

Een pleidooi voor het gebruik van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in de arbozorg

Yvonne Heerkens, Josephine Engels en Joost van der Gulden

Samenvatting

- In de arbozorg is men nog weinig vertrouwd met de ICF, de International Classification of Functioning, Disability and Health. Dat is jammer, want de ICF is een geschikt hulpmiddel om complexere casussen goed in kaart te brengen. Dit classificatiesysteem biedt een analyseschema en een begrippenkader waarmee het (dis)functioneren van een persoon systematisch kan worden beschreven in relatie tot alle medische en niet-medische factoren die er invloed op uitoefenen. De Gezondheidsraad bepleit daarom de ICF als uitgangspunt te kiezen bij de behandeling, begeleiding en beoordeling van zieke werknemers. Gebruik van de ICF bevordert een biopsychosociale benadering van gezondheidsproblemen en ziekteverzuim, die beter aansluit bij het multifactoriële karakter van verzuimproblematiek dan een strikt medische beoordeling. Wanneer zowel arboprofessionals als behandelaars de ICF gebruiken, ontstaat bovendien een gemeenschappelijk referentiekader dat kan bijdragen aan verbetering van arbocuratieve samenwerking. In dit hoofdstuk wordt de betekenis van de ICF voor de arbozorg besproken.
-

6.1 Inleiding

In 2003 signaleerde Van Lieshout in het adviesrapport ‘Sociale zekerheid en zorg’ dat de grenzen tussen curatieve zorg en arbozorg vervagen.^[1] Mede onder invloed van wijzigingen in wet- en regelgeving zet deze gewenste tendens zich voort.

Hoewel arbozorg en curatieve zorg naar elkaar toe groeien, loopt de samenwerking tussen professionals uit de beide sectoren echter niet vlekkeloos. Er zijn allerlei verklaringen aangedragen waarom dat samenwerkings-

proces maar niet van de grond wil komen, variërend van logistieke problemen (zoals tijdsdruk) tot sociaalpsychologische factoren (zoals gebrek aan vertrouwen en statusverschillen tussen bedrijfsarts en behandelaar). Maar ook politieke keuzen rond de sociale zekerheid, het zorgverzekeringsstelsel en de organisatie van de gezondheidszorg spelen een rol.^[2-4] Nog weinig aandacht is er voor het gegeven dat professionals uit verschillende disciplines en sectoren werken vanuit een verschillend theoretisch kader en mede daardoor een andere ‘taal’ spreken.

In een groot deel van de curatieve sector wordt gewerkt met de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).^[5,6] In de ICF staat het functioneren van een persoon in zijn context centraal. Revalidatieartsen, paramedici en steeds meer ook verpleegkundigen gebruiken de ICF bij de ontwikkeling van meetinstrumenten en richtlijnen, bij hun verslaglegging en bij wetenschappelijk onderzoek.^[7] In de arbosector is het gebruik van de ICF nog niet algemeen gangbaar. Bedrijfsartsen werken veelal met modellen zoals het belasting-en-belastbaarheidsmodel^[8], maar verder vooral met een medisch begrippenkader (zoals de ICD-10 en de CAS-codes).^[9] In de verzekeringsgeneeskunde daarentegen werd al gewerkt met de ICIDH (de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), de voorloper van de ICF^[10], en is de ICF veel meer ingeburgerd. Ook bedrijfsfysiotherapeuten, bedrijfsoefentherapeuten en ergotherapeuten zijn bekend met de ICF. Daarnaast wordt het ICF-schema steeds vaker gebruikt als uitgangspunt voor wetenschappelijk onderzoek op het terrein van arbeid, bijvoorbeeld door Boot^[11] en Van Nieuwenhuizen^[12].

Wij menen dat een kennismaking met de ICF om verschillende redenen interessant is voor de arbosector. Allereerst ondersteunen wij een recent pleidooi van de Gezondheidsraad om de ICF nadrukkelijker als uitgangspunt te nemen in de behandeling en begeleiding van zieke werknemers, vanwege de integrale kijk op ziek zijn die aan de ICF ten grondslag ligt.^[13] Deze kijk sluit goed aan bij het multifactoriële karakter van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Met de door de ICF geboden denkwijze en het bijbehorende begrippenkader kan het functioneren van een persoon systematisch beschreven worden in samenhang met alle factoren die er invloed op uitoefenen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de lichamelijke of psychische functies (negatief: stoornissen), activiteiten (of door het individu ervaren beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten) en de hiermee samenhangende (problemen in) maatschappelijke participatie. De ICF sluit daarmee aan op de benadering in de Wet verbetering poortwachter en in de WIA om primair op de functionele mogelijkheden van een werknemer te letten in plaats van op zijn ziekte of stoornissen. Implementatie van de ICF kan nog een bijkomend voordeel hebben. Wanneer alle betrokken professionals, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelaar(s), zoals de Gezondheidsraad bepleit^[13], het denkkader van de ICF als uitgangspunt voor hun handelen hanteren, is de kans op een geïntegreerde aanpak aanzienlijk groter. Een gemeenschappelijk referentiekader kan arbocuratieve samenwerking en afstemming van behandeling en arbeidsre-integratie bevorderen.

Dit hoofdstuk begint met een schets van de ontstaansgeschiedenis en het toepassingsgebied van de ICF. Dan volgt een introductie van de gebruikte terminologie, de classificaties en het bijbehorend denkkader, bedoeld om bedrijfsartsen en andere arboprofessionals met de ICF vertrouwd te maken. Vervolgens wordt toegelicht waarom de ICF ook voor arboprofessionals een aantrekkelijk instrument en benaderingswijze is.

6.2 Ontstaansgeschiedenis van de ICF

Tot de jaren zeventig van de vorige eeuw werden statistische gegevens over patiëntengroepen en de volksgezondheid verkregen door gebruik te maken van de ICD, de International Classification of Diseases.¹ Met de ICD konden de prevalentie en incidentiecijfers van ziekten worden bijgehouden. Maar geleidelijk werd duidelijk dat met de ICD geclassificeerde gezondheidsgegevens tekortschoten om de inspanningen en de kwaliteit van de gezondheidszorg in beeld te brengen. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt met een dwarslaesie: hoeveel zorg deze ook krijgt, de aandoening blijft bestaan. De mate waarin de zorg succesvol is, kan bij de dwarslaesiepatiënt dus niet worden afgemeten aan de aanwezigheid of ernst van de aandoening. Dat geldt ook voor andere patiënten met ‘blijvend’ letsel, voor veel chronisch zieken en voor kinderen met aangeboren aandoeningen. De ernst van de aandoening kan zelfs toenemen terwijl de zorg toch succesvol genoemd kan worden.

Het is dan ook niet voor niets dat met name revalidatieartsen op zoek gingen naar andere beschrijvers van de gezondheid van hun patiënten. De revalidatiegeneeskunde richt zich niet op het genezen van ziekten en aandoeningen, maar tracht te bevorderen dat patiënten in het dagelijks leven zo goed mogelijk uit de voeten kunnen ondanks of met hun aandoening. Het gaat erom de patiënt met een dwarslaesie zelfredzaam te maken (bevordering van ADL en mobiliteit), om te zorgen dat de astmapatiënt aan het werk kan (blijven) en dat kinderen met aangeboren afwijkingen naar school gaan en zo veel mogelijk kunnen deelnemen aan het normale gezinsleven. Die beschrijvers van het ‘functioneren’ van de patiënt zijn opgenomen in de ICIDH, die de WHO in 1980 heeft gepubliceerd als aanvulling op de ICD. De ICIDH werd vervolgens al snel ook buiten de revalidatiewereld gebruikt.

Toch ontbrak er nog iets aan de ICIDH: aan de omgeving van de patiënt en aan karakteristieken van de patiënt zelf die van invloed zijn op het functioneren werd geen aandacht besteed. De omgeving is alles buiten het individu, van woning of werkplek tot wet- en regelgeving. Een nat en koud klimaat beïnvloedt het functioneren van patiënten met longaandoeningen, het werken in een vochtige omgeving (zoals een spoelkeuken) ook. Naast de omgeving beïnvloeden kenmerken van de persoon zelf, zoals leeftijd, opleiding en leefstijl, zijn functioneren. Hierbij moet ook gedacht worden aan meer psy-

¹ Op dit moment wordt gebruik gemaakt van de ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th version*).

chologisch getinte karakteristieken, zoals de gezondheidsbeleving en copingstijl. Zowel de omgevingsfactoren (externe factoren) als de persoonlijke factoren zijn meegenomen bij het opstellen van de ICF. Op deze wijze is het mogelijk om met behulp van de ICF het functioneren van een persoon te beschrijven in zijn eigen context en is een bredere kijk op ‘gezondheid’ mogelijk dan de zuiver medische blik biedt.

6.3 Opbouw van de ICF

Voordat aan een bespreking van de waarde van de ICF voor de arbozorg begonnen wordt, volgt nu een korte beschrijving. De ICF bestaat uit een schema waarin de verschillende componenten van het menselijk functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn, in beeld worden gebracht (zie de figuur) en vier classificaties. Dit schema moet niet worden opgevat als een ‘model’ dat wetenschappelijk is getoetst. Het beschrijft niet een samenhang die algemeen geldig wordt geacht, maar geeft slechts de mogelijke relaties aan tussen verschillende componenten die betrekking hebben op de gezondheid van een individu. Per individu kan de schakering van relevante factoren anders zijn.

Het menselijk functioneren, het centrale deel van het ICF-schema, is opgedeeld in drie componenten. Deze componenten weerspiegelen drie perspectieven (zie de grijze blokken in de figuur):

- het perspectief van het organisme (functies en anatomische eigenschappen);
- het perspectief van het individu (activiteiten);
- het perspectief van de maatschappij (participatie, deelname aan de samenleving).

Negatief geformuleerd gaat het bij problemen op het vlak van het organisme om stoornissen, bij problemen van het individu bij het uitvoeren van bepaalde activiteiten om beperkingen en bij problemen ten aanzien van participatie om participatieproblemen.

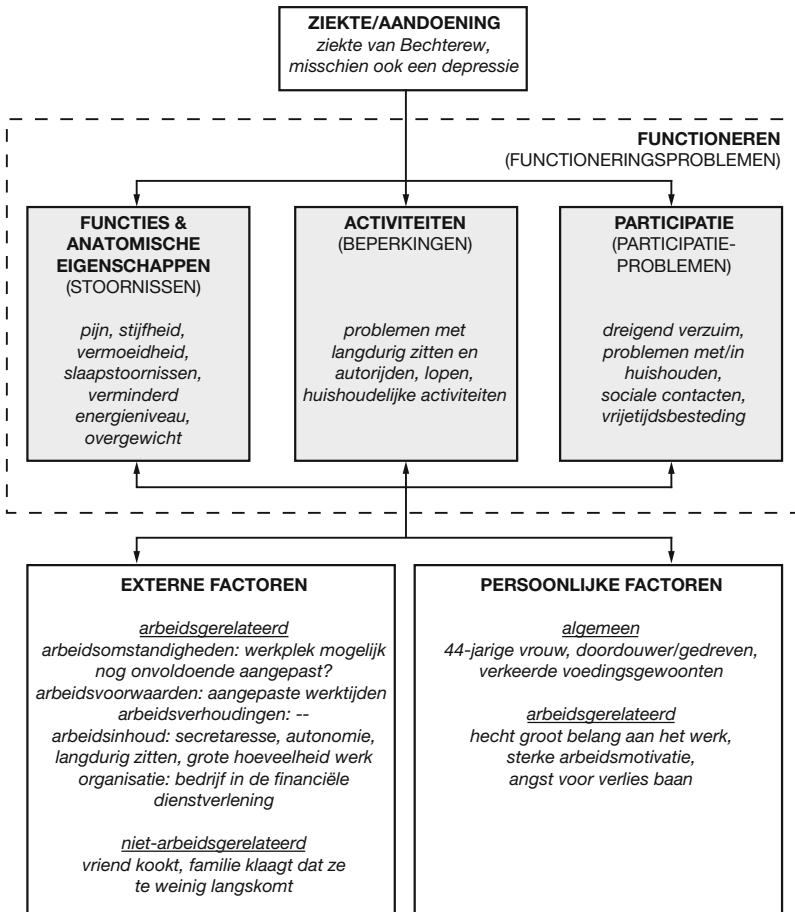
Op het functioneren zijn van invloed (zie de figuur):

- ziekten/aandoeningen/syndromen (medische diagnose);
- externe factoren (de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven);
- persoonlijke factoren (de individuele achtergrond van een individu): individuele kenmerken die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand (functioneren plus ziekte/aandoening).

De invloed van externe en persoonlijke factoren op het functioneren kan negatief of belemmerend zijn, dan wel positief of stimulerend.

In de Engelstalige titel van de classificatie is ‘functioning’ de overkoepelende term voor functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. ‘Disability’ is de overkoepelende term voor stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. In het Nederlands is er geen goede vertaling voor ‘disability’ beschikbaar, vandaar dat wordt gesproken over problemen in het functioneren of functioneringsproblemen.

De ICF kent een classificatie Functies, een classificatie Anatomische



Inulling van het ICF-schema met de problemen genoemd in de casus. De termen uit de ICF staan in hoofdletters, de overige termen komen uit de casus.

eigenschappen, een gemeenschappelijke classificatie Activiteiten en Participatie en een classificatie Externe Factoren (zie de tekst in het kader). Er is geen classificatie Persoonlijke Factoren. In het tweede kader staat een beknopt schema van de externe en persoonlijke factoren die aandacht verdienen bij toepassing van de ICF in de arbozorg.

De classificaties die deel uitmaken van de ICF

Om het functioneren van het individu te beschrijven zijn in de ICF opgenomen:

- een classificatie Functies (negatief: 'stoornissen') die naast fysiologische en fysieke functies ook mentale functies (zoals geheugen en aandacht) bevat;

- een classificatie Anatomische Eigenschappen (negatief: 'stoornissen');
- een gemeenschappelijke classificatie Activiteiten en Participatie (negatief: 'beperkingen' en 'participatieproblemen');
- een classificatie Externe Factoren met de hoofdstukken 'producten en technologie,' 'natuurlijke omgeving,' 'ondersteuning en relaties,' 'attitudes,' 'diensten, systemen en beleid.' Werkgerelateerde externe factoren komen op dit moment slechts in algemene termen voor in de classificatie Externe Factoren van de ICF, maar kunnen wel worden gehanteerd als uitbreiding van deze algemene klassen.

De ICF bevat geen classificatie voor ziekten/aandoeningen/syndromen. Om ze te klasseren wordt in ziekenhuizen gebruik gemaakt van de ICD-10 (of de voorganger, de ICD-9) en door huisartsen van de ICPC-2-nl (International Classification of Primary Care). Binnen het UWV en arbodiensten wordt hier gebruik gemaakt van CAS-codes (Classificaties voor Arbo- en Sociale-Verzekeringsgeneeskunde)^[9] die zijn afgeleid van de ICD-10.

Internationaal is er geen consensus over een indeling van persoonlijke factoren, maar in de ICF worden de volgende voorbeelden genoemd: leeftijd, ras, geslacht, opleiding, persoonlijkheid en karakter, bekwaamheden, andere aandoeningen, lichamelijke conditie in het algemeen, levensstijl, levensgewoonten, opvoeding, redzaamheid, sociale achtergrond, beroep en ervaringen uit heden en verleden. Omdat de ICF nog geen classificatie Persoonlijke Factoren kent, worden her en der eigen indelingen gebruikt.

Voor alle genoemde factoren geldt dat ze waar nodig verder kunnen worden uitgewerkt. Zo ligt het voor de hand om – in het kader van arbozorg – het blokje 'externe factoren' uit de ICF in te delen in *aan arbeid gerelateerde* externe factoren en *overige* externe factoren (waaronder de situatie thuis).^[14]

Het RIVM heeft een Nederlandse versie uitgebracht van de ICF.^[6]

Een uitwerking van de externe en persoonlijke factoren uit de ICF

De *externe factoren* kunnen worden ingedeeld in:

- aan arbeid gerelateerde externe factoren;
- met de thuissituatie samenhangende externe factoren, bijvoorbeeld gezinssamenstelling, huisvesting, steun van dierbaren/familie, familiegebeurtenissen;
- met de zorg samenhangende externe factoren, bijvoorbeeld wachttijden en behandel-effect;
- overige externe factoren, zoals het hebben van voldoende financiële middelen, maar ook het klimaat.

Persoonlijke factoren zijn op verschillende manieren in te delen. Een voor de arbozorg relevante indeling zou kunnen zijn:

- persoonlijke gegevens, zoals naam, adres, leeftijd, geslacht;
- medische factoren, zoals medicatie, medische (voor)geschiedenis, acceptatie van en adaptatie aan gezondheidsbeperkingen;
- leefstijl: voedingsgewoonten, bewegsgewoonten, gebruik van alcohol en drugs;
- algemene en aan arbeid gerelateerde persoonlijke eigenschappen, zoals coping, 'self-efficacy,' arbeidsmotivatie, herstelbehoefte, betekenisverlening aan ingrijpende gebeurtenissen;
- loopbaangegevens: aantal jaren werkzaam, beroep, loopbaanfase, verandering van baan;
- competenties: opleidingsniveau, kennis, vaardigheden, attitude;
- verzuimgegevens: verzuimbehoefte, verzuimgedrag, verzuimdrempel, verzuimgeschiedenis;
- overige persoonlijke factoren, zoals fysieke en mentale belastbaarheid, kwaliteit van leven, arbeidsgeschiktheid.

6.4 Gebruik van ICF-terminologie in het kader van arbozorg

Om een beeld te geven van het gebruik van de ICF-terminologie gaan we uit van een casus.

Joke de Boer (44 jaar) heeft toenemend last van de ziekte van Bechterew. Ze vertelt dat de reumatoloog meer afwijkingen zag op recent gemaakte röntgenfoto's van haar rug in vergelijking met eerdere foto's. Dat past bij de toename van pijn, stijfheid en vermoeidheid in de laatste twee jaar. Joke werkt op advies van haar bedrijfsarts zes uur per dag op de vier dagen dat ze is aangesteld. Haar reumatoloog vindt dat eigenlijk te veel, maar zegt: 'Ik kan jou toch niet afremmen.' Joke is secretaresse van een grote afdeling in een bedrijf in de sfeer van financiële dienstverlening.

Langdurig zitten vormt een probleem. Ze notuleert daarom geen vergaderingen meer. Ten minste elk halfuur moet ze even van haar stoel om het een beetje vol te houden. Ze durft dan haar werkkamer niet af omdat de telefoon kan gaan. Ze loopt moeizaam en is bang te laat terug te zijn om de telefoon nog op tijd op te pakken. Een goede bereikbaarheid van de afdeling is een van haar verantwoordelijkheden. Wanneer er veel werk ligt heeft ze de neiging haar middagpauze over te slaan en wat langer door te werken, maar dan is ze kapot als ze thuiskomt. Ze wil echter geen 'zeurtype' zijn en vindt het daarom vervelend als er dingen blijven liggen. Ze is bovendien bang dat ze dan haar zelfstandige functie kwijtraakt en als 'typ-Miep' zal worden geplaatst op een groter secretariaat. Als dat gebeurt zal ze de kracht niet

meer kunnen opbrengen om, ondanks haar klachten, toch nog te komen werken, zo voorspelt ze. Ze durft daarom niet meer dan 25% te verzuimen, ook al loopt ze zich nu voorbij.

's Avonds doet ze alleen de belangrijkste dingen in het huishouden. Gelukkig vindt haar vriend het leuk om te koken. Toch blijft er veel liggen, zoals de strijkwas, en het huis wordt onvoldoende schoongemaakt. Ze gaat meestal vroeg naar bed. Om halftien ligt ze er vaak al in. Ze slaapt slecht ('door de pijn en stijfheid word ik geregeld wakker') en zegt 's nachts ook veel te piekeren. Op haar vrije dag en in het weekend heeft ze nauwelijks energie voor 'leuke dingen.' Ze rust vooral uit. Haar vrienden en familie klagen dat ze zo weinig op bezoek komt. Maar na een autorit zijn de pijn en stijfheid aanzienlijk erger. Ook een dag winkelen met haar vriendinnen lukt haar niet meer. Haar sociale leven wordt zo behoorlijk kaal. Joke heeft daar steeds meer last van. Omdat ze de neiging heeft bij spanningen meer te gaan eten en ze nog maar zo weinig beweegt, heeft ze inmiddels een behoorlijk overgewicht. Hoewel ze heel goed begrijpt dat haar pijnklachten en mobiliteitsproblematiek hierdoor versterkt worden, lukt het haar niet om af te vallen.

Een werknemer die verzuimt of dreigt te verzuimen heeft in ICF-termen problemen met zijn arbeidsparticipatie.^[14] Maar de ene casus is de andere niet. Het ICF-schema kan worden gebruikt om deze factoren voor een bepaalde werknemer in kaart te brengen. Laten we dat eens proberen voor Joke de Boer.

- *ziekte/aandoening*: Joke de Boer lijdt aan de ziekte van Bechterew. Mogelijk speelt er nog wat anders waardoor ze zo weinig energie heeft. Zou ze misschien ook depressief zijn geworden?
- *functies en anatomische eigenschappen*: röntgenfoto's laten naar haar zeggen duidelijke afwijkingen zien. Bovendien nemen ze toe, evenals de pijn en de stijfheid. Om een beter beeld te krijgen van de ernst en progressie van de stoornis kan contact worden gezocht met de reumatoloog. Zijn er behandelvormen waarmee nog wat verbetering te bereiken is?
- *activiteiten*: Joke heeft duidelijk problemen met het uitvoeren van een aantal activiteiten. Langere tijd zitten, lopen, uitvoeren van huishoudelijke taken lukt haar allemaal niet meer. Deze beperkingen lijken congruent met de aandoening en de daarmee gepaard gaande stoornissen, en niet vooral op bewegingsangst te berusten.
- *participatie*: zowel thuis als op haar werk zijn er participatieproblemen. De kans op meer arbeidsverzuim lijkt aanzienlijk. Mogelijk biedt een kortere werkdag haar de ruimte om thuis wat meer te doen. Ze lijkt haar reserves nu vooral te benutten voor haar werk. Maar als verdere dagtaakreductie een gunstig effect heeft zal de drempel tot werkhervatting groot zijn. Bovendien wil zij zelf niet meer verzuimen uit angst haar functie te verliezen. Wat is hier wijsheid?
- *externe factoren*: volgens het dossier van de bedrijfsarts heeft Joke al eerder een nieuwe stoel gekregen op haar werkkamer. Maar zou haar werkplek

optimaal zijn aangepast? En zou haar vaste telefoon bijvoorbeeld niet kunnen worden doorgeschakeld naar een mobieltje? Inschakeling van een bedrijfsfysiotherapeut of een ergotherapeut voor nader advies valt te overwegen. De ergotherapeut zou haar ook kunnen adviseren over aanpassingen in de situatie thuis. Huishoudelijke hulp zou haar bijvoorbeeld kunnen ontlasten, maar wellicht zijn ook bepaalde ergonomische aanpassingen gewenst of zijn andere praktische oplossingen mogelijk.

- *persoonlijke factoren*: de reumatoloog typeert Joke de Boer als iemand die niet is af te remmen. Ze doet haar werk graag optimaal, deels uit angst haar huidige functie kwijt te raken. Het lijkt van belang in het SMT voorzichtig na te vragen of die angst reëel is. Zo niet dan kan deze angst wellicht worden weggenomen. Joke lijkt haar grenzen geregeld te overschrijden. Met de huisarts of reumatoloog moet worden bekeken wie haar op dit punt het beste kan coachen: de reumaconsulent in het ziekenhuis, een psycholoog, de bedrijfsmaatschappelijk werker? Zou inderdaad sprake zijn van een depressie dan is ook dat een aandachtspunt voor dit overleg en voor de coaching die in gang gezet moet worden. Daarnaast speelt haar neiging te veel te eten een rol. Verwijzing naar een diëtist lijkt aan te bevelen.

6.5 Toepassingsmogelijkheden van de ICF in de arbozorg

Een echte casus maakt een meer gedetailleerde uitwerking mogelijk dan in het voorbeeld hierboven. Maar ook dit voorbeeld laat al zien wat de waarde kan zijn van een beschrijving van een casus in ICF-termen. De charme van het ICF-schema is dat het een eenvoudig te hanteren overzicht biedt om beschikbare informatie over een specifieke werknemer te ordenen en om te analyseren wat voor dit individu de beste aanpak is. Dit overzicht laat onder andere zien met welke professional binnen of buiten de arbodienst nog afstemmingsoverleg moet worden gevoerd, of wie zou moeten worden ingeschakeld voor aanvullende hulp.

Het ICF-schema biedt een denkkader dat goed aansluit bij de gangbare multifactoriële benadering van arbo- en verzuimproblematiek. Een gebruikelijke aanname is dat er problemen ten aanzien van het functioneren en/of de gezondheid kunnen ontstaan, wanneer de belasting door het werk te hoog (of juist te laag) is ten opzichte van de belastbaarheid van de individuele werknemer. Bij een dergelijke ‘misfit’ kan ernaar worden gestreefd om de belastbaarheid van de werknemer te verbeteren. Tegelijkertijd kan de belasting worden aangepakt. Hierbij wordt vaak gelet op de vier A’s als domein van mogelijke knelpunten: arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, arbeidsverhoudingen en arbeidsinhoud.

De ICF kan worden gebruikt bij preventieve activiteiten. Bijvoorbeeld in een project voor gezondheidsmanagement van oudere werknemers, met als doel productiviteitsverlies ten gevolge van disfunctioneren of gezondheidsproblematiek te voorkomen door tijdig ingrijpen. In zo’n project zou periodiek een individuele analyse gemaakt kunnen worden voor elke vijftig-

plusser in het bedrijf. Het ICF-schema biedt een eenvoudig uitgangspunt voor een dergelijke analyse. Per werknemer zullen er externe en persoonlijke factoren zijn waarbij is aan te knopen voor interventie. Soms zal extra zorg nodig zijn om het functioneren te verbeteren.

Bij werknemers die al verzuimen is zo'n analyse zeker ook van waarde, met name wanneer sprake is van frequent of langer durend verzuim. Hetzelfde geldt voor de re-integratie van mensen met een matige gezondheid die niet (meer) actief zijn in het arbeidsproces. In een re-integratieplan dienen alle relevante aspecten geïntegreerd aan bod te komen. Met behulp van het ICF-schema kan in kaart worden gebracht welke participatiemogelijkheden of -problemen, externe factoren en persoonlijke factoren de terugkeer naar het werk bemoeilijken, of juist positief kunnen beïnvloeden. Van het inzicht dat zo ontstaat kan vervolgens gebruik worden gemaakt bij de begeleiding en eventuele behandeling. Als er problemen zijn met betrekking tot arbeidsgerelateerde externe factoren ligt het voor de hand om deze snel aan te pakken, of betrokkene (tijdelijk) ander werk aan te bieden. Zo nodig kan ook zorg aan betrokkene zelf worden aangeboden (zoals begeleiding door de bedrijfsmaatschappelijk werker, fysio-/oefentherapeut en/of diëtist) of kunnen niet-arbodsgerelateerde externe factoren worden aangepakt (bijvoorbeeld het regelen van kinderopvang of huishoudelijke hulp). Als het gaat om herplaatsing of terugkeer in betaald werk is het opleidingsprofiel een persoonlijke factor die zeker aandacht behoeft. Om- of bijscholing zal de oplossingsmogelijkheden vaak bevorderen.

6.5.1 Communicatie met de werkgever

De ICF kan worden gebruikt als gemeenschappelijk denkkader en analyse-schema in contacten tussen bedrijfsarts en werkgever. Informatie beschikbaar bij het afdelingshoofd, de personeelsfunctionaris en de arbodienst zou (met toestemming van de werknemer) kunnen worden gedeeld om het ICF-schema zo goed mogelijk in te vullen. De mogelijke bijdrage van de werkgever aan een oplossing van een participatieprobleem kan aan de hand van het schema worden uitgelegd. Verzuim wordt gemakkelijk gemedicaliseerd (tot een biomedisch probleem verklaard) waar het bedrijf geen greep op heeft. Dikwijls bestaat het gevoel dat maar moet worden vertrouwd op het resultaat van de geboden zorg. Op het verloop en het tempo daarvan is nauwelijks vat te krijgen. Een analyse aan de hand van het ICF-schema kan duidelijk maken dat de ziekte dikwijls niet het kernprobleem is. Er ontstaat bovendien perspectief op andere interventies die kunnen bijdragen aan een oplossing en die werkgever of arbodienst zelf in gang kunnen zetten.

De biopsychosociale benadering in de ICF biedt een breder perspectief dat nadrukkelijk ook relevant is bij personeelsbeleid gericht op 'disability management.' Disability management wordt gedefinieerd als:

managing people at work, making optimum use of their potentials, developing a positive company culture, managing human resources and organising tasks and res-

ponsabilities. It is managing specific attention, need to rediscover and take benefit from the employability of employees with partial occupational disabilities.²

Volgens deze omschrijving gaat het bij disability management zowel om externe factoren (waaronder bedrijfscultuur, taken en verantwoordelijkheden) als om persoonlijke factoren, zoals ‘employability’ van werknemers met problemen in de arbeidsparticipatie. De vergrijzing, de noodzaak om werknemers langer te laten werken en de te verwachten krapte op grote delen van de arbeidsmarkt zullen de aandacht voor disability management doen toenemen. De ICF biedt een goed uitgangspunt om gesprekken in een SMT over individuele werknemers en de begeleiding die daaruit voortvloeit te structureren.

6.5.2 Communicatie binnen de arbodienst

Samenwerkingsproblematiek binnen arbodiensten krijgt tot dusver weinig aandacht. Toch is het onwaarschijnlijk dat alles vlekkeloos verloopt wanneer arboprofessionals uit verschillende disciplines en van verschillend opleidingsniveau in teamverband moeten samenwerken. Verschillen in professionele traditie, referentiekader en positie leiden gemakkelijk tot spanningen en een verschil in visie over de oplossingsrichting. In de casus van Joke de Boer ligt inschakeling van een externe ergotherapeut of psycholoog vast gevoelig. Want waarom kan de arbeidshygiënist niet even naar die werkplek kijken? Waarom kan de bedrijfsmaatschappelijk werker haar niet begeleiden? Een gemeenschappelijke analyse van beschikbare informatie vanuit één denkkader, de ICF, tijdens multidisciplinaire casusbesprekingen kan bijdragen aan een oplossing, al is dit natuurlijk geen wondermiddel.

Hier valt zeker te leren van de ervaringen in de revalidatiewereld. Daar wordt in het multidisciplinair overleg gebruik gemaakt van het RAP (het Revalidatie Activiteiten Profiel)^[15], een multidisciplinair communicatie-instrument gebaseerd op de ICIDH. Op basis van dit instrument wordt besloten welke zorgverleners worden ingeschakeld bij een bepaald revalidatietraject en worden zij op de hoogte gebracht van de effecten van de zorg.

6.5.3 Communicatie met behandelaars

Zoals in paragraaf 6.1 besproken wordt de ICF gebruikt door verschillende disciplines in de curatieve sector, met name door revalidatieartsen en paramedici. Een belangrijk pluspunt van implementatie van de ICF in de arbozorg zou zijn dat deze behandelaars en arboprofessionals dezelfde termen gaan gebruiken. ‘Eenheid van taal’ en achterliggend gedachtegoed kunnen een bijdrage leveren aan de beoogde arbocuratieve samenwerking. Gebruik van de ICF-terminologie maakt het eenvoudiger om aandacht te vragen voor

2 Deze omschrijving gaf de toenmalige minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, De Geus, in zijn ‘word of welcome’ tijdens het International Forum on Disability Management (IFDM) in Maastricht, september 2004.

het verminderen van beperkingen en (arbeids)participatieproblemen van een patiënt als (bijkomend) behandeldoel.

In contacten met de huisarts en de eerstelijnspsycholoog – belangrijke partners voor de bedrijfsarts – is dit voordeel niet aan de orde, omdat de ICF nog niet overal in de zorg is ingeburgerd. Toch zou de ICF-benadering ook daar een handvat kunnen vormen voor een helderder communicatie. De bedrijfsarts zou kunnen uitleggen dat hij de maatschappelijke participatie wil bevorderen, als aanvulling op de behandeling van de stoornis en ter reductie van de door de patiënt ervaren beperkingen door de huisarts of psycholoog. Hoewel ‘een snelle terugkeer naar het werk’ of ‘voorkomen van verzuim’ niet als belangrijke behandeldoelen worden gezien in de curatieve sector^[2,3], zal deze taakverdeling niet op weerstand stuiten en uitgangspunt kunnen zijn voor effectieve werkafspraken.³ Uit onderzoek naar communicatie tussen hulpverleners uit verschillende settings blijkt dat onduidelijkheid over ieders rol en over wat van de ander te verwachten een belemmering vormt voor goede samenwerking.^[3] Die onduidelijkheid wordt op deze manier verminderd.

6.6 Tot slot

De kracht van de ICF is dat het een toegankelijk denkkader biedt waarin ‘ziekte,’ ‘functies/stoornissen,’ ‘activiteiten/beperkingen’ en ‘participatie/participatieproblemen’ op een heldere manier worden onderscheiden. Bovendien biedt de ICF een structuur om niet-medische aspecten die een rol spelen bij participatieproblematiek, zoals verzuim of arbeidsongeschiktheid, systematisch te analyseren en te beschrijven. De ICF past daarmee goed in de biopsychosociale benadering die de Gezondheidsraad bepleit om het behandelen, begeleiden en beoordelen van zieke werknemers beter op elkaar af te stemmen.^[13]

De ICF wordt al door een groot aantal disciplines gebruikt en het is mede daarom aan te bevelen om dit classificatiesysteem ook te implementeren in de arbozorg. Hierbij kan worden geleerd van de positieve ervaringen in de verzekeringsgeneeskunde. Direct na verschijnen benoemden Croon et al^[16] de ICF tot nieuwe ‘kapstok’ voor het beschrijven van de aanknopingspunten voor verzekeringsgeneeskundige zorg. Verhoeven beschreef de consequenties van de overgang van de ICIDH naar de ICF voor claimbeoordeling en concludeert dat het gebruik van de ICF een tijdcontingent re-integratiebeleid stimuleert.^[17] Willems et al^[18] bepleiten het gebruik van ICF-terminologie bij de bepaling van de belastbaarheid voor arbeid. Behalve verzekeringsartsen gebruiken ook bedrijfsfysiotherapeuten, bedrijfssoefentherapeuten en ergotherapeuten de ICF. Wij moedigen andere arboprofessionals, de bedrijfsartsen voorop, aan om de ICF eveneens te gaan gebruiken.

3 In contact met psychologen kan verwezen worden naar de richtlijn *Werk en psychische klachten* waarin psychologen worden aangemoedigd om de rol van werk en het belang van werkhervatting te betrekken in hun behandeling (zie hoofdstuk 4 of zoek op www.psynip.nl of www.lve.nl).

Literatuur

- 1 Lieshout P van. Sociale zekerheid en zorg. Den Haag: SZW, 2003.
- 2 Heideman JMC, Engels JA, Gulden JWJ van der. Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts. Wat staat noodzakelijke gedragsverandering in de weg? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002;80:185-191.
- 3 Nauta AP. Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Proefschrift. Heerlen: Open Universiteit, 2004.
- 4 Bakker RH, Krol B, Gulden JWJ van der, Groothoff JW. Arbocuratieve samenwerking: bestaande visies schieten tekort. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2005; 83:509-513.
- 5 WHO. ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.
- 6 RIVM. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF. Bilthoven: RIVM, 2002.
- 7 Heerkens YF, Ravensberg CD van. Toepassingsmogelijkheden van de multiprofessionele International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in de paramedische zorg. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 2007.
- 8 Dijk FJH van, Dormolen M van, Kompier MAJ, Meijman TF. Herwaardering model belasting-belastbaarheid. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1990;68:3-10.
- 9 Tica. Classificaties voor Arbo- en Sociale-Verzekeringsgeneeskunde. Classificatie van klachten, ziekten en oorzaken voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Utrecht: Tica, 1997.
- 10 Koten JW, Timmer M. Stoornissen en arbeid. Menselijke schade 19. Antwerpen/Apel-doon: Maklu, 1990.
- 11 Boot CRL. Sick leave in asthma and COPD. The role of the disease, adaptation, work, psychosocial factors and knowledge. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2004.
- 12 Nieuwenhuizen C van. Quality of life of persons with severe mental illness: an instrument. Proefschrift. Amsterdam: Thesis Publications, 1998.
- 13 Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen en begeleiden: Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
- 14 Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, Gulden J van der, Oostendorp R. The use of the ICF to describe work-related factors influencing the health of employees. Disability & Rehabilitation 2004;26:1060-1066.
- 15 Bennekom CAM van, Jelles F, Lankhorst GJ. Revalidatie Activiteiten Profiel. Hand-leiding en beschrijving. Amsterdam: VU-uitgeverij, 1994.
- 16 Croon NHTh, Koten JW, Kroneman H. Paradigma's in honderd jaar verzekerings-geneeskunde. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV) 2001;9: 332-336.
- 17 Verhoeven JD. Van ICIDH naar ICF: consequenties voor claimbeoordeling en kansen voor re-integratie. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV) 2002; 10:328-331.
- 18 Willems JHBM, Koten JW, Croon NHTh. Bepaling belastbaarheid voor arbeid. In: Willems JHBM, Croon NHTh, Koten JW, redactie. Handboek Arbeid en Belastbaar-heid. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005;13:1-29.
- 19 Heerkens YF, Engels JA, Gulden JWJ van der. Een pleidooi voor het gebruik van de

ICF in de arbozorg. Eenheid van taal bevordert arbocuratieve samenwerking. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2006;84:337-347.

Een uitgebreidere literatuurlijst is te vinden in de twee publicaties waarop dit hoofdstuk is gebaseerd: de nummers 14 en 19 in de lijst.