van gewaarborgd loon valt en de huisarts vermoedt dat een ondersteuning door de VDAB aangewezen is, kan doorverwezen worden naar de adviserend geneesheer. Deze kan toestemming geven tot heroriëntatie, begeleiding en opleiding (http://partners.vdab.be/cvs/projecten_ziv.shtml).
- De huisarts informeert de werknemer over de mogelijkheden van progressieve tewerkstelling. Progressieve werkhervatting laat toe dat de klant een graduele terugkeer maakt naar het werkniveau van voor de gezondheidsproblemen. Indien de werknemer hiervoor openstaat dan verwijst de huisarts haar door naar de adviserend geneesheer.
- Ook hier kan de arts doorverwijzen naar de VDAB/GTB voor loopbaanbegeleiding (**een nieuwe regelgeving is in de maak**).

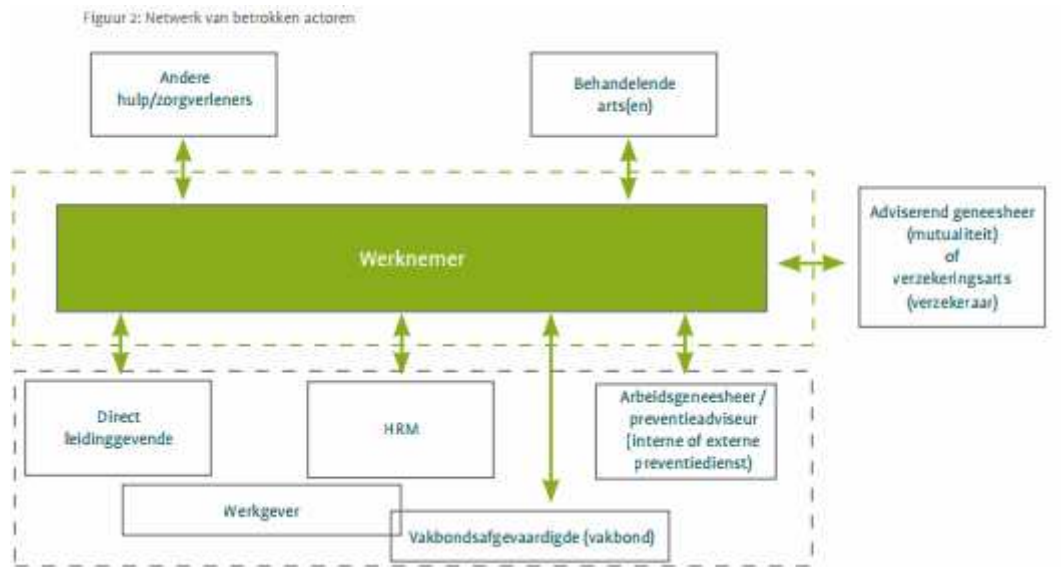
Samengevat:

periode	Minder dan 3 maanden	Tussen 3 maanden en 6 maanden	Na 6 maanden
Medisch vlak	<p>0 tot 6 weken</p> <ul style="list-style-type: none"> - exploreren hulpvraag - anamnese - algemeen klinisch onderzoek - handelen bij alarmtekens - beleid bij duidelijke somatische, psychische of sociale oorzaken <p>4 tot 6 weken</p> <ul style="list-style-type: none"> - herevaluatie eventueel met behulp van het drievelden-model - beleid bij alarmtekens - aanvullend onderzoek - verwijzing kinesitherapeut en/of psycholoog 	<p>Herevaluatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - specifieke diagnose? - alarmtekens? - bij verhoogd risico op CVS verwijzen naar multidisciplinair team - indien geen alarmtekens samenwerking met eerste lijns hulpverlening 	<p>Bij aanhouden of verslechtering van de klachten verwijzen naar multidisciplinair team.</p>
Op vlak van werk	<p>Bespreken werk (initiële vragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - indien wenselijk verwijzen naar werkwinkel - indien wenselijk verwijzen naar adviserend geneesheer - indien wenselijk contact opnemen met arbeids-geneesheer 	<p>Bespreken werk (initiële vragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - indien wenselijk verwijzen naar werkwinkel - indien wenselijk verwijzen naar adviserend geneesheer - indien wenselijk contact opnemen met arbeids-geneesheer 	<p>Het al dan niet zetten van stappen naar werk wordt opgenomen in samenwerking VDAB/GTB met multidisciplinair team.</p>
Mogelijkheid om contactpersoon, van GTB/VDABte bevragen.			

Linken werk:

1. Werkzoekende doorverwijzen naar werkwinkel met volgende info en document:
Codelijst ifv de bijzondere tewerkstellingsbevorderende maatregelen (BTOM):
<http://www.vdab.be/arbeidshandicap/codelijst.shtml>
+ aanvraagformulier
2. Waar vind ik een werkwinkel en wat biedt men aan?
<http://www.vdab.be/werkinzicht/werkwinkel.shtml>
3. Samenwerking ziekenfondsen-VDAB/GTB: projectfiche, achtergrondinfo en alle nodige documenten
http://partners.vdab.be/cvs/projecten_ziv.shtml
4. Progressieve werkhervatting
Ter info
<http://www.hrworld.be/hrworld/Terug-aan-het-werk-na-een-langdurige-afwezigheid-het-taboe-doorbroken.html?LangType=2067>
Progressieve werkhervatting is aangepast, operationeel vanaf 14/04/2013!

Figuur: Netwerk van betrokken actoren bij re-integratie naar werk



PATIENTENGEZONDHEIDSVRAGENLIJST-2 (PHQ-2)

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen? (Omcirkel het antwoord dat voor u van toepassing is)	Helemaal niet	Meerdere dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
1. Weinig interesse of plezier in activiteiten	0	1	2	3
2. U neerslachtig, depressief of wanhopig voelen	0	1	2	3

PATIENTENGEZONDHEIDSVRAGENLIJST-9 (PHQ-9)

Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen? <i>(Omcirkel het antwoord dat voor u van toepassing is)</i>	Helemaal niet	Meerdere dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
1. Weinig interesse of plezier in activiteiten	0	1	2	3
2. U neerslachtig, depressief of wanhopig voelen	0	1	2	3
3. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen	0	1	2	3
4. U moe voelen of gebrek aan energie hebben	0	1	2	3
5. Weinig eetlust of overmatig eten	0	1	2	3
6. Een slecht gevoel hebben over uzelf, het gevoel hebben dat u een mislukking bent of dat u zichzelf of uw familie teleurgesteld hebt	0	1	2	3
7. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken	0	1	2	3
8. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben? Of het tegenovergestelde: zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer beweegt dan gebruikelijk	0	1	2	3
9. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?

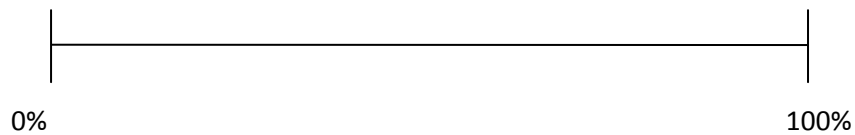
Helemaal niet moeilijk <input type="checkbox"/>	Enigszins moeilijk <input type="checkbox"/>	Erg moeilijk <input type="checkbox"/>	Extreem moeilijk <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

Bijlage 4: VAS gezondheidsgevoel

Visueel Analoge Schaal (VAS) Gezondheidsgevoel

We willen uw gezondheidsgevoel nagaan: hoe gezond voelt u zich?

Op de horizontale lijn duidt u aan hoe gezond u zich voelt, als 100% de beste gezondheid betekent en 0% de slechtste die u zich kunt voorstellen.



Chalder Fatigue Questionnaire - Moeheidsvragenlijst

Richtlijnen bij het invullen van de vragenlijst

Omcirkel het getal dat van toepassing is

0 = helemaal niet

1 = een beetje

2 = veel

3 = heel veel

Lichamelijke symptomen

1. Heeft u last van vermoeidheid of vermoeidheidsklachten?	0	1	2	3
2. Moet u meer rusten?	0	1	2	3
3. Voelt u zich slaperig of versuft?	0	1	2	3
4. Heeft u moeilijkheden om aan zaken te beginnen?	0	1	2	3
5. Heeft u gebrek aan energie?	0	1	2	3
6. Heeft u minder kracht in de spieren?	0	1	2	3
7. Voelt u zich zwak?	0	1	2	3

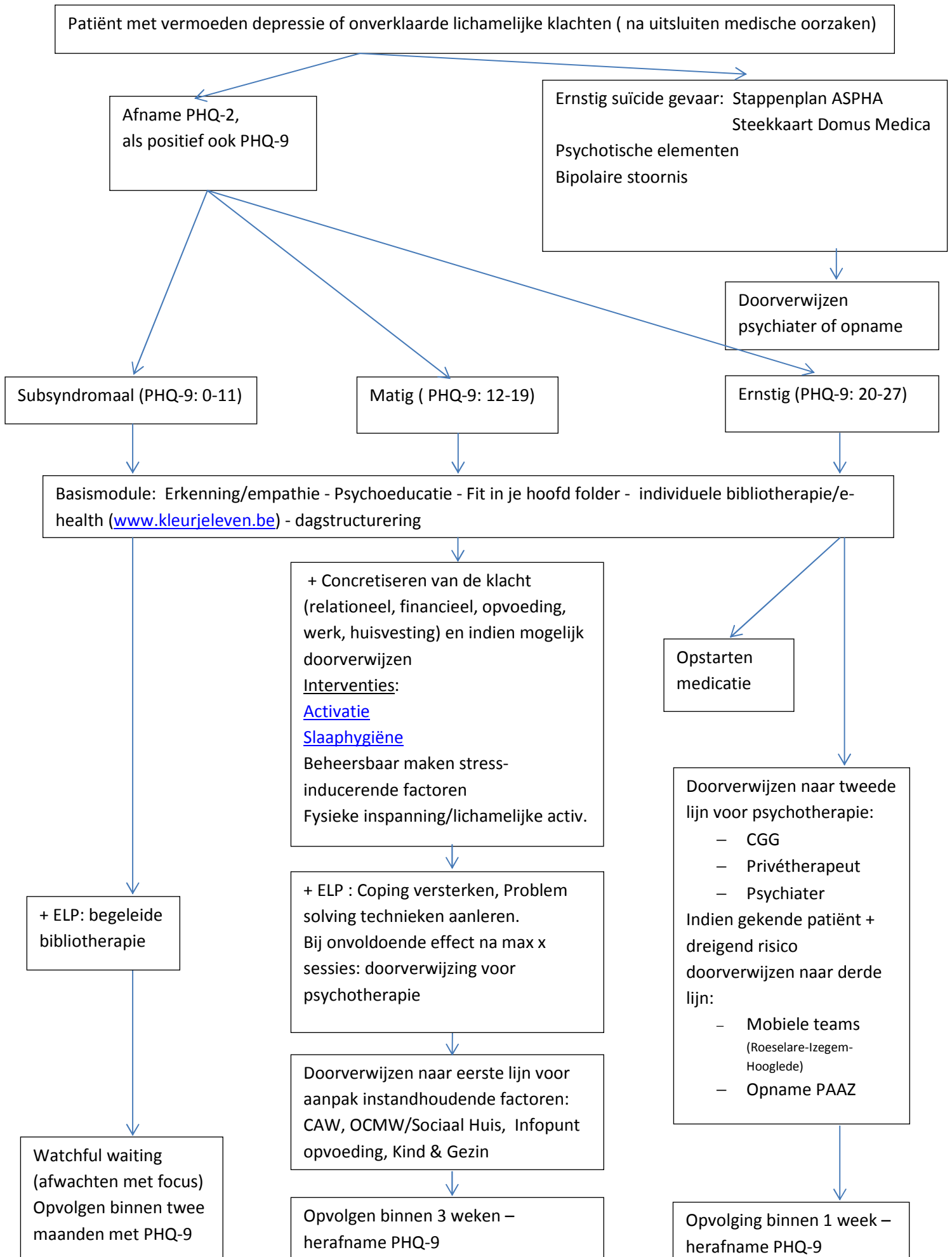
Mentale symptomen

8. Heeft u moeilijkheden om u te concentreren?	0	1	2	3
9. Verspreekt u zich soms bij het praten?	0	1	2	3
10. Vindt u het moeilijker om het juiste woord te vinden?	0	1	2	3
11. Heeft u problemen met uw geheugen?	0	1	2	3

Oorspronkelijke vragenlijst:

Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, Wallace, EP (1993).
Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*; 37:147-153.

Bijlage 6: Zorgpad depressie



FLOWCHART DEPRESSIE (Bij Vermoeden depressie of onverklaarbare lichamelijke klachten)

Eerste afname PHQ-9

Aandachtspunt: Uitsluiten van medische oorzaken (zoals anemie, schildklierlijden, klierkoorts, auto-immuunziektes) en effecten van medicatie

Acuut suïcidegevaar: [Stappenplan ASPHA](#) of [Steekkaart Domus Medica](#)

	SUBSYNDROMAAL (0-11)	MATIG (12-19)	ERNSTIG (20-27)
Huisarts	<p>Interventies: Erkenning en empathie Folder 'Fit in je hoofd' Psycho-educatie Bibliotherapie</p>	<p>Idem subsyndroomaal + Concretiseren van de klacht (relationeel, financieel, opvoeding, werk, huisvesting) en indien mogelijk doorverwijzen</p> <p>Interventies: Activatie Slaaphygiëne Beheersbaar maken stress-inducerende factoren</p>	<p>Idem subsyndroomaal en matig + Opstart medicatie</p> <p>Bij ernstige invloed op dagelijks leven & beperkte respons op therapie</p>
ELP	<p>Interventies: Intensieve begeleiding bibliotherapie</p>	<p>Interventies (individueel/groep): Coping versterken Problem solving technieken aanleren</p>	
Doorverwijzing (optioneel)		<p>Doorverwijzen naar eerste lijn: CAW OCMW/Sociaal Huis Infopunt opvoeding Kind & Gezin</p>	<p>Doorverwijzen naar tweede lijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CGG - Privétherapeut - Psychiater - Mobiele teams (Roeselare-Izegem-Hooglede) - PZT (andere gemeentes) <p>Indien gekende patiënt + dreigend risico doorverwijzen naar derde lijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opname PAAZ - Opname PZ
		<p>Doorverwijzing in functie van de ernst, de impact op het dagelijks functioneren, de omkadering in de thuissituatie en comorbiditeit</p>	
Opvolging	<p>Watchful waiting (afwachten met focus) Opvolgen binnen twee maanden</p>	<p>Opvolgen binnen 3 weken – herafname PHQ-9</p>	<p>Opvolging binnen 1 week – herafname PHQ-9</p>
	<p>Indien PHQ-9 gelijk blijft of stijgt → diagnose opnieuw in vraag stellen</p>		

Tekst voor ZORGPAD Abnormale Moeheid van de netwerkgroep CVS te Gent.

De rol van de arbeidsgeneesheer bij werkhervatting

Auteur: K. Mortelmans MD PhD

Mensura Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk

Samenvatting

De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer kan een positieve en actieve rol opnemen bij werkhervatting na ziekte of ongeval.

Hij is daar uitstekend voor geplaatst omdat hij een direct contact heeft met de werkplaats. Hij kent de werkomstandigheden van de afwezige werknemer en kan oplossingen bespreken met de HR van het bedrijf. De arbeidsgeneesheer kan zo interveniëren voor individuele werknemers, maar ook helpen om in het bedrijf een werkhervattingsbeleid op te zetten. Het beleid staat garant voor een uniforme benadering van alle werknemers die door ziekte of ongeval een lange tijd afwezig blijven.

Hij is daar ook uitstekend voor geplaatst omdat hij in een multidisciplinair team werkt. Indien nodig kan hij zijn collega's, preventieadviseurs gespecialiseerd in ergonomie of psychosociale aspecten, betrekken. Dat is frequent nodig vermits locomotorische aandoeningen en mentale problemen de meest frequente oorzaak zijn van aanhoudend verzuim.

Tot slot is de arbeidsgeneesheer goed geplaatst voor werkhervattingstrajecten omdat hij als arts informatie kan uitwisselen met behandelende geneesheren en adviserend geneesheren van de mutualiteit.

De rol van de arbeidsgeneesheer bij werkhervatting

Auteur: K. Mortelmans MD PhD

Mensura Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk

Volledige tekst

De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer - in de rest van de tekst kortweg 'arbeidsgeneesheer genoemd' - maakt deel uit van de dienst voor preventie en bescherming op het werk (intern en/of extern).

In een brochure van de Federale Overheid wordt duidelijk het ruime takenpakket van de arbeidsgeneesheer omschreven. U kan de brochure gratis verkrijgen via: <http://www.werk.belgie.be/publicationDefault.aspx?id=5104>.

In deze tekst gaan we enkel in op de taken van de arbeidsgeneesheer met betrekking tot werkhervatting.

De arbeidsgeneesheer kan op 2 manieren een actieve rol opnemen:

- a) Door individuele werknemers te begeleiden naar werkhervatting;
- b) Door een werkhervattingsbeleid in een bedrijf mee op te zetten, te implementeren en te evalueren.

1. Individuele werknemers begeleiding

De meeste contacten tussen werkende werknemers en de arbeidsgeneesheer vinden plaats tijdens medische onderzoeken.

Het is echter minder bekend dat er ook contactmomenten mogelijk zijn voor werknemers die dreigen uit te vallen én voor werknemers die al verzuimen.

a) De spontane raadpleging

Elke werknemer kan de arbeidsgeneesheer raadplegen voor gezondheidsklachten die hij of zij aan het werk wijt. Zowel werknemers aan het werk als afwezige werknemers kunnen op spontane raadpleging gaan bij de arbeidsgeneesheer. De werkgever moet hiervan niet op de hoogte gebracht worden, al is zijn betrokkenheid wel wenselijk – dat vergemakkelijkt de communicatie achteraf. Via de spontane consultatie kunnen problemen aangepakt worden, zelfs voordat ze leiden tot verzuim.

b) Het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting

Elke werknemer die meer dan 4 weken afwezig is van het werk omwille van ziekte of ongeval, heeft het recht de arbeidsgeneesheer te raadplegen om zijn of haar werkhervattingsmogelijkheden te bespreken en voor te bereiden. Op basis van de gezondheidstoestand van de werknemer en de kennis van de werkpost kan de arbeidsgeneesheer voorstellen doen aan de werkgever om de terugkeer naar de werkplek te bevorderen. Vanaf de dag van de werkhervatting zal de werknemer zijn reeds aangepaste post dan ook gemakkelijker kunnen opnemen. Het gaat om een bezoek, geen medisch onderzoek. De werknemer moet zelf het initiatief nemen en de werkgever heeft de plicht alle werknemers over deze mogelijkheid te informeren. De werkgever is niet verplicht de door de arbeidsgeneesheer geformuleerde adviezen te volgen. Maar het 'bezoek voorafgaand aan de werkhervatting' komt tegemoet aan werkgevers hun verzuchtingen aangaande aanhoudend verzuim. Het is een methodiek om werkhervatting van werknemers te bevorderen en blijvende uitval te voorkomen. Het biedt werkgevers de mogelijkheid om te anticiperen op eventueel te nemen werkhervattingsmaatregelen.

c) Het werkhervattingsonderzoek

Dit onderzoek is verplicht voor 'onderworpen' werknemers die meer dan 4 weken afwezig zijn gebleven door ziekte of ongeval en het werk hervatten. In de eerste week van de werkhervatting oordeelt de arbeidsgeneesheer of de werknemer wel degelijk geschikt is voor de werkpost die hij voordien bezette of de activiteit die hij voordien uitoefende. In geval van ongeschiktheid, wordt een advies beschreven met gepaste te nemen preventie- of beschermingsmaatregelen. Adviezen kunnen tijdelijke of definitieve aanpassing van werktijden, wijziging van jobinhoud, herinrichting van

werkpost, mutatie naar een andere activiteit inhouden. De werkgever is niet verplicht de adviezen te volgen.

d) De gezondheidsbeoordeling van een definitief arbeidsongeschikte werknemer met het oog op zijn werkhervatting

De term werkhervatting kan hier tot verwarring leiden. In essentie wordt dit onderzoek aangewend wanneer een werknemer door zijn behandelende arts definitief ongeschikt wordt verklaard voor zijn job. De arbeidsgeneesheer oordeelt vervolgens ofwel dat de werknemer voldoende geschikt is om het overeengekomen werk verder te zetten, ofwel dat de werknemer aanpassingen nodig heeft om het werk te kunnen hervatten, ofwel bevestigt de arbeidsgeneesheer het attest van de behandelende arts en stelt ook hij vast dat de werknemer definitief ongeschikt is. Dit laatste leidt tot een beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht. Ook wanneer de arbeidsgeneesheer werkaanpassingen voorstelt, doch deze niet gevonden worden door de werkgever, kan een procedure tot een beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht het gevolg zijn.

De kennis van deze materie bij werkgevers

Een recent Vlaams onderzoek bij personeelsverantwoordelijken van bedrijven met 100 tot 200 werknemers toonde aan dat meer dan de helft van de bevroegde HRM-medewerkers het moeilijk vinden om het onderscheid te maken tussen de controlearts en de arbeidsgeneesheer, en hun respectievelijke taken inzake verzuimbegeleiding (Master thesis arbeidsgeneeskunde van Dr. Lambreghts KULeuven 2011: Belgian employers' sub-optimal knowledge on disability management).

We vatten daarom kort de verschillen hieronder kort samen.

Het verschil tussen een controlearts en een arbeidsgeneesheer:

- De controlearts mag nagaan of een werknemer terecht afwezig blijft van het werk en inschatten hoelang de afwezigheid mag duren. De arbeidsgeneesheer mag deze taken niet vervullen: hij mag geen controle op individueel verzuim uitvoeren.

- De arbeidsgeneesheer waakt over de gezondheid en het welzijn van de werknemers op het werk. Hij stelt met een medisch onderzoek vast of zij in staat zijn om hun taken goed uit te voeren. De arbeidsgeneesheer helpt in de preventie van verzuim. De arbeidsgeneesheer helpt ook bij de werkhervatting van reeds uitgevallen werknemers.

Multidisciplinaire aanpak:

Arbeidsgeneesheren nemen die taken op vanuit Interne of Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk. Daardoor kunnen zij bij ziekteverzuimproblemen ook beroep doen op collega preventieadviseurs: verpleegkundigen, ergonomen, ingenieurs, psychologen en andere deskundigen.

Het voorbeeld van Evi, een 35-jarige verpleegkundige

Sinds zeven jaar werkt ze op de geriatische afdeling van een ziekenhuis. Zij is twee maanden thuis als gevolg van lage rugklachten. In deze periode heeft zij regelmatig contact met de hoofdverpleegkundige. Die raadt haar aan om op bezoek te gaan bij de arbeidsgeneesheer. Evi neemt deze raad ter harte. De arbeidsgeneesheer stelt vast dat Evi beantwoordt aan alle criteria om aan een revalidatieprogramma voor lage rugpijn deel te nemen. Vanuit de Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk wordt Evi's dossier in orde gemaakt. Evi start, kosteloos, een rugschoolprogramma in een revalidatiecentrum in haar regio. Het revalidatieprogramma is multidisciplinair, en omvat psychologische steun en een ergonomische interventie. Terwijl Evi fysiek en mentaal haar belastbaarheid versterkt, neemt een preventieadviseur ergonomie contact op met de hoofdverpleegkundige om Evi's exacte werksituatie te analyseren. De ergonomische werkpostanalyse wordt financieel gesteund door het Fonds voor de Beroepsziekten en is derhalve kosteloos voor het ziekenhuis. Enkele weken later kan Evi terug aan de slag. Sindsdien is ze niet meer uitgevallen.

2. Werkhervattingsbeleid

De arbeidsgeneesheer kan ook een rol opnemen in het opzetten, implementeren en evalueren van een werkherhervattingsbeleid.

Zo'n beleid is niet onbelangrijk als wetenschappelijk onderzoek aantoont dat tijdig ingrijpen essentieel is.

De kans op werkherhervatting?

Hoe langer een werknemer afwezig blijft van het werk door gezondheidsproblemen, hoe kleiner de kans wordt dat hij het werk nog zal hervatten. Na een afwezigheid van drie tot zes maanden daalt de kans dat een werknemer het werk bij de eigen werkgever hervat tot 50%. Na een afwezigheid van meer dan een jaar daalt de kans tot 20% en na 2 jaar tot 10% (<http://www.eurofound.europa.eu/areas/socialcohesion/illnessdisability.html>).

Voordelen van een werkherhervattingsbeleid

Een beleid is wenselijk opdat directie en personeel van een bedrijf op voorhand duidelijke afspraken maken over de visie die in het bedrijf vastgelegd wordt voor de begeleiding van individuele werknemers van arbeidsongeschiktheid naar werkherhervatting. Een beleid zorgt er voor dat er keuzes gemaakt worden in de begeleiding van individuele werknemers doch dat elke werknemer op eenzelfde manier behandeld wordt als hij of zij langdurig afwezig blijft door ziekte of ongeval. Een beleid resulteert in duidelijkheid voor het personeel: elke langdurig afwezige werknemer krijgt een uniform werkherhervattingstraject aangepast aan zijn specifieke noden. Idealiter wordt het beleid goed gecommuniceerd en is het bekend bij werknemers vooraleer deze eventueel zouden uitvallen.

Primaire doelstelling van een werkherhervattingsbeleid

Het beleid is erop gericht werknemers tijdig en gestructureerd weer aan het werk te brengen en zorgt ervoor dat elkeen zijn rol in werkherhervattingstrajecten duidelijk is.

Werkherhervattingsbeleid als onderdeel van verzuimbeleid

Een werkherhervattingsbeleid kan deel uitmaken van een veel ruimer ziekteverzuimbeleid. Een ziekteverzuimbeleid hecht aandacht aan zowel individuele als organisatorische factoren van verzuim en omvat meestal zowel corrigerende als supportieve maatregelen.

Een praktijkvoorbeeld van een onderdeel van een verzuimbeleid:

In een RVT-ROB wordt veel ééndagsverzuim vastgesteld. Werknemers mogen zich ziek melden per sms of de leidinggevende opbellen. Ook de partner van de zieke werknemer mag de telefonische ziektemelding uitvoeren. Op basis van cijferanalyses en een diepgaander oorzakenonderzoek wordt een alternatieve ziektemeldingsprocedure opgestart. Sindsdien melden werknemers zich enkel ziek op een vooraf duidelijk uitgewerkte en gecommuniceerde manier. Werknemers krijgen een handig kaartje waarop de te nemen stappen voor de ziektemelding helder beschreven staan. Elke ziektemelding moet ten laatste een uur voor de aanvang van de werktijd door de werknemer zelf telefonisch bij de direct leidinggevende gebeuren. Als de direct leidinggevende telefonisch niet bereikbaar blijkt, dan is er een alternatief telefoonnummer ter beschikking. Bij de ziektemelding ontvangt de zieke werknemer onmiddellijk van de leidinggevende de naam en het telefoonnummer van de collega die ter vervanging zal opgeroepen worden. De zieke werknemer moet de vervanger zelf en onmiddellijk telefonisch briefen over de over te nemen taken.

De essentiële rol van leidinggevenden

Een werkhervattingsbeleid stelt ook de rol van leidinggevenden helder. Leidinggevenden worden geconfronteerd met alle praktische problemen in verband met de herinplanning van medewerkers die langdurig afwezig zijn. Veel leidinggevenden weten niet goed hoe en of ze contact kunnen houden met langdurig afwezige werknemers. Opleidingen voor leidinggevenden in het voeren van werkhervattingsgesprekken worden ook gewaardeerd.

Leidinggevenden spelen daarnaast een belangrijke rol in het oppikken van signalen van werknemers met dreigend verzuim. Mits ondersteuning kunnen werknemers van wie verwacht wordt dat ze het werk zullen staken om gezondheidsredenen, al dan niet in een aangepast takenpakket of met aangepast uurrooster, toch aan de slag blijven.

Ingrijpen vooraleer de werknemer uitvalt: een voorbeeld

Theresa is 43 jaar en werkt sinds 9 jaar als keukenhulp in een ziekenhuis. Zij presteert goed en is zelden afwezig. Sinds enkele maanden is ze verwickeld in een (v)chtscheiding. Theresa slaapt slecht, krijgt medicatie van de huisarts en wordt doorverwezen naar een psychotherapeut die een behandeling opstart. Collega's bieden een luisterend oor maar weten na enkele weken ook niet meer wat te zeggen. Mo, de direct leidinggevende, merkt hoe Theresa's draagkracht langzaam aan vermindert. Er wordt gevreesd dat Theresa binnenkort zal uitvallen. Op een dag maakt zij een professionele fout. In overleg met Mo en met de HRM-afdeling van het ziekenhuis heeft Theresa een gesprek met de preventieadviseur-psykosociale aspecten van de Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk. Er wordt afgesproken dat deze preventieadviseur Theresa mede zal opvolgen en de brug vormt tussen de behandelende psychotherapeut en de werksituatie. Theresa gaat tijdelijk wat minder werken maar blijft aan de slag, wat belangrijk is voor haar en het keukenteam.

Evaluatie van het werkhervattingsbeleid

Een werkhervattingsbeleid wordt best op regelmatige basis geëvalueerd en bijgestuurd waar nodig. Het vormt een onderdeel van het welzijnsbeleid of zelfs personeelsbeleid.

Bijlage 9: CVS criteria

FUKUDA-CRITERIA		
	<u>Ja</u>	<u>Neen</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Klinisch geëvalueerde, onverklaarbare, aanhoudende of terugkerende chronische vermoeidheid die 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gedurende minstens 6 maanden aanwezig is; 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Plots begonnen is; 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Deze is niet het resultaat van voortdurende constante uitputting; 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Verbetert niet bij rust; 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ En waardoor het vroegere niveau van arbeids-, school-, sociale of persoonlijke activiteiten aanzienlijk verminderen 	0	0
EN		
<ul style="list-style-type: none"> • De aanwezigheid van 4 of meer van de volgende symptomen, welke moeten aanwezig zijn gedurende 6 maanden van de ziekte en die het ontstaan van de vermoeidheid niet hebben voorafgegaan: 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Zelfwaargenomen vermindering van het korte termijn geheugen of concentratie in die mate dat ze aanleiding geven tot een substantiële vermindering in de arbeids-, schoolse, sociale of persoonlijke activiteiten 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Keelpijn 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gevoelige cervicale en/of axillaire lymfeklieren 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Diffuse spierpijn 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Hoofdpijn: nieuwe type, veranderd patroon of ernst 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Niet-herstellende slaap 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Malaise na inspanning die meer dan 24 uur duurt 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pijn in meerdere gewrichten zonder zwelling of roodheid 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> • EXLUSIECRITERIA 		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Elke actieve medische conditie die het voorkomen van chronische vermoeidheid kan verklaren 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gediagnosticeerde ziektes die kunnen recidiveren of niet volledig opgelost zijn tijdens behandeling 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Elke diagnose, gesteld in het verleden of heden, van een belangrijke depressieve stoornis met psychose of melancholische eigenschappen, psychose, dementie, bipolaire stoornis, eetstoornissen 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Alcoholmisbruik of misbruik van andere middelen (in de voorafgaandelijke 2 jaar) 	0	0
<ul style="list-style-type: none"> ○ Ernstige obesitas (BMI >= 45) 	0	0