

Somatisatie of SOLK? Herkenning van somatisatie bij verzuimende werknemers

Rob Hoedeman, Petra Koopmans, Johan Groothoff

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen veel voor bij verzuimende werknemers en in de algemene populatie. Wij vonden, onder verzuimende Nederlandse werknemers die op het spreekuur van de bedrijfsarts kwamen, een prevalentie van 15,1% voor ernstige SOLK.¹ Dit was gedefinieerd als hinder en beperkingen door acht SOLK of meer in de maand voorafgaand aan het meetmoment. De impact van SOLK op het functioneren van werknemers is groot: zij ondervinden functionele beperkingen op alle aspecten van hun functioneren, het draagt bij tot meer frequent en langduriger verzuim.^{2,3} In onze studie was bij werknemers met ernstige SOLK de mediane verzuimduur 78 dagen langer dan bij werknemers met weinig of geen SOLK.⁶

Twee tot drie decennia geleden stelden artsen de diagnose 'somatisatie' als patiënten met lichamelijke klachten, zonder objectiveerbare somatische diagnose, hun klachten aan een somatische aandoening bleven toeschrijven. Vanuit deze achtergrond zijn vragenlijsten met subschalen voor 'somatisatie' ontwikkeld zoals de vierdimensionale klachtenlijst (4-DKL) en de *Patiënt Health Questionnaire* (PHQ). Sinds afgelopen decennium wordt er een onderscheid gemaakt tussen somatisch niet-verklaarde lichamelijke klachten (internationaal: *medically unexplained physical symptoms*; MUPS), de attributie van de patiënt versus de verklaring van de arts. Sinds 2010 is er in Nederland een multidisciplinaire richtlijn voor SOLK en somatoforme stoornissen.⁷

R. Hoedeman, P.C. Koopmans en J.W. Groothoff zijn werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Sociale Geneeskunde, Universiteit Groningen. De eerste twee auteurs zijn bedrijfsarts en epidemioloog bij HR-dienstverlener 365, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: rob.hoedeman@365.nl

SAMENVATTING

Doel van dit onderzoek was om te inventariseren in welke mate de duiding somatisatie van de bedrijfsarts ertoe bijdroeg om arbeidsongeschikte werknemers met veel somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) te herkennen. Tevens werd onderzocht wat de invloed van werknemers- en bedrijfsartskenmerken op deze duiding was. In dit onderzoek namen 43 bedrijfsartsen van vijf groepspraktijken van twee grote arbodiensten deel. Er werden gegevens van 489 arbeidsongeschikte deelnemers verkregen. Qua duiding somatisatie was er geen significant verschil bij de twee groepen werknemers met een PHQ-score ≥ 15 en < 15 . Uit de multilevelanalyse bleek een grote variatie in de duiding somatisatie, waarbij het geslacht en de bevoegdheid van de bedrijfsarts een rol speelden en daarnaast de attributie van de werknemer. Conclusie is dat het concept somatisatie niet aansluit op werknemers met veel SOLK en niet eenduidig door bedrijfsartsen wordt gebruikt. Het verdient aanbeveling bij werknemers met SOLK de diagnostiek en begeleiding vorm te geven volgens de multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen.

Hierin wordt gesteld dat er bij SOLK sprake is van multifactorieel bepaalde klachten, waarbij somatische factoren (al is het maar pathofysiologisch) regelmatig een gedeeltelijke verklaring geven, maar onvoldoende om het in stand blijven van de lichamelijke klachten te verklaren. Somatoforme stoornissen zijn DSM-IV-diagnoses voor SOLK die in de regel qua ernst variëren van langer dan een paar weken bestaand (somatoforme stoornis NAO) tot levenslange SOLK-patronen (somatisatiestoornis). Voor dit artikel is van belang dat de duiding somatisatie nog regelmatig wordt gebruikt door artsen bij SOLK, waarbij de patiënt gedeeltelijk en kortdurend tot volledig en langdurig de lichamelijke klachten toeschrijft aan een somatische oorzaak. De vraag is of en hoe deze duiding valide en bruikbaar is voor artsen. Het concept somatisatie zou valide kunnen zijn als dit zou helpen om werknemers met een ziekte te herkennen in de vorm van een psychisch klachtenbeeld met een lichamelijke presentatie dan wel somatisatie als een vorm van coping waarbij werknemers gefixeerd zijn op lichamelijke klachten (waarbij er niet eens sprake hoeft te zijn van ziekte of gebrek) en het functioneringsherstel vertraagd verloopt.

**SOLK,
SOMATISATIE,
ARBEIDS-
ONGESCHIKTHEID**

SUMMARY

Somatization or MUPS? Recognizing somatization in sick-listed employees

The objective of this study was to examine the degree in which the recognition of somatization by occupational physicians contributes towards the identification of disabled employees with multiple medically unexplained physical symptoms (MUPS). The influence of the characteristics of employees and occupational physicians on the recognition of somatization was also examined. 43 Occupational physicians from five group practices of two large occupational health and safety services participated in this cross-sectional study. Data were collected on 489 disabled clients.

There was no significant difference in the recognition of somatization between the groups of employees with a PHQ score ≥ 15 and < 15 . Multi-level analysis showed a large variation in the recognition of somatization, influenced by gender and engagement of the occupational physicians as well as by symptom attribution by the employees. The conclusion is that the concept of somatization does not pertain to employees with serious MUPS and that it is used ambiguously by the occupational physicians. It is recommended to design the diagnostic process and counselling for employees with MUPS in accordance with the 2010 multidisciplinary guideline on MUPS and somatoform disorders.

De beoordeling van werknemers met SOLK wordt beïnvloed door arts- en patiëntgerelateerde factoren. Lichamelijke klachten zonder duidelijke somatische verklaring dragen bij tot een moeizame arts-patiëntrelatie.⁸ Artsen vinden het dan moeilijker om uitleg en rationales te geven en de patiënt gerust te stellen.⁹ Artsen die arbeidsongeschiktheid en verzuimduur beoordelen, vinden het bij SOLK moeilijker om aan te geven hoe lang het verzuim moet duren. Zij hebben in deze beoordelingen een grotere variatie dan bij beoordeling van werknemers die verzuimen door lichamelijke klachten met een duidelijke somatische oorzaak.¹⁰ Gemiddeld worden werknemers met SOLK langduriger arbeidsongeschikt ge-

acht.⁵ De beroepsachtergrond van de arts beïnvloedt de beoordeling: huis- en bedrijfsartsen die verzuim door SOLK beoordelen, achten de werknemer korter arbeidsongeschikt dan de artsen met een klinische achtergrond.¹¹ Zowel kennis van de voorgeschiedenis als hogere leeftijd en aanwezigheid van een psychisch ziektebeeld dragen ertoe bij dat artsen de werknemer langer arbeidsongeschikt achten.¹²

Dit artikel is een verdiepende deelstudie gebaseerd op ons onderzoek in een cohort van 489 arbeidsongeschikte werknemers, met de volgende twee onderzoeksvragen:

1. Is de duiding somatisatie door bedrijfsartsen onderscheidend bij verzuimende werknemers met veel SOLK?
2. Wat zijn de werknemers- en bedrijfsartsgerelateerde determinanten bij de duiding somatisatie?

METHODES

Design

De studieopzet is cross-sectioneel.

Werknemers

De inclusie van verzuimende werknemers was van april 2006 tot december 2007. De kenmerken van de deelnemende werknemers staan vermeld in tabel 1.

Bedrijfsartsen

Drieënveertig bedrijfsartsen uit vijf groepspraktijken van twee grote arbodiensten (365/ArboNed en Achmea Vitale) namen deel aan de studie. De vijf groepspraktijken waren gekozen op hun kenmerken om tot een representatieve steekproef te komen. Deze groepspraktijken bedienden grote en kleine bedrijven, gelieerd aan verschillende branches en gelokaliseerd in zowel stedelijke als landelijke omgeving. De kenmerken van de bedrijfsartsen staan in tabel 2 vermeld.

Dataverzameling

In de deelnemende groepspraktijken werden gedurende 6 weken aan elke verzuimende werknemer die een afspraak had bij de bedrijfsarts voor de verzuimbegeleiding, een week voor de afspraak de betreffende vragenlijsten opgestuurd. De vragenlijsten werden op de dag van het consult, voor het consult zelf, door de eerste auteur ingenomen. De bedrijfsarts vulde direct na het consult met de werknemer de vragenlijst voor de bedrijfsarts over het betreffende consult in. Aan het eind van de periode van 6 weken vulde elke bedrijfsarts van de deelnemende

I Er is geen verschil in de mate van duiding door bedrijfsartsen van somatisatie bij arbeidsongeschikte werknemers met veel en weinig SOLK.

I Werknemers- (attributie) en bedrijfsartskenmerken (geslacht, bevlogenheid) zijn van grote invloed op het gebruik van de duiding somatisatie.

I De richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen biedt een objectiever en onderbouwd kader om werknemers met veel SOLK te begeleiden en is gericht op een groep werknemers met veel ervaren beperkingen en beduidende risico's op langdurige arbeidsongeschiktheid.

groepspraktijk een vragenlijst over diens kenmerken in.

Meetinstrumenten

Werknemersvragenlijsten

De werknemers vulden vragenlijsten in over hun sociodemografische kenmerken en over de volgende klachten:

- a. SOLK, geïnventariseerd met de somatisatieschaal van de PHQ¹³ (PHQ-15). De PHQ-15 scoort hoe vaak de werknemer de afgelopen maand last heeft gehad van 15 algemene lichamelijke klachten, waarvoor zelden een somatische verklaring van toepassing is (score 0-2; geen last tot veel last). Het afkappunt van 15 (ernstige somatisatie; PHQ-15 \geq 15) komt overeen met de klachtenniveaus gemeten in klinische populaties van patiënten met somatoforme stoornissen die minder ernstig zijn dan een somatisatiestoornis.^{13,14}
- b. Depressie, geïnventariseerd met de depressieschaal van de PHQ¹⁵ (PHQ-9). De totale scores voor de negen depressieve symptomen (score 0-3; in het geheel niet tot vrijwel elke dag) varieert van 0-27, met een afkappunt van 15 (PHQ-9 \geq 15) voor een ernstige mate van depressie. Deze subschaal bevat algoritmes voor depressieve stoornissen.
- c. Angststoornissen, geïnventariseerd met angstschaal van de *Patient Health Questionnaire* (PHQ). Deze subschaal (met ja/nee-opties) bevat algoritmes voor paniekstoornis en andere angststoornissen.¹⁶
- d. Gezondheidsangst, geïnventariseerd met de *Whitely Index* (WI). Deze vragenlijst met 14 items is ontwikkeld om hypochondrie te diagnostiseren en wordt gebruikt om het niveau van gezondheidsangst te meten.^{17,18}
- e. Distress, geïnventariseerd met de distressschaal van de 4-DKL.^{19,20} Totale scores voor de 16 distress-items variëren van 0-32, met een afkappunt van 20 voor ernstige distress.

Alle data met betrekking tot de duur van de arbeidsongeschiktheid werden ontleend aan de databases van de twee deelnemende arbodiensten.

Bedrijfsartsvragenlijsten

Vragenlijst over kenmerken van de werknemer en van het consult

Dit deel van de bedrijfsartsvragenlijst bevatte vragen over de aanwezigheid van lichamelijke klachten bij de werknemer, de attributie van de werknemer voor de oorzaak van de lichamelijke klachten (somatische aandoening, psychische

aandoening, pathofysiologische verklaring, weet niet) en de diagnose van de bedrijfsarts.

Vragenlijst over de kenmerken van de bedrijfsarts

Elke bedrijfsarts vulde een vragenlijst in over zijn eigen sociodemografische kenmerken (geslacht, leeftijd), werkgerelateerde kenmerken (ervaring met branches en organisaties, jaren werkervaring, uren aanstelling, tevredenheid met tijd voor consultaties) en de volgende twee vragenlijsten om burn-out en bevlogenheid van de bedrijfsarts te inventariseren:

1. De versie met 20-items van de Utrecht Burnout Schaal²¹ (UBOS-C). Deze heeft een 3-factorstructuur. Een score hoger dan 2,2 voor (emotionele) uitputting en hoger dan 2,0 voor (mentale) distantie en lager dan 3,5 voor ervaren (professionele) competenties, of een score hoger dan 2,2 voor uitputting en distantie is een indicatie voor burn-out.
2. De versie met 17-items van de Utrecht Work Engagement Schaal²² (UWES). De UWES heeft een 3-factorstructuur voor de factoren vitaliteit, toewijding en absorptie. De drie factoren zijn specifiek, maar hebben een hoge intercorrelatie en kunnen gebruikt worden als een 1-dimensionaal construct. Een gemiddelde score hoger dan 4,67 (25e percentiel) voor energie is een indicatie voor bevlogenheid.

Data-analyse

De data werden gedichotomiseerd naar een PHQ \geq 15-groep (PHQ+groep) en een PHQ < 15-groep (PHQ-groep). Chikwadraattests werden gebruikt voor categoriale variabelen, en *Fischer's Exact*-tests werden gebruikt wanneer meer dan 20% van de verwachte celfrequenties lager waren dan 5. Chikwadraattests voor trend werden gebruikt voor ordinale variabelen. Voor continue variabelen werden Onafhankelijke Student-*t*-tests gebruikt en voor non-parametrische distributies Mann-Whitney U-tests. De analyses werden verricht in SPSS voor Windows 15.0.

Met behulp van multilevelanalyse (MLA) werden de associaties tussen de duiding als somatisatie van lichamelijke klachten door de bedrijfsarts enerzijds, en werknemers- en bedrijfsartskenmerken anderzijds onderzocht. De multilevel logistische modellen werden gemodelleerd volgens de Markov Chain Monte Carlo Methode (MCMC) in MLWIN-software versie 2.10,²³ met gebruikmaking van de procedure zoals beschreven door Merlo.²⁴ In het eerste model werd de waarschijnlijkheid dat de klachten door de bedrijfsarts wer-

den geduid als somatisatie gemodelleerd als een functie van de bedrijfsarts (*random intercept* op bedrijfsartsniveau). In het tweede model werden de werknemerskenmerken toegevoegd. In het derde model werden de bedrijfsartskenmerken toegevoegd en in het vierde model de interactie tussen bedrijfsartskenmerken. We pasten het deviatie-informatie criterium²⁵ (DIC) als diagnostisch criterium toe. Het DIC is het verschil tussen $-2 \cdot \log$ (likelihood) van het huidige en van het verzadigde model. Een significante afname van het DIC indiceert een beter model. We berekenden tevens de intraclass correlatiecoëfficiënt (ICC) als indicator voor het aandeel van de totale variantie die is toe te schrijven aan de variantie tussen bedrijfsartsen. Wij berekenden de mediane odds ratio (MOR, met een 95% Bayesiaans betrouwbaarheidsinterval (CrI)) voor de associatie tussen bedrijfsartskenmerken en het wel of niet duiden van de klachten als somatisatie. Tot slot berekenden we het percentage proportionele verandering in variantie (PCV) als maat voor de proportionele verandering in variantie vergeleken met de variantie in het voorgaande model. We testten voor significantie met de Waldtoets.

RESULTATEN

De respons bij de werknemers was 60,2% en bij de bedrijfsartsen 97,2%. Van de werknemers had 89,5% een of meerdere lichamelijke klachten. Er was een vergelijkbare verdeling tussen mannelijke en vrouwelijke bedrijfsartsen. Er waren geen indicaties voor burn-out bij hen. De bedrijfsartsen van groepspraktijk 4 waren in tegenstelling tot de andere bedrijfsartsen ontevreden met de hoeveelheid tijd die ze voor consulten hadden. De UWES-scores voor engagement waren gemiddeld bij de deelnemende bedrijfsartsen, waarbij ze niet voldeden aan de criteria voor volledige bevlogenheid, dat wil zeggen een score boven de 4,67 (25e percentiel van de referentiewaarden).

Tabel 3 laat de duidingen van de bedrijfsartsen zien bij de PHQ+ en PHQ- groep. Bij 35,9% van de PHQ+ groep duidde de bedrijfsarts gedeeltelijke of volledige somatisatie. Bij de PHQ- groep was dit 27,9%. Als SOLK en somatisatie gerelateerd waren aan een concept dan was de sensitiviteit 0,36 (95% BI 0,25-0,49) en de specificiteit 0,72 (95% BI 0,67-0,77) geweest.

Posthoc hebben we geanalyseerd of psychiatrische comorbiditeit de oordeelsvorming van de bedrijfsarts beïnvloedde. De uitkomsten laten zien dat in aanwezigheid van deze comorbiditeit somatische oorzaken in beide groepen minder waarschijnlijk worden geacht en distress meer

waarschijnlijk. Psychiatrische oorzaken werden met name meer in de PH15-groep herkend. De comorbiditeit leidde niet tot meer duiding van somatisatie in beide groepen.

Tabel 4 laat de resultaten van de MLA zien. Er is een grote variatie tussen bedrijfsartsen. Een ICC van 0,18 is laag. De MOR van 2,2 geeft aan dat, als een bedrijfsarts bij een werknemer met lichamelijke klachten sneller somatisatie duidt, de kans op die duiding van somatisatie een factor 2,2 (range 1,6-3,2) hoger is (dan bij bedrijfsartsen die niet sneller somatisatie duiden). De bedrijfsartskenmerken zijn belangrijker dan de werknemerskenmerken voor de verklaring van de variantie op bedrijfsarts- en werknemersniveau: de proportionele verandering van model 2 naar 3 is 40%. Model 4 heeft de beste fit met de laagste DIC en de hoogste reductie in PCV (52%).

Model 4 laat zien dat de attributie van de werknemer van de klachten naar fysieke en mentale oorzaken bijdraagt aan de duiding van de bedrijfsarts van somatisatie met een OR van 8,2 (95% CI = 4,2-16,1; Wald statistic = 38,4). De residuele heterogeniteit van bedrijfsarts (MOR = 1,7, 95% CI = 1,1-2,8) is van minder relevantie dan de attributie van werknemers naar lichamelijke en mentale oorzaken.

Vrouwelijke bedrijfsartsen duiden de lichamelijke klachten minder vaak als somatisatie dan mannelijke bedrijfsartsen. Er was een interactie-effect tussen geslacht en engagement van de bedrijfsarts. Bij mannelijke bedrijfsartsen nam de duiding van somatisatie af met het engagement van de bedrijfsarts, waar vrouwelijke bedrijfsartsen vaker somatisatie duiden bij meer engagement (Wald statistisch interactie-effect = 9,1).

DISCUSSIE

Onze resultaten laten zien dat het concept somatisatie niet behulpzaam was om werknemers met veel SOLK te onderscheiden van degenen met weinig en geen SOLK. Er was tevens een grote variantie in deze duiding. Van invloed zijn bedrijfsartsgebonden factoren, met name geslacht en bevlogenheid, en werknemergebonden factoren en dan vooral de attributie naar oorzaak van de werknemer. Dit maakt helder dat er onder bedrijfsartsen geen consensus is over wat somatisatie is.

Het begrip somatisatie wordt nog steeds gebruikt voor de 'SOLK-dimensie' van vragenlijsten zoals 4-DKL en de PHQ. Daar wordt het echter wel gebruikt om de symptomenlast door SOLK te bepalen, waarbij er geen vragen zijn opgenomen over de attributie van de werknemer. Los van de

attributie is van belang dat patiënten/werknemers met een hoge somatische symptomenlast, ongeacht of deze somatisch of psychisch verklaard zijn of van onbekende origine, langdurig klachten en beperkingen ondervinden.²⁶ Om deze redenen zou het naar onze mening goed zijn om genoemde vragenlijsten te blijven gebruiken, maar om de somatisatiedimensie van dergelijke vragenlijsten te benoemen als SOLK-dimensie of als 'somatische symptomenlast'.

Sterk in deze studie is dat de steekproef in veel opzichten representatief was door het betrekken van twee verschillende arbodiensten, vijf groepspraktijken en 43 bedrijfsartsen met verschillende werknemerspopulaties. Dit droeg bij tot de externe validiteit. De interne validiteit werd versterkt door de mening van zowel bedrijfsarts als werknemer te exploreren en te vergelijken met de uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten.

De grootste beperking van deze studie was het niet uitvragen van wat bedrijfsartsen onder somatisatie en SOLK verstaan en of ze vonden dat er sprake was van SOLK. Het is goed mogelijk dat bedrijfsartsen de term somatisatie gebruiken als een werknemer met één of enkele SOLK ondanks aanwijzingen voor het tegendeel hardnekkig vasthoudt aan een somatische attributie. Tevens is het mogelijk dat bedrijfsartsen werknemers met veel SOLK herkennen als risicogroep, maar dit niet duiden als somatisatie, maar daar andere duidingen voor hebben en waar dan een grote heterogeniteit in zit. Een beperkte kwalitatieve exploratie had hier meer informatie over gegeven.

Verdere beperking is dat de diagnose ernstige SOLK is gebaseerd op de uitkomsten van vragenlijsten die met zelfrapportage werken, zonder informatie van behandelende sector over eventuele somatische oorzaken. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de bedrijfsarts vrijwel altijd uitvraagt of er relevante afwijkingen door de behandelende arts zijn geconstateerd, maar er was geen diepgaande check op dit vlak. Ditzelfde geldt voor psychiatrische diagnoses. Echter, hiervoor zijn de gebruikte vragenlijsten wel gevalideerd, dat wil zeggen dat ze een hoge correlatie hebben met de diagnoses somatoforme stoornissen, depressieve en angststoornissen in de eerste lijn¹⁵ en de klinische praktijk.¹⁴

Implicaties voor de praktijk

Het is van groot belang om te exploreren waar de werknemer de klachten aan toeschrijft, om gericht uitleg te kunnen geven⁷ en voor het bewust hanteren van de bedrijfsarts-werknemerrelatie.

Bij verschil in attributies tussen bedrijfsarts en werknemer staat er meer druk op deze relatie, maar is dit met het hanteren van een aantal gedragsregels wel hanteerbaar.²⁷

Bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen heeft een goede diagnose meer impact dan artsgebonden factoren met betrekking tot het risico van langdurig verzuim.¹² In samenhang met de onderherkenning van SOLK is er training nodig om bij deze multifactorieel bepaalde beelden de goede diagnose te stellen. Hiervoor is de multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen onontbeerlijk. Deze adviseert om bij SOLK lichamelijke en psychische ziektebeelden uit te sluiten. Dit betekent dat als een psychische diagnose gesteld kan worden en de werknemer herkent dit, dat de werkhypothese SOLK verlaten kan worden. Dan kan verder de NVAB-richtlijn Psychische problemen gevolgd worden.

Het lijkt ons zinnig dat bedrijfsartsen voor hun primaire diagnose hun huidige werkwijze blijven hanteren. De primaire diagnose is gebaseerd op het huidig medische begrippenkader en varieert van een somatische diagnose, psychische diagnose tot die van functioneel syndroom (bijvoorbeeld fibromyalgie of prikkelbaredarmsyndroom). Als er geen duidelijke diagnose is te stellen voor de lichamelijke klachten, wordt de werkhypothese SOLK aangehouden tot er meer duidelijkheid is.

Bij het bepalen van het vervolgbeleid geeft de richtlijn aan dat hierin moeten worden meegewogen: het aantal periodes van SOLK, de mate van discrepantie tussen de attributie van de arts en de werknemer, of er goede uitleg is gegeven, en het resultaat van eerdere interventies. Als inzet van (bedrijfs)maatschappelijk werkende of fysiotherapeut tot onvoldoende resultaat leidt, moet gedacht worden aan verwijzing voor multidisciplinaire interventie. Bij vermoeden van een rol van psychiatrische ziektebeelden is de expertise van een psychiater nuttig. Als gezondheidsangst (in ernstige vorm duidt dit op hypochondrie) bepalend is, dient verwijzing naar een psycholoog besproken te worden.

Ons eerdere onderzoek laat verder zien dat interventies eerder nodig zijn bij veel SOLK, of ze nu in een psychisch dan wel somatisch klachtenbeeld passen, in verband met de vele functionele beperkingen waarmee dit verweven is.

Implicaties voor wetenschappelijk onderzoek

Het is interessant om te onderzoeken wat bedrijfsartsen onder het begrip somatisatie verstaan. Relevant voor de praktijk zal zijn om te

onderzoeken in welke mate bedrijfsartsen nu cognities, emoties en gedrag van werknemers met SOLK exploreren en hoe ze deze hanteren als de werknemer grotendeels somatische attributies heeft of als gezondheidsangst een grote rol speelt. Bij onderzoek zal het van belang zijn de opvattingen van de bedrijfsarts te betrekken, aangezien uit onderzoek bij huisartsen is gebleken dat onzekerheid en ongerustheid van de arts belangrijker voor de uitkomst van het consult is dan ongerustheid van de patiënt, die er minder vaak is dan gedacht.²⁸ Het is onduidelijk hoe dit uitpakt bij arbeidsongeschikte werknemers die met name bij SOLK hoge klachtenniveaus hebben' waar naast klachten ook arbeidsongeschiktheid een rol speelt in de vorm van eventuele bedreiging van inkomen en werk en behoefte aan legitimatie.

SLOTCONCLUSIES

Het begrip somatisatie wordt zodanig beïnvloed door zowel bedrijfsarts- als werknemerskenmerken dat het niet eenduidig gehanteerd wordt. Ons advies is het daarom niet meer te hanteren en de multidisciplinaire richtlijn voor SOLK en somatoforme stoornissen toe te passen. Daarbij wordt de werkhypothese SOLK gehanteerd en de cogni-

ties, emoties en gedrag van de werknemer geëxploreerd. Het is nuttig als bedrijfsartsen hier aanvullend in getraind worden.

DANKWOORD

Deze studie is ondersteund met een subsidie van het Aladdin Fonds (project nr. 1.9).

Wij danken Eric van der Beek en Inge Speller voor de coördinatie van de studieactiviteiten op de locaties van Achmea-Vitale en Jan-Willem van der Werff voor zijn ondersteuning op statistisch vlak.

Dit artikel is deels gebaseerd op de resultaten vermeld in onze publicatie in BMC Public Health 2009; 9: 440; Severe MUPS in a sick-listed population: a cross-sectional study on prevalence, recognition, psychiatric co-morbidity and impairment.

De tabellen en de literatuurlijst vindt u als digitale pagina's 461 t/m 464 op de website van TBV (www.tbv-online.nl) onder de knop 'TBV 2012 digitale pagina's 461-464'. De laatste pagina van dit artikel is 464.

BIJLAGE

De tabellen en de literatuurlijst behorend bij het artikel Somatisatie of SOLK?

Herkenning van somatisatie bij verzuimende werknemers, door Rob Hoedeman, Petra Koopmans, Johan Groothoff

Tabel 1
Kenmerken arbeidsongeschikte werknemers

	<i>n</i> = 489	PHQ 15+ (15,1%) <i>n</i> = 74	PHQ 15- (84,9%) <i>n</i> = 415	Statistiek	<i>p</i> -waarde
Vrouw %	59,0	73,0	56,6	$\chi^2 = 6,9$ df 1	0,008
Leeftijd gemiddeld (SD)	44,6 (10,0)	42,5 (9,2)	45,0 (10,0)	T(486) = 2,1	0,040
Opleiding hoog/gemiddeld/laag %	33,1/46,6/20,3	20,0/55,7/24,3	35,5/44,8/19,6	$\chi^2 = 4,6$ df 1	0,031
Blank %	86,6	75,3	88,6	$\chi^2 = 9,4$ df 1	0,002
Gehuwd/samenwonend/alleenstaand %	55,9/14,1/30,0	46,6/11,0/42,5	57,7/14,7/27,6	$\chi^2 = 6,5$ /df 2	0,038
PHQ-15 gemiddeld (SD)	9,8 (5,4)	19,2 (2,6)	8,2 (3,9)	Z = -13,7 MW	<0,001
Duur arbeidsongeschiktheid (dagen) op dag van consult (mediaan)	123	135	121	Z = -1,2 MW	0,248

Tabel 2
Kenmerken bedrijfsartsen

	1	2	3	3	5	Totaal
Groepspraktijk	1	2	3	3	5	Totaal
Aantal bedrijfsartsen	13	7	6	8	9	43
Grootte bedrijven	> 500 werknemers	> 500 werknemers	<75 werknemers	<75 en 75-500 werknemers	> 500 werknemers	
Branches	Dienstverlening, onderwijs en gezondheidszorg	Overheid	Divers	Divers	Dienstverlening, financiële instellingen en lokale overheid	
Urbanisatie	Stedelijk	Stedelijk	Landelijk	Stedelijk	Gemixed	
Leeftijd gemiddeld (SD)	48,7 (6,5)	45,1 (5,6)	42,2 (9,7)	46,3 (7,4)	47,8 (5,3)	46,5 (6,9)
% Vrouw	30,8	71,4	50,0	50,0	87,5	54,8
Werkervaring (jaren) (SD)	13,4 (6,2)	13,4 (2,4)	9,5 (7,7)	11,1 (4,3)	12,3 (3,4)	12,2 (5,1)
% Werkuren van fulltime gemiddeld (SD)	89,2 (13,2)	76,4 (13,8)	91,7 (16,0)	77,5 (16,7)	81,3 (25,3)	83,7 (17,4)
% Niet tevreden met tijd voor spreekuren	15,4	28,6	16,7	62,5	12,5	26,2
Emotionele uitputting gemiddeld (SD)	1,2 (0,7)	1,8 (1,4)	1,6 (1,1)	1,6 (1,3)	1,9 (0,8)	1,6 (1,0)
Distantie gemiddeld (SD)	0,6 (0,5)	0,9 (0,9)	1,1 (0,8)	1,0 (0,5)	0,9 (0,4)	0,9 (0,6)
Competenties (SD)	4,7 (0,5)	4,8 (0,8)	4,1 (0,9)	4,8 (0,7)	4,5 (0,6)	4,6 (0,7)
Bevlogenheid (UWES)	4,5 (0,6)	4,4 (0,5)	3,3 (1,0)	3,8 (1,0)	3,7 (0,6)	4,1 (0,8)

Tabel 3

Associaties tussen PHQ-score (i.s.m. psychiatrische comorbiditeit) en duiding bedrijfsarts van somatisatie

		PHQ 15+ (15,1%)	PHQ 15- (84,9%)
Totale studiebevolking		<i>n</i> = 69	<i>n</i> = 365
Zonder depressie of angststoornis = 0		<i>n</i> = 13	<i>n</i> = 260
Met één depressie of één angststoornis = 1		<i>n</i> = 24	<i>n</i> = 74
Met twee of drie comorbide psychiatrische aandoeningen = 2-3		<i>n</i> = 32	<i>n</i> = 31
Duiding bedrijfsarts voor de lichamelijke klachten volledig/gedeeltelijk (%) naar:			
Somatische oorzaken	0	46,2/30,8	59,0/16,3
	1	37,5/29,2	23,3/34,2
	2-3	6,7/20,0	16,1/25,8
Psychiatrische oorzaken	0	23,1/15,4	4,8/9,6
	1	16,7/25,0	19,2/24,7
	2-3	33,0/33,0	25,8/38,7
Distress	0	38,5/30,8	20,7/16,3
	1	12,5/29,2	28,8/46,6
	2-3	55,2/20,7	41,9/25,8
Gezondheidsangst	0	15,4/23,1	1,2/15,5
	1	4,2/20,8	8,2/13,7
	2-3	6,7/46,7	3,2/38,7
Somatisatie	0	0,0/38,5	4,8/18,7
	1	8,3/25,0	8,2/27,4
	2-3	6,7/30,0	9,7/35,5
	Totale studiebevolking	6,0/29,9	5,9/22,9

Tabel 4Multilevelanalyse voor duiding door bedrijfsarts van somatisatie met betrekking tot lichamelijke klachten^{a,b}

	Model 1	Model 2 met individuele levelvariabelen	Model 3 met de bedrijfsarts levelvariabelen	Model 4 met interactie
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
CONS	0,3 (0,2-0,5)	0,3 (0,1-0,7)	0,6 (0,2-1,6)	1,0 (0,4-2,8)
PHQ+		0,6 (0,3-1,5)	0,6 (0,3-1,5)	0,6 (0,2-1,4)
Geslacht: vrouw		0,9 (0,5-1,7)	1,1 (0,6-1,9)	1,0 (0,6-1,9)
Leeftijd		1,0 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,0)
Autochtoon		0,6 (0,3-1,4)	0,5 (0,2-1,2)	0,5 (0,2-1,0)
Psychische attributie werknemer		0,6 (0,2-1,5)	0,7 (0,3-1,7)	0,7 (0,3-1,8)
Psychische en somatische attributie		7,3 (3,7-14,5)	7,6 (3,9-14,7)	8,2 (4,2-16,1)
Fysiologische attributie		0,4 (0,1-2,1)	0,4 (0,1-2,4)	0,4 (0,1-2,5)
PHQ-9		1,0 (1,0-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (1,0-1,1)
Whitely-index		1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)
Geslacht bedrijfsarts vrouw			0,3 (0,1-0,7)	0,2 (0,1-0,5)
Jaren werkervaring bedrijfsarts			1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
Bevlogenheid bedrijfsarts (gemiddeld)			0,7 (0,4-1,2)	0,3 (0,2-0,7)
Emotionele uitputting bedrijfsarts (gemiddeld)			1,2 (0,8-1,8)	1,1 (0,7-1,5)
Interactie (bevlogenheid vrouw)				4,7 (1,7-12,6)
OHP level variantie (SE)	0,705 (0,319)	1,050 (0,514)	0,628 (0,484)	0,304 (0,311)
Deviantie	458	371	366	367
DIC	481	402	394	391
PCV (%)		49%	-40%	-52%
MOR (95% CrI)	2,2 (1,6-3,2)	2,7 (1,7-4,3)	2,1 (1,1-3,6)	1,7 (1,1-2,8)
ICC (latente variabele methode)	0,18	0,24	0,16	0,08

^a M.b.t. arbeidsongeschikte werknemers met lichamelijke klachten.^b Multilevelmodellen waren geschat m.b.v. MCMC-schatting met 2e orde PQL-gegenereerde beginwaarden.

LITERATUUR

1. Hoedeman R, Krol B, Blankenstein AH, et al. Prevalence and recognition of somatisation in a sick listed population: associations with psychiatric morbidity, distress, health anxiety and functional impairment. *BMC Publ Health* 2009; 9: 440
2. Eriksen HR, Svendsrod R, Ursin G, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *Eur J Public Health* 1998; 8: 294-298.
3. Windi A. Determinants of complaints symptoms in a Swedish health care practice – result of a questionnaire survey. *J Psychosom Res* 2004; 57: 307-316.
4. Hansen A, Edlund C, Brånholm I-B. Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work* 2005; 25: 231-240.
5. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson DKG. How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 3.
6. Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, et al. The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *J Occup Rehab* 2010; 20: 264-273.
7. Multidisciplinaire richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. Utrecht: CBO en Trimbos-instituut, 2010.
8. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134: 897-904.
9. Dowrick CF, Ring A, Humphris M, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 165-170.
10. Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, et al. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25:178-185.
11. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scand J Public Health* 2003; 31: 460-474.
12. Shiels C, Gabbay MB. Patient, clinician, and general practice factors in long-term certified sickness. *Scand J Publ Health* 2007; 35: 250-256.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluation of the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002; 64: 258-266.
14. Interian A, Allen LA, Gara MA, et al. Somatic complaints in primary care: Further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatics* 2006; 47: 392-398.
15. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78: 131-140.
16. Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, et al. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians diagnosis. *J Psychosom Res* 2003; 55: 515-519.
17. Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 39-43.
18. Speckens AEM, Spinhoven P, Sloekers PPA, et al. A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *J Psychosom Res* 1996; 40(1): 95-104.
19. Terluin B, Rhenen W van, Schaufeli WB, Haan M de. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work Stress* 2004; 18: 187-207.
20. Terluin B, Marwijk HWJ van, Ader HJ, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 34.
21. Schaufeli WB, Dierendonck D van. Handleiding van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS). Lisse: Swet Test Services, 2000.
22. Schaufeli WB, Bakker AB. Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary Manual. Utrecht: Universiteit Utrecht, afdeling Occupational Health Psychology, 2003.
23. Rabash J, Steele F, Browne W, Prosser B. A User's Guide to MLWIN. Version 2.10. Bristol: University of Bristol, Centre for Multilevel Modeling, 2008.
24. Merlo J, Chaix B, Ohlsson H, et al. A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *J Epidem Com Health* 2006; 60: 290-297.
25. Spiegelhalter DJ, Best NG, Carlin BP, Linde A van der. Bayesian measures of model complexity and fit. *J R Stat Soc* 2002; Ser B, Statist Methodol: 583-639.
26. Jackson J, Fiddler, Kapur N, et al. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 2006; 60: 357-363.
27. Smith GR, Rost K, Kashner TM. A trial on the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psych* 1995; 52: 238-243.
28. Epstein RM, Hadee T, Caroll J, et al. 'Could this be something serious?' Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expression of worry. *J Gen Med* 2007; 22: 1731-1739.