

tbv 9

Jaargang 24
november 2016

Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

ZEEPKIST

Scholing meest bepalend voor duurzame inzetbaarheid

OPINIE

Urenbeperking bij SOLK: richtlijn oplossing voor
interdoktervariatie

ONDERZOEK

Implementatiestrategie protocol Depressieve stoornis
in de praktijk onderzocht

VOOR DE PRAKTIJK

Wellfie: een foto van het eigen werkvermogen voor
werknemers en werkgevers

INTERVIEW

FNV: zorgplicht centraal bij aanpak arbeidsgerelateerde
aandoening

www.tbv-online.nl

Stichting tot Bevordering der
Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
Bohn Stafleu van Loghum

We teach...



NIEUW

TRANSITIE VAN JEUGDGEZONDHEIDSZORG NAAR BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG

Topclass Arbeid en Gezondheid

12 december 2016 (16:00-20:30 uur), Amsterdam

INTERPRETATIE VAN LABORATORIUMUITSLAGEN BIJ KEURINGEN EN PERIODIEK MEDISCH ONDERZOEK

11 januari 2017, Utrecht

EPILEPSIE EN WERK

25 januari 2017, Utrecht

LEREN VAN DE BUREN IN BELGIË

26 en 27 januari 2017, Leuven

SOCIAAL MEDISCHE ADVISERING IN HET KADER VAN DE WMO (2015)

2, 9 en 16 februari, 16 en 30 maart 2017, Utrecht

MASTERCLASS: DE KNIE- EN HEUPPROTHESE WERKT!

3 februari 2017 (12:00-15:30 uur), Amsterdam

GENEESMIDDELEN, RIJVAARDIGHEID EN WERK

6 februari 2017, Zwolle

WEGWIJS IN HET ONDERWIJS - REGLINGEN ROND VERZUIM

7 februari 2017 (17:00-20:30 uur), Utrecht

INTRODUCTIE E-HEALTH

8 februari 2017, Utrecht

NIEUW

ENGELSE TAAL VOOR DE BEDRIJFSARTS

15 februari en 8 maart 2017 (16.30-21.00 uur), Utrecht

...en nóg 170 modulen!

Bekijk het volledige bij- en nascholingsaanbod
op www.nspoh.nl. Of vraag de brochure aan.



NSPOH
we teach health

De NSPOH wil een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de volksgezondheid, de arbeidsomstandigheden en participatie in Nederland. Dit doen wij door professionals kwalitatief goed en vraaggestuurd op te leiden voor de hedendaagse praktijk van public en occupational health. Wij ontwikkelen en organiseren opleidingen, bij- en nascholing, in-company programma's en symposia op academisch en post-hbo niveau.

De Arbodienst zoekt voor meerdere regio's: Ervaren bedrijfsartsen

...met het hart van een medicus
en de passie van een adviseur.

In de tango lijken twee partners hun eigen weg te gaan, maar in de harmonie ontstaat iets moois. De analogie is duidelijk: een bedrijfsgeneeskundig adviseur voelt en stuurt de werkgever aan, zonder de eigen regie te beïnvloeden, werkt samen en coacht. Kunt u schakelen tussen de dubbelrol van zakelijk adviseur en medicus? Reageer dan vandaag nog!

Wij bieden u:

- Volop mogelijkheden om u vanuit uw geneeskundige achtergrond te ontwikkelen tot topadviseur.
- Uitstekende faciliteiten en een concurrerend aanbod.
- Een veelzijdig klantenbestand.
- Een ruim scholingsbudget.
- Een multidisciplinaire samenwerking met casemanagers en arbeidsdeskundigen die jarenlang ervaring hebben in het adviseren van organisaties naar en binnen het eigen regiemodel.

Interesse in een overstap?

Mail uw motivatie met CV ter attentie van Silvia Danenberg naar:
vacatures@de-arbodienst.nl.

DE ARBODIENST®

Kijk voor een uitgebreid profiel op www.de-arbodienst.nl.



VAKINFORMATIE KOOP JE BIJ DE SPECIALIST

- Meer dan 2.000 producten voor professionals en studenten in de zorg
- Boeken, tijdschriften, e-books, vragenlijsten, testen, e-learningen, web-tv's en meer

BSL
Bureau
Stellen
van
Loghuma
Samen
Maken

Ga direct naar www.bsl.nl

SOLK, richtlijnen en beroepsziekten

Wim Otto



Aan een reeks komt in dit nummer van TBV een einde. U kunt kennismaken van het vijfde onderzoeksartikel van Spanjer met als onderwerp 'urenbeperking bij SOLK'. Dit keer komen de frequentie en mate van urenbeperking aan bod. In hoeverre verschillen die in WIA- en Wajong-beoordelingen met de andere diagnosegroepen? Zelf vind ik het opmerkelijk dat er flinke verschillen zijn tussen de pijnsyndromen enerzijds en de vermoeidheidssyndromen anderzijds. Onderzoek van de laatste jaren toont sterke aanwijzingen dat pijn en vermoeidheid bij deze syndromen verschillende uitingen zijn van dezelfde onderliggende verstoringen op neurobiologisch niveau. In de DSM-5 is het onderscheid inmiddels verdwenen: de pijnstoornis uit de DSM-IV is vervallen. Het gaat ook niet meer om het onverklaard zijn van de symptomen, maar om de maladaptieve reactie op lichamelijke symptomen (en daarom genoemd 'somatisch symptoomstoornis').

De vraag die dit oproept is: hoe meet je de mate van maladaptiviteit? Want dat zou dan bepalend kunnen zijn voor wel/geen of meer/minder urenbeperking.

Het is de verdienste van Spanjer dat hij als onderzoeker niet alleen de feiten wil vaststellen, maar op grond daarvan ook op zoek gaat naar een oplossing voor het probleem van de interdoktervariatie. Hij ziet die in een richtlijn en geeft ook aan waaraan die richtlijn zou moeten voldoen. Wat hem betreft is de beroepsgroep van verzekeringsartsen nu aan zet.

En wat mij betreft gaat de deur nu niet voor langere tijd dicht – totdat een eerste concept van een richtlijn het levenslicht ziet – maar komt het onderwerp van tijd tot tijd terug in dit tijdschrift.

Waar wel een 'richtlijn' voor is, is depressie. Zwerver heeft onderzocht in hoeverre de door hemzelf ontwikkelde implementatiestrategie voor het verzekerings-geneeskundig protocol Depressieve stoornis ook in de uitvoeringspraktijk tot resultaat leidt – na eerdere bemoeidigende resultaten in een laboratoriumsetting. Misschien niet verrassend, maar wel jammer: de praktijk blijkt weer-

barstiger dan het laboratorium. Ik zie ook een lichtpuntje. Uit dit onderzoek komt naar voren dat optimalisering van de werkomstandigheden het consequent toepassen van het protocol ten goede kan komen. Ofwel: kwaliteit heeft zijn prijs. Zijn wij bereid te investeren in een beoordeling die aan de kwaliteitsstandaard voldoet?

Ook in het referaat in dit nummer is de problematiek rond de implementatie van richtlijnen aan de beurt. De huidige vorm van kennisoverdracht van richtlijnen wordt qua inhoud en hulpmiddelen als onvoldoende effectief gezien. Uit het door Weel besproken onderzoek van Lugtenberg e.a. blijkt dat een werkwijze met kleine groepen veelbelovend is. Niet alleen van belang voor bedrijfsartsen (de onderzoekspopulatie) maar ook voor verzekeringsartsen.

Ik was erg gecharmeerd van de presentatie van Vandenbroeck over de ontwikkeling van de online tool Wellfie op het Fohneucongres (zie TBV 6). Als fotoliefhebber niet in de laatste plaats vanwege de titel: Wellfie – your company's well-being in a snapshot. Wellfie ondersteunt organisaties in het behouden en verbeteren van werkvermogen en is daarmee een belangrijk instrument ten behoeve van duurzame inzetbaarheid. Het artikel beschrijft onder andere de ontwikkeling en het uittesten van dit instrument. Zie ook: Wellfie.be.

Met grote regelmaat besteden we in TBV aandacht aan beroepsziekten. In dit nummer leren we dat bedrijfsartsen nog steeds alert moeten zijn op het voorkomen van silicose. Silicose valt onder de 'klassieke' beroepsziekten, waarbij het werk voor minstens 50% moet hebben bijgedragen aan de ziekte. Volgens FNV Bureau Beroepsziekten moeten we van deze definitie af. Het begrip arbeidsgerelateerde aandoening voldoet beter. En dan gaat het niet alleen om beelden als burn-out of PTSS. In het interview met Bureau Beroepsziekten wordt dit aan de hand van een aantal sprekende voorbeelden uit de doeken gedaan.

hoofredactioneel	SOLK, richtlijnen en beroepsziekten	407
zeepkist	Duurzame inzetbaarheid: niet alleen gezondheid maar juist ook scholing is van belang	409
onderzoek	Urenbeperking bij SOLK: welke urenbeperking geven verzekeringsartsen in de praktijk? <i>Jerry Spanjer</i> Effectiviteit van een implementatie van het verzekerings- geneeskundige protocol Depressieve stoornis in de praktijk <i>Ton Schellart, Feico Zwerver</i>	411 415
onderzoek in het kort	Factoren en motieven geassocieerd met (niet-)deelnemen aan een werkhervattingsprogramma voor vangnetters met een diagnose kanker (RE-CAP) Effecten van een training in het BGB op de anamnese van verzekeringartsen	420 421
referaat	Hindernissen bij toepassing van de richtlijn 'Psychische Problemen'	422
column	Blindganger	424
voor de praktijk	Scan en verbeter het werkvermogen in de organisatie: Wellfie <i>Sofie Vandenbroeck, Liesbeth Aerts, Liesbeth Daenen, Lieve Vandersmissen, Lode Godderis</i> 'Zakendoen met emoties', besparen op verzuim? <i>Iris Homeijer</i> Good practices (7) De rol van de bedrijfsarts bij een PMO <i>Amar Biseswar</i>	425 432 436
opinie	Raadpleeg niet de DSM, maar de wetenschappelijke literatuur <i>Isabella Niesten</i> Urenbeperking bij SOLK: tijd voor een oplossing voor de interdoktervariatie <i>Jerry Spanjer</i>	437 439
proefschriftbespreking	Harald Miedema: Course, prognosis and management of nonspecific musculoskeletal disorders	443
congresverslag	50e VUSA	445
interview	FNV: Marian Schaapman en Johan Jonker <i>Rolf Blijleven, Jurjen Breedijk, Bas Sorgdrager</i>	447
beroepsziekten	Een stoffig relaas, of toch niet? <i>Erik Stigter, Gerda de Groene, Jos Rooijackers</i>	452
van de verenigingen	NVAB en NVVG	455

Duurzame inzetbaarheid: niet alleen gezondheid maar juist ook scholing is van belang

Joost van der Gulden

Joost van der Gulden is hoofd van de SGBO en senior onderzoeker binnen het Radboudumc

Arbodiensten hebben van oudsher een preventief aanbod dat is gericht op gezondheidsbevordering en het voorkomen van werkgebonden aandoeningen. Prima natuurlijk om vanuit onze sector een bijdrage te leveren aan de gezondheid van de beroepsbevolking. Interventies om de gezondheid te bevorderen worden nu ook aan de man gebracht om duurzame inzetbaarheid te bevorderen. Ik wil in deze Zeepkist uitleggen dat je werkgevers en werknemers dan bij de neus neemt. Een redelijke gezondheid is namelijk wel een voorwaarde voor duurzame inzetbaarheid, maar zeker niet de enige. Juist ook scholing is van belang.

Het begrip 'duurzame inzetbaarheid' is in zwang gekomen omdat de pensioendatum is verschoven en prepensioenregelingen worden afgebouwd. Maar er is nog een andere ontwikkeling. De tijd dat mensen 40, soms wel 50 jaar voor dezelfde baas werkten en al die tijd toekonden met wat ze op school geleerd hadden is echt voorbij. Bedrijven reorganiseren onder druk van de markt met grote regelmaat. Technologische vernieuwingen leiden tot een andere manier van werken. Functies veranderen steeds van karakter of verdwijnen helemaal. Wie niet langer in de organisatie past, moet op zoek naar iets anders. Werknemers worden 'jobhoppers' – ook als ze daar niet veel voor voelen. Minister Asscher spreekt in dit verband over een verschuiving van 'baanzekerheid' naar 'werkzekerheid'. De overheid kan en wil genoemde ontwikkelingen niet tegenhouden, maar wil wel bevorderen dat mensen die hun baan verliezen snel nieuw werk vinden.

Deze ontwikkeling vraagt om een andere kijk op duurzame inzetbaarheid. Natuurlijk, gezondheid blijft belangrijk. Maar vanuit het perspectief van werkzekerheid is adequate scholing zeker zo belangrijk. Veertigers en vijftigers moeten bij sollicitaties concurreren met jongere kandidaten die in de ogen van werkgevers over relevantere kennis en vaardigheden beschikken en dus beter inzetbaar zijn. Tegenwoordig ben je al een 'oudere werknemer' met eenzijdige werkervaring en een flinke kennisachterstand, ruim voordat je gezondheid begint te haperen. In de discussie over arbeidsmarktontwikkelingen is er daarom veel aandacht voor 'levenslang leren'.

Met dat levenslang leren wil het volgens een recente

studie van het Sociaal Cultureel Planbureau nog niet zo opschieten.¹ Veel werknemers zien het belang er niet van en werkgevers letten ook hier op de kleintjes. Uit het onderzoek blijkt dat sprake is van een scheve verdeling van scholingsactiviteiten. Hoger opgeleiden volgen vaker bijscholing dan lager opgeleiden en jongere werknemers krijgen meer scholing dan hun oudere collega's. Oudere, laagopgeleide werknemers, de meest kwetsbare groep op de arbeidsmarkt, komen zo dus steeds meer op achterstand. Naast 'formeel leren' (een cursus of training volgen) is ook sprake van 'informeel leren'. Mensen pikken ook dingen op uit nieuwe ervaringen tijdens hun werk en gesprekken met collega's. Dit informele leren biedt zeker geen compensatie voor het geconstateerde verschil in formeel leren. Lager geschoolden hebben vaker routinematig werk dan hoger geschoolden zodat ze minder nieuwe ervaringen opdoen. Want je leert juist van verandering, van nieuwe taken die een uitdaging vormen. Het zal dus niet verbazen dat juist jonge, hoogopgeleide werkers de meeste mogelijkheid ervaren tot informeel leren.¹ En die hadden al een streepje voor.

Uit het SCP onderzoek komt nog een ander verschil naar voren: mensen met een goede gezondheid volgen meer scholing dan mensen met gezondheidsproblemen. Dit wordt niet verder uitgewerkt, maar de verklaring ligt voor de hand. Werkgevers investeren bij voorkeur in medewerkers van wie veel wordt verwacht. Het scholen van *high potentials* verdient zich terug. Bij mensen met gezondheidsproblemen is dat nog maar de vraag, tenzij het om omscholing gaat naar aangepast werk. Overigens gaat het niet alleen om de afweging of scholing een goede investering is. Scholing geldt ook als extra inspanning en werkgevers willen de belasting van kwetsbare werknemers niet te hoog maken. Noodzakelijke training of opleiding wordt dus even uitgesteld, vaak met volle instemming van de werknemer.

Samenvattend zien we dus dat scholing een heel belangrijk aspect is van duurzame inzetbaarheid en dat kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt (lageropgeleiden, ouderen, chronisch zieken) het minst aan scholing toekomen.

Hebben we hier een rol als arbosector? Kunnen we iets met de constatering dat juist ook scholing van belang is?

Ik denk het wel, al vraagt het om een nieuwe kijk op inzetbaarheidsbevordering.

Om te beginnen is aandacht voor scholing mogelijk in het kader van collectieve en individuele preventie. Bij de RI&E kan worden getoetst of een bedrijf op dit punt goed bezig is. Tijdens preventief medisch onderzoek kan ook worden gevraagd naar iemands scholingsinspanningen. Dit betreft immers een relevant aspect van duurzame inzetbaarheid. Wat hierbij de beste aanpak is, met name om scholing onder laagopgeleiden te bevorderen, zou nader moeten worden onderzocht.

Als we menen dat formeel en informeel leren niet moet worden onthouden aan werknemers met gezondheidsproblemen, dan moeten we hier ook wat mee in het kader van ons re-integratieadvies. We zouden werkgevers er dan op moeten wijzen dat eenzijdig inzetten op snelle terugkeer naar eigen werk niet steeds de beste optie is. Het kan ook in het bedrijfsbelang zijn om even wat minder op productiviteit te focussen en iemand nieuwe ervaringen op te laten doen op een andere afdeling. Of om in de re-integratiefase juist wat tijd te reserveren voor scholing. Nieuwe kennis en werkervaring kan van grote waarde blijken bij volledig herstel, maar zeker ook wanneer iemand vanwege ziekte blijvend op andere taken is aangewezen.

Voor de werkgever vraagt dit enig omdenken. Maar dat geldt ook voor werknemers. Die hebben vrijwel steeds een voorkeur om op hun vertrouwde plek te starten.

Het voorstel om elders in het bedrijf nieuwe ervaringen op te doen betekent een uitdaging waar men niet op zit te wachten. Het roept ook de vrees op dat de baas al nadenkt over overplaatsing of ontslag. 'Hakken in het zand' is dan een begrijpelijke reactie. Het vraagt dus veel van de adviesvaardigheden van de bedrijfsarts om werkgever en werknemer anders te laten handelen dan dat zij van nature zouden doen.

Dat weerstand is te verwachten wanneer we gaan wijzen op het belang van formeel en informeel leren, ook tijdens gedeeltelijk verzuim, is geen reden om het niet te doen. Het 'activeringsparadigma' – de visie dat vroegtijdig hervatten bijdraagt aan herstel – leidde aanvankelijk ook tot onbegrip en weerstand. Maar deze aanpak is inmiddels ingeburgerd en heeft ertoe bijgedragen dat velen hun werk niet onnodig hebben verloren. Toen was de boodschap: "Er wordt een inspanning van je gevraagd om te voorkomen dat je in de WAO komt." Nu geldt eigenlijk hetzelfde: "Je moet ook zelf wat doen om je werkzekerheid te bevorderen. Maak gebruik van de kans om nu je nog volledig inzetbaar bent het nodige bij te leren."

Literatuur

1. Echtelt P van, Croezen S, Vlasblom JD, Voogd-Hamelink M de, Mattijssen L. Aanbod van arbeid 2016. Werken, zorgen en leren op een flexibele arbeidsmarkt. Den Haag, SCP, 2016.

Urenbeperking bij SOLK: welke urenbeperking geven verzekeringsartsen in de praktijk?

Jerry Spanjer

Samenvatting

Doel van dit onderzoek is te onderzoeken hoe vaak verzekeringsartsen in de praktijk een urenbeperking geven bij de beoordeling van cliënten met SOLK. In het Claimbeoordelings- en Borgings-systeem (CBBS) werden de urenbeperkingen in kaart gebracht bij specifieke rugklachten, fibromyalgie, whiplash, somatoforme stoornis, chronische vermoeidheidssyndroom en moeheid zonder specifieke diagnose. Ondanks het ontbreken van medisch objectieve bevindingen in engere zin bij SOLK diagnoses werd door verzekeringsartsen regelmatig een urenbeperking toegekend. Een aanzienlijk deel van de verzekeringsartsen is blijkbaar van mening dat dan wel wordt voldaan aan het criterium in de wetgeving dat er sprake is van 'rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte waarbij er sprake is van een stoornis in het menselijk organisme, met een vermindering van de persoonlijke autonomie.' Bij chronische specifieke pijnsyndromen zoals fibromyalgie en whiplash wordt minder vaak een urenbeperking toegekend dan bij diagnoses waarbij moeheid voorop staat zoals het chronische vermoeidheidssyndroom.

SOLK, Urenbeperking, Duurbelastbaarheid, CBBS, FML

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) zijn lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart.¹ Voor de bedrijfs- en verzekeringsarts is het moeilijk te beoordelen of een cliënt beperkt geacht moet worden in het aantal uren dat hij in staat is arbeid te verrichten (urenbeperking).^{2,3} In vier eerdere artikelen over het onderwerp urenbeperking (UB) bij SOLK kwam aan bod wat er over dit onderwerp wordt beschreven in de jurisprudentie, literatuur en richtlijnen.⁴⁻⁶ Tevens werd onderzocht welke argumenten verzekeringsartsen gebruiken voor of tegen een UB bij SOLK.⁷ Doel van dit onderzoek is te onderzoeken in hoeverre de verzekeringsarts in de dagelijkse prak-

tijk van mening is dat een UB is aangewezen bij cliënten met SOLK.

Vraagstellingen in dit onderzoek zijn:

1. Hoe vaak wordt een urenbeperking bij SOLK toegekend bij de WIA en Wajong-beoordeling?
2. Hoe vaak wordt een urenbeperking toegekend als er sprake is van SOLK met comorbiditeit?
3. Wat is de mate van de urenbeperking bij SOLK?
4. Hoe vaak leidt een WIA/Wajong-aanvraag bij SOLK tot een uitkering?
5. Hoe is dit in verhouding tot de totale populatie aanvragers van WIA en Wajong?

Methode

Bij een WIA en Wajong-beoordeling legt de verzekeringsarts middels een Functionele Mogelijkheden Lijst in het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS)⁸ vast wat de belastbaarheid van een cliënt is. Onder andere wordt vastgelegd of een cliënt belastbaar wordt geacht en of een cliënt beperkt wordt geacht in het aantal uren dat hij per dag kan werken. Bij het Centraal Expertise Centrum van het UWV werd opgevraagd hoe vaak en in welke mate verzekeringsartsen in 2014 bij WIA en Wajong-beoordelingen een urenbeperking hadden toegekend bij een aantal SOLK diagnoses. Het betrof de volgende diagnoses: chronisch aspecifieke rugklachten (CAR), fibromyalgie, whiplash, somatoforme stoornis, chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) en moeheid zonder specifieke diagnose. Ook werd gevraagd hoe vaak een aanvraag leidde tot een uitkering.

Er werden aparte tabellen aangeleverd voor de groep waarin SOLK de enige aangegeven diagnose in CBBS was en de groep waarin SOLK de eerst gegeven diagnosecode was (en waarbij dus comorbiditeit mogelijk was).

Analyse

De frequentie en mate van urenbeperking per diagnose werd apart berekend voor de groep zonder en met comorbiditeit.

Resultaten

In tabel 1 wordt het aantal uren dat cliënten belastbaar worden geacht per SOLK diagnose weergegeven in de groep waarin de verzekeringsarts alleen een SOLK diagnose had gesteld.

Dr. J. Spanjer is verzekeringsarts, onderzoeker en docent bij UWV en UMCG.
Correspondentieadres:
jerry.spanjer@uwv.nl

Tabel 1

Het aantal uren per dag dat cliënten belastbaar worden geacht bij WIA en Wajong-beoordelingen in 2014 per SOLK diagnose zonder comorbiditeit

Diagnosecode	GBM	2 uur/dag belastbaar	4 uur/dag belastbaar	6 uur/dag belastbaar	≥ 8 uur/dag belastbaar
Alle diagnoses N=78.333	9,5%	2,6%	10,8%	3,7%	73,4%
CAR	1,5%	0,4%	1,3%	1,3%	95,6%
Fibromyalgie	1,8%	1,2%	11,1%	6,3%	79,7%
Whiplash	3,2%	2,4%	10,5%	1,6%	82,1%
Somatoform	11,1%	3,3%	16,7%	7,1%	61,9%
CVS	2,1%	8,2%	38,1%	9,3%	42,2%
Vermoeid	3,9%	3,9%	25,0%	10,5%	56,7%

GBM; geen benutbare mogelijkheden, CAR; chronisch aspecifieke rugklachten, CVS; chronischevermoeidheidssyndroom.

Als de cliënt voor acht uur of meer belastbaar wordt geacht dan wordt door de verzekeringsartsen tussen de 1,8% (bij CAR) en 19,4% (bij CVS) van de gevallen aangegeven dat acht uur per dag maximaal is. De verzekeringsarts is dus in de meerderheid van de beoordelingen van mening dat de cliënt meer dan acht uur kan werken. Bij de ziektebeelden die gepaard gaan met een aspecifiek pijnsyndroom (CAR, fibromyalgie en whiplash) wordt de cliënt in 80-96% belastbaar geacht voor acht uur of meer per dag. Bij ziektebeelden waarbij de vermoeidheid voorop staat (CVS en moeheid zonder specifieke diagnose) is dat 42-57%.

In tabel 2 worden de cliënten met SOLK, in de groepen zonder en met comorbiditeit, vergeleken voor wat betreft de toegekende urenbeperking (minder dan

acht uur per dag belastbaar) en toekenning van WIA of Wajong-uitkering.

Bij de cliënten met comorbiditeit wordt de SOLK diagnose als eerste diagnose vermeld in het CBBS, daarnaast zijn één of meerdere andere diagnoses aangegeven. Als er sprake is van comorbiditeit dan wordt vaker een urenbeperking en een uitkering toegekend vergeleken met de cliënten zonder comorbiditeit. Bij de aspecifieke pijnsyndromen wordt minder vaak dan gemiddeld een uitkering toegekend. Bij somatoforme stoornissen en vermoeidheid wordt vaker dan gemiddeld een urenbeperking toegekend. Het percentage toegekende uitkeringen bij cliënten met een somatoforme stoornis of CVS ligt iets lager dan gemiddeld. Als er sprake is van comorbiditeit ligt het iets hoger dan gemiddeld.

Tabel 2

Incidentie, geen benutbare mogelijkheden, urenbeperkingen en toekenningspercentage WIA/Wajong in 2014 in de groep cliënten waarbij SOLK de enige diagnose was vs de groep SOLK met comorbiditeit

Diagnosecode	Incidentie	GBM	UB	Toekenning	Incidentie	GBM	UB	Toekenning
Alle diagnoses	100%	9,5%	17,1%	58,3%	100%	9,5%	17,1%	58,3%
	Alleen SOLK				SOLK + Comorbiditeit			
CAR	6,9%	1,5%	3,0%	19,3%	13,6%	2,6%	10,2%	36,8%
Fibromyalgie	4,3%	1,8%	18,6%	32,6%	7,7%	4,8%	21,7%	49,1%
Whiplash	3,2%	3,2%	14,5%	nv	2,6%	5,0%	27,0%	nv
Somatoform	1,6%	11,1%	27,1%	57,1%	2,6%	10,2%	33,7%	62,9%
CVS	1,2%	2,1%	55,6%	57,7%	0,9%	4,2%	56,9%	69,4%
Vermoeid	1,0%	3,9%	39,4%	51,3%	1,9%	4,0%	42,7%	53,3%

GBM; geen benutbare mogelijkheden, CAR; chronisch aspecifieke rugklachten, CVS; chronischevermoeidheidssyndroom, UB; urenbeperking, nv; niet verkregen.

Beschouwing

Bevindingen

Bij specifieke pijnsyndromen (CAR, fibromyalgie en whiplash) wordt bij de WIA en Wajong-beoordeling tussen 3 en 19% van de beoordelingen een urenbeperking toegekend (d.w.z. cliënt wordt minder dan acht uur per dag belastbaar geacht). Bij een somatoforme stoornis is dat in 27% van de beoordelingen en bij moeheidsklachten in 39-56% het geval. In de totale populatie WIA/Wajong-aanvragers wordt in 17% een urenbeperking toegekend. Er wordt vaker een urenbeperking toegekend als er sprake is van comorbiditeit: bij specifieke pijnsyndromen (CAR, fibromyalgie, whiplash) tussen de 10 en 27%, bij een somatoforme stoornis 38% en bij moeheidsklachten 43-57%.

Als door de verzekeringsartsen een urenbeperking wordt toegekend dan is dit in de meerderheid van de gevallen een beperking van vier uur per dag. Cliënten worden vaker zes uur per dag belastbaar geacht dan twee uur per dag. Dit is vergelijkbaar met de totale populatie aanvragers.

Bij pijnsyndromen leidt een WIA/Wajong-aanvraag in 19-33% van de beoordelingen tot een uitkering, tenzij er sprake is van comorbiditeit dan in 37-49%. Dit is duidelijk minder dan het gemiddelde van alle diagnoses (58%). Bij moeheidsklachten en somatoforme stoornissen leidt 51-58% van de aanvragen tot een uitkering en met comorbiditeit 53-69%.

Interpretatie

In het schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten¹⁰ staat dat er sprake dient te zijn van *‘rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken. Om van ziekte te kunnen spreken dient er een stoornis te zijn in het menselijk organisme, met een vermindering van de persoonlijke autonomie.’* Ook bij de SOLK diagnoses zonder comorbiditeit, waarbij dus per definitie geen objectieve medische bevindingen in engere zin zijn, wordt wel een urenbeperking toegekend door verzekeringsartsen. Blijkbaar interpreteert in elk geval een aanzienlijk deel van de verzekeringsartsen ‘objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte’ zodanig dat een urenbeperking wel mogelijk is. De verzekeringsartsen zijn dan dus van mening dat er sprake is van een stoornis met een vermindering van autonomie.

De wetgever heeft een bepaalde definitie gegeven van arbeidsongeschiktheid in het schattingsbesluit. Zolang SOLK daarmee niet in overeenstemming te brengen is, zal het probleem van interdoktervariatie vermoedelijk blijven bestaan. Hierdoor kan het tevens zijn dat de verzekeringsarts het begrip SOLK liever verlaat en tot een andere terminologie komt, die meer in overeenstemming is met de wetgeving om problemen te vermijden. Dat levert onzekerheid op over de betrouwbaarheid van de aantallen

Aandachtspunten

- De verzekeringsarts acht 19% van de cliënten met fibromyalgie en 56% met chronischevermoeidheidssyndroom beperkt in het aantal uren dat ze per dag kunnen werken.
- Bij cliënten met CVS leidt 58% van de WIA/Wajong-aanvragen tot een uitkering, dat is evenveel als bij de gemiddelde aanvrager.
- Bij cliënten met specifieke pijnsyndromen zoals fibromyalgie leidt een WIA/Wajong-aanvraag minder vaak dan gemiddeld tot een uitkering.
- Als een urenbeperking bij SOLK wordt toegekend, dan is dat meestal vier uur per dag.

cliënten met SOLK. Een mogelijke oplossing kan zijn het probleem opnieuw voor te leggen aan de wetgever, als een richtlijn onvoldoende helpt of niet te rijmen is met de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep.

Uit dit onderzoek blijkt dat er een duidelijk verschil is in het aantal toegekende urenbeperkingen tussen cliënten met moeheid en cliënten met specifieke pijn. Dit is niet verwonderlijk, de aard van de ziekte bij moeheid is zodanig dat er sprake is van energetische beperkingen. Dit gaat vaker gepaard met een urenbeperking dan de vaak meer locomotore beperkingen bij pijnklachten. In eerder onderzoek⁷ werd door verzekeringsartsen aangegeven dat een richtlijn met betrekking tot urenbeperking bij SOLK nuttig is. Bij het maken van een richtlijn dient met deze verschillen rekening gehouden te worden; ‘de SOLK cliënt’ bestaat niet.

Sterke punten en beperkingen

Sterk punt van dit onderzoek is dat uit deze cijfers blijkt wat de daadwerkelijke praktijk is bij de beoordeling van een urenbeperking bij SOLK diagnoses. Dit in tegenstelling tot de opiniërende stukken en onderzoek in focusgroepen waarbij de verzekeringsartsen aangeven wat ze zeggen te doen. In eerder verricht onderzoek naar urenbeperking bij SOLK werd door deelnemers van focusgroepen aangegeven dat in een focusgroep ‘strenger’ wordt geoordeeld dan in de dagelijkse praktijk.⁷ De verzekeringsartsen schatten in dat eerder een urenbeperking wordt toegekend in een spreekuurcontact met een cliënt.

Beperking van dit onderzoek is het feit dat het niet zeker is dat de in CBBS ingevoerde diagnoses juist zijn ingevuld en of alle nevendiagnoses wel zijn vermeld. Tevens worden slechts een beperkt aantal diagnoses onder de loep gelegd. Ook relatief ‘harde’ diagnoses zoals hartinfarct en carcinoom kunnen onder de diagnose SOLK vallen als ze gepaard gaan met symptomen of beperkingen die niet geheel verklaard kunnen worden vanuit die diagnose.⁹

Conclusie

Ondanks het ontbreken van medisch objectieve bevindingen in engere zin wordt bij SOLK diagnoses door verzekeringsartsen regelmatig een urenbeperking toegerekend. Een aanzienlijk deel van de verzekeringsartsen is blijkbaar van mening dat er sprake is van *‘rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte waarbij er sprake is van een stoornis in het menselijk organisme, met een vermindering van de persoonlijke autonomie.’* Bij chronische aspecifieke pijnsyndromen zoals fibromyalgie en whiplash wordt minder vaak een urenbeperking noodzakelijk geacht dan bij diagnoses waarbij moeheid voorop staat zoals het chronischevermoeidheidssyndroom.

Dankwoord

Met dank aan Natascha Tolkacheva, kennisadviseur en onderzoeker Centraal Expertise Centrum, divisie Sociaal Medische Zaken, UWV voor het aanleveren van de CBBS cijfers.

Belangenconflicten/ financiële ondersteuning

Er zijn geen belangenconflicten en er is geen sprake van financiële ondersteuning.

Literatuur

1. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Utrecht 2013.
2. Urenbeperking: hoe kunnen de perspectieven van zieke werknemers, verzekeringsarts en bedrijfsarts elkaar verrijken? Expertmeeting, georganiseerd door Whiplash Stichting Nederland en Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, 2011.
3. De Bont A, Meus C, Hazelaar G. Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering. College van toezicht sociale verzekeringen. Zoetermeer, 1998.
4. Spanjer J. SOLK en urenbeperking: mediprudentie en jurisprudentie. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2015; 23: 304-8.
5. Spanjer J. SOLK en urenbeperking: literatuuronderzoek. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2015; 23: 399-402.
6. Spanjer J. SOLK en urenbeperking: regels, richtlijnen en rapporten. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2016; 24: 53-7.
7. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: Welke argumenten gebruiken verzekeringsartsen? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2016; 24: 200-5.
8. Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS). Introductie voor belangstellenden. UWV Afdeling Beleid, Amsterdam 2003.
9. Trimbo's Instituut. Multidisciplinaire richtlijn Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en Somatoforme Stoornissen. Utrecht, 2010.
10. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Staatsblad 2000.

Effectiviteit van een implementatie van het verzekeringsgeneeskundige protocol Depressieve stoornis in de praktijk

Ton Schellart, Feico Zwerver

Samenvatting

Voor het verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis hadden wij eerder een implementatiestrategie ontwikkeld. Deze implementatiestrategie bestond onder meer uit een training waarin verzekeringsartsen leren het protocol Depressieve stoornis toe te passen. In het huidige onderzoek wordt deze implementatiestrategie geëvalueerd in de praktijk van de verzekeringsarts. Daartoe deden zeventien verzekeringsartsen van een WIA-afdeling op een UWV-kantoor mee aan dit onderzoek. Het onderzoeksdesign bestaat uit een voormeting, de interventie en een nameting. Van elke verzekeringsarts werden in de periode 2012 tot 2015 veertien rapportages van cliënten met een depressieve stoornis getoetst op het volgen van het protocol. Het onderzoek liet zien dat de verzekeringsartsen het protocol Depressieve stoornis volgden voor gemiddeld 40%. De training leverde een lichte (niet significante) verbetering op in het volgen van het protocol Depressieve stoornis. De verzekeringsartsen presteerden goed in de onderbouwing van hun oordeel over de belastbaarheid van cliënten met een depressie.

Protocol Depressieve stoornis, Implementatiestrategie, Verzekeringsgeneeskunde, Protocoladherentie, WIA - Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

Sinds 2007 zijn er 20 verzekeringsgeneeskundige protocollen geïmplementeerd. Eén daarvan is het verzekeringsgeneeskundige protocol Depressieve stoornis. Depressie is de meest gestelde diagnose voor instroom in de WIA (11% volgens Jaarverslag UWV, 2014). Vanuit het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) heeft in de periode 2007-2013 een onderzoeksproject plaatsgevonden. Hierin onderzochten we of een implementatiestrategie die beantwoordt aan de behoeften van verzekeringsartsen (VA'n), tot een betere toepassing van een protocol leidt dan bij de gebruikelijke implementatie door Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).^{1,2} Daartoe is een training met hulpmiddelen ontwikkeld om VA'n te leren het protocol Depressieve stoornis³ toe te passen bij beoordelingen in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). De

werkzaamheid van deze implementatiestrategie hebben we toen onderzocht in een laboratorium 'setting' met een 'randomized controlled trial' (RCT), door gebruik te maken van geconstrueerde casuïstiek gepresenteerd op video. Een groep VA'n die getraind werd in het toepassen van het protocol Depressieve stoornis, werd vergeleken met een controlegroep. Uitkomstmaat was o.a. de protocoladherentie (mate van volgen) van het protocol Depressieve stoornis bij de deelnemende VA'n. De protocoladherentie werd gemeten met behulp van zes performance-indicatoren die in eerder onderzoek valide en betrouwbaar waren gebleken.⁴ Hieruit kwam dat de VA'n die getraind waren in het toepassen van het protocol Depressieve stoornis, significant hogere scores haalden op het volgen van het protocol dan VA'n uit de controlegroep.⁵ Eén van de aanbevelingen van die studie was om de effectiviteit van de ontwikkelde implementatie strategie voor het protocol Depressieve stoornis in de praktijk te evalueren. In deze studie rapporteren we over het effect dat deze implementatiestrategie in de vorm van een training heeft op de protocoladherentie in de praktijk. Over protocoladherentie van verzekeringsartsen in de praktijk voor het protocol Depressieve stoornis gemeten met een valide, objectief instrument is niets bekend. De onderzoeksvragen zijn:

- Hoe groot is de protocoladherentie van verzekeringsartsen bij de eerste WIA-beoordeling van cliënten met een depressie?
- Werkt de eerder ontwikkelde interventie ook in de praktijk in die zin dat de protocoladherentie toeneemt?
- Hoe beoordelen de aan het onderzoek deelnemende verzekeringsartsen de ontwikkelde interventie voor hun praktijk?

Methode

Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign is longitudinaal en betreft a) een T0-meting, b) de eigenlijke interventie en c) een T1-

Dr. A.J.M. Schellart is sociaal wetenschapper en was als kennisadviseur werkzaam bij het UWV ten tijde van dit onderzoek.

Dr. F. Zwerver is verzekeringsarts-opleider bij het UWV.

Correspondentieadres:
feico.zwerver@uwv.nl

meting bij één UWV-kantoor. 'Sample size'-berekening, op basis van beredeneerbare vooronderstellingen, had uitgewezen dat 104 dossiers per tijdstip moment nodig zijn, verdeeld over 14 VA'n met gemiddeld ieder zeven rapportages van WIA-beoordelingen van cliënten met een depressie.

Voormeting

De T0-meting (voormeting) vond plaats per 1 mei 2013 op basis van de laatste zeven VA-rapportages van WIA-beoordelingen van cliënten met een depressie per VA uit de periode 2013 en zo nodig de meeste recente uit 2012. Voor de voormeting werden de burgerservicenummers (BSN) van cliënten van 21 VA'n verkregen met als eerste diagnosecode 'depressie' (i.c. CAS-codes P652 en/of P653). Vier VA'n hiervan vielen af omdat zij in de loop van 2013 uit dienst gingen (pensioen), dan wel dat er te weinig recente BSN's waren verkregen van beoordelingen van cliënten met depressie door deze VA'n. Uiteindelijk zijn 116 VA-rapportages van cliënten verkregen, afkomstig van 17 VA'n: 15 VA'n met ieder zeven rapportages, één VA met zes rapportages en één VA met vijf rapportages.

Deze VA-rapportages werden geanonimiseerd, gerandomiseerd verdeeld en vervolgens beoordeeld door zes ervaren senior-verzekeringsartsen, Toets-VA'n, verdeeld over drie paren. De zes Toets-VA'n hadden eerder een aparte training van twee dagdelen gekregen overeenkomstig het eerder genoemde onderzoek.³ Ieder paar Toets-VA'n beoordeelde onafhankelijk van elkaar een aantal VA-rapportages, waarna een consensus meeting volgde.

De door de Toets-VA'n gehanteerde beoordelingsmethode bestaat uit het scoren op zes Performance Indicatoren (PI'n) die samen de mate van adherentie aan het protocol Depressieve stoornis weergeven. Deze zes performance indicatoren, in de vorm van beslisbomen, betreffen respectievelijk: PI-1 = Diagnostiek; PI-2 = Ernst depressie; PI-3 = Beloop, risicofactoren, prognose; PI-4 = Comorbiditeit; PI-5 = RIV-toetsing, stagnatie herstel, herstelgedrag; PI-6 = Belastbaarheid.

Interventie

De interventie werd gehouden in de vorm van een geaccrediteerde training voor de deelnemende VA'n in maart 2014. Deze training had dezelfde opbouw zoals in de RCT was gehanteerd.⁶ Er werd een werkmap uitgedeeld met daarin: het protocol Depressieve stoornis, een aantal artikelen over depressie en werk, en verder hulpmiddelen, zoals een bureaulegger, de checklist van Slebus⁷ en die van Hamilton.⁸ De training werd gekenmerkt door uiteengaan in subgroepen, veel interactie, gebruik van realistische casuïstiek op dvd en door begeleiding door experts: een psychiater met kennis van UWV en een VA-opleider. De prestaties van de deelnemende VA'n op groepsniveau

op het volgen van het protocol Depressieve stoornis op T0 werden in een presentatie teruggekoppeld en interactief bediscussieerd. Ook oefende men in het schrijven van een VA-rapportage met behulp van argumentatieleer. In een terugkomstdagdeel in september 2015 werden praktijkervaringen met het toepassen van het protocol interactief uitgewisseld. De training werd door de deelnemende VA'n geëvalueerd, onder andere via een korte vragenlijst.

Nameting

De nameting betrof de VA-rapportages van WIA-clieënten met depressie, voor het eerst beoordeeld door dezelfde 17 VA'n in de periode van april 2014 tot augustus 2015. Het betrof 114 cliënten/VA-rapportages: 12 VA'n met ieder zeven VA-rapportages en vijf VA'n met ieder zes VA-rapportages. Ook deze VA-rapportages werden weer geanonimiseerd en beoordeeld door dezelfde drie paren van Toets-VA'n.

Uitkomstmaat

De uitkomstmaat 'protocoladherentie' is op twee manieren geoperationaliseerd: a) als een schaalvariabele op een schaal van één tot maximaal zeven per PI, waarbij rekening wordt gehouden met de moeilijkheidsgraad (c.q. het aantal uitgangen) binnen een PI en over de PI'n; b) als een binominale variabele niet akkoord/wel akkoord per PI.

Analyse

Omdat één VA de training niet heeft kunnen volgen, is deze VA en de daarbij behorende VA-rapportages buiten de analyses gehouden, zodat in totaal 217 VA-rapportages van 16 VA'n in de analyses zijn betrokken: 110 VA-rapportages op T0 en 107 op T1. De analyses zijn univariaat, bivariaat en multivariaat uitgevoerd. De multivariate analyses hebben daarbij plaatsgevonden per PI, zodat deze 'lange' analysefile (6 PI'n x 217 VA-rapportages) 1302 waarnemingen bevatte.

Centraal stond in het model de determinant 'tijd' (T0 versus T1). De zes PI'n per cliënt werden genest in tijd (T0 resp T1) in het model opgenomen. Daarnaast werd rekening gehouden met mogelijke verstoringen ten gevolge van Toetspaar-VA, geslacht cliënt, leeftijd cliënt, of de cliënt een 'vangnetter' was (geen werkgever had), en wat betreft de VA'n: leeftijd en geslacht, registratie als VA, aantal werkuren per week en aantal dienstjaren.

Om te kijken of de cliënten wat betreft hun gezondheid verschillen, zijn de verschillen van de somscores per cliënt op de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML)⁹ tussen T0 en T1 onderzocht. Daarnaast is bekeken of het aantal cliënten met diagnoses van comorbiditeit tussen T0 en T1 verschilde. Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 20.

Tabel 1

PI-scores Adequaar T0- en T1-meting

	T0 n=110	T1 n=107	% verbetering	Significantie (p)
PI-1	28,2%	29,9%	6,0%	0,780
PI-2	43,6%	49,5%	13,5%	0,384
PI-3	14,5%	15,0%	3,4%	0,932
PI-4	22,7%	24,3%	7,0%	0,785
PI-5	42,7%	49,5%	15,9%	0,315
PI-6	74,5%	78,5%	5,4%	0,492
Gemiddeld	37,7%	41,1%	9,1%	0,287

PI-1 = Diagnostiek; PI-2 = Ernst; PI-3 = Beloop, risicofactoren, prognose;
PI-4 = Co-morbiditeit; PI-5 = RIV-toetsing, stagnatie herstel, herstelgedrag;
PI-6 = Belastbaarheid.

Tabel 2

GEE-analyse van PI-schaalscores T0- en T1-meting (N=1302)

Parameter	B	Std. Error	95% betrouwbaarheid		
			onder	boven	sign. p
[tijd=0]	-0,108	0,1782	-0,458	0,241	0,543
[tijd=1]	0 ^a	.	.	.	.
GEE (general estimating equations) model: – afhankelijke variabele: PI-schaalscore (1-6 werkelijk) – (intercept), tijd, PI-nummer(tijd), toetspaar, vangnetter, geslacht cliënt, leeftijd cliënt, geslacht VA, leeftijd VA, registratie VA, werkuren VA, dienstjaren VA.					
^a Op nul gezet omdat deze parameter redundant is.					

Resultaten

Kenmerken van VA'n en cliënten

De 16 VA'n hadden de volgende kenmerken: 63% vrouw, gemiddelde leeftijd 51,1 (SD=12,0), 75% geregistreerd, gemiddeld aantal dienstjaren 16,1 (SD=10,8) en het gemiddeld aantal werkuren per week 32,8 (SD=6,7).

De cliëntkarakteristieken op T0 (n=110) waren: 60,0% vrouw, gemiddelde leeftijd 42,6 (SD=11,4), vangnetter (geen werkgever) 66,4%. Dezelfde kenmerken op T1 (n=107) waren: 59,8% vrouw, gemiddelde leeftijd 42,9 (SD=10,6), vangnetter (geen werkgever) 51,5%. Alleen het aantal cliënten dat vangnetter was verschilde significant tussen T0 en T1 (p=0,025).

Resultaten protocoladherentie

In tabel 1 staan de scores 'adequaar' per PI voor T0 en T1. De zes PI-scores op T1 waren alle hoger dan die op T0. Gemiddeld was de PI-score adequaat 38% op T0 en 41% op T1, een verbetering van ongeveer 9%. Bij geen van de afzonderlijke PI-scores was deze verbetering significant en ook niet per VA gemiddeld over alle PI'n gezien.

De gemiddelde schaalscore van de protocoladherentie verschilde eveneens niet significant op T0 en T1 (p=0,287): T0 = 3,28 (SD=1,901) en T1 = 3,40 (SD=1,900), een verbetering van 3,7%.

De multivariate analyse van de schaalscore voor protocoladherentie in tabel 2 laat geen significant effect zien van de variabele tijd. De schaalscores per PI verschillen onderling niet significant van elkaar op T0 ten opzichte van T1. Verder laat het aantal dienstjaren van de VA een zwak significant (0,05 < p < 0,10) positief effect zien op de schaalscore (p=0,093) en de leeftijd van de VA een significant negatief effect (p=0,002). Eén van de drie paren Toets-VA'n heeft een enigszins lagere score gegeven (p=0,130) dan de andere twee paren.

De multivariate analyse van de binominale score 'niet-adequaar' versus 'adequaar' voor de protocoladherentie met dezelfde modelspecificatie is in belangrijke mate gelijk aan de hierboven weergegeven resultaten voor de schaalscore. Verder blijkt uit vergelijking van modellen met verschillende specificaties dat een PI-score van een VA vooral afhankelijk is van de VA'n zelf.

Tabel 3

Beoordeling van onderdelen van de training voor de relevantie voor de praktijk (in %)

Waardering*	Entree-/ slottoets n=22	Presentatie psychiater n=23	Bureau- legger n=23	Check- list1 n=22	Checklist2 (Slebus) n=18	Hamilton n=21	Presentatie Protocol Depressie n=23	Schrijven Beschouwing n=23	Instructie trainer n=22
1	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	9,5	0,0	0,0	0,0
2	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0
3	9,1	0,0	8,7	4,5	16,7	14,3	4,3	13,0	4,5
4	36,4	13,0	17,4	31,8	27,8	23,8	30,4	21,7	18,2
5	50,0	87,0	73,9	63,6	50,0	47,6	65,2	65,2	77,3
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* 1 = Mee oneens; 2 = Een beetje mee oneens, 3 = Niet mee eens/ niet mee oneens, 4 = een beetje mee eens, 5 = mee eens.

Summary

Effectiveness of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression in practice.

Earlier, we developed an implementation strategy for the insurance medicine guidelines for depression. The implementation strategy consisted of an interactive training in which the insurance physicians, supported by tools, learned to apply the guidelines. The design of the present research was a pretest followed by the intervention and the posttest. Seventeen insurance physicians participated in this research project. In the period from 2012 to 2015 fourteen disability assessment reports of clients with depression per insurance physician were assessed on protocol adherence. This study shows that, the protocol adherence of the insurance physicians in practice is at average 40%. After the training their protocol adherence slightly increased, but not significantly. The performance of insurance physicians in their arguments on disability of clients with depression was good.

14 van de 15 somschalen van de FML-items voor de cliënten van de 17 VA'n (d.w.z. inclusief de VA die de training niet heeft gevolgd) lieten geen significante verschillen tussen T0 (n=116) en T1 (n=118): $0,282 \leq p \leq 0,938$, zien. Alleen het gemiddelde van de somscore voor beperkingen in arbeidsduur verschilde zwak significant ($0,05 < p < 0,10$) tussen T0 en T1 (T0 1,78; T1=2,37; $p=0,090$). Het aantal tweede- en derde CAS-codes verschilde niet significant tussen T0 en T1: tweede CAS-code T0= 32,8% niet, idem T1=30,5% niet ($p=0,711$); derde CAS-code T0=65,5% niet, idem T1=66,1% niet ($p=0,925$).

Evaluatie training

Op de trainingdag waren 23 deelnemende VA'n, waarvan zes VA'n niet betrokken waren bij de voor- of nameting. Gemiddeld gaven de 23 deelnemende VA'n een cijfer 8,2 ($sd=0,596$) aan de training op een schaal van 1 tot 10. Daarnaast konden de deelnemers op een schaal van 1 tot 5 (mee oneens - mee eens) per onderdeel van de training aangeven in hoeverre het betreffende onderdeel relevant was voor het werk van de VA in de praktijk. De percentages van deze waardering staan per onderdeel in tabel 3. De drie checklisten en de entree- en slottoets werden het minst gewaardeerd; de presentatie door de psychiater, de instructie door de trainer en de bureaulegger het meest.

Discussie

Belangrijkste resultaten

Belangrijkste resultaat van onze studie is, dat er een lichte verbetering valt waar te nemen van 38% in 2012/2013 naar 41% in 2014/2015 in de protocoladherentie van het protocol Depressieve stoornis, maar dat deze verbetering niet significant is. Het meest relevante onderdeel voor de verzekeringsgeneeskundige praktijk, het vaststellen van de belastbaarheid in FML-items en de onderbouwing van het oordeel over de belastbaarheid van de cliënt (PI-6), scoort hierbij hoog, 75% adherentie in 2012/2013 en 79% in 2014/2015. De andere onderdelen van de protocoladhe-

rentie (PI-1 t/m PI-5) laten wel enige verbetering zien, maar blijven qua adherentieniveau hierbij achter. Met name de adherentie ten aanzien van het beschrijven van het beloop, de risicofactoren en de prognose (PI-3) is zeer laag te noemen.

De deelnemende verzekeringsartsen beoordeelden de ontwikkelde interventie voor het protocol Depressieve stoornis over het algemeen als relevant voor hun praktijk met een ruime 8 op een schaal van 1-10. Wel verschilde deze waardering op onderdelen van de interventie.

Interpretatie

De percentages voor de adherentie aan het protocol Depressieve stoornis in de praktijk ligt aanzienlijk lager dan de metingen die resulteerden uit het in de inleiding genoemde KCVG-onderzoek in een laboratoriumsituatie. In dat RCT-onderzoek⁴ waren de gemiddelde percentages adequate scores voor de VA'n in de controlegroep (n=19) 48% op T0 en 43% op T1; voor die in de interventiegroep (n=21), die de training had gekregen, waren die percentages 51% op T0 en 71% op T1, een significante verbetering. Al deze percentages zijn hoger dan die welke nu resulteren uit ons onderzoek naar protocoladherentie in de praktijk (38% op T0 en 41% op T1).

Mogelijke verklaringen van het lagere percentage protocoladherentie in dit onderzoek dan in het genoemde KCVG-onderzoek zijn:

- Geen geconstrueerde casussen (schriftelijk en op video) zoals het KCVG-onderzoek, maar cliënten in 'real life' situaties: het kan zijn dat sommige cliënten, juist vanwege hun ziekte, niet de informatie gaven waar de VA wel naar heeft gevraagd, zodat de VA niets of minder over het onderwerp van de betreffende PI in de rapportage kon vermelden. Daarnaast is het mogelijk dat de in het KCVG-onderzoek gebruikte video casussen een minder ingewikkelde te beoordelen medische situatie beschrijven dan de cliënten uit de praktijk.
- In het KCVG-onderzoek hadden de deelnemende VA'n meer tijd beschikbaar om hun rapportages te maken dan de normtijd die in werkelijkheid hiervoor beschikbaar is. Deze tijdsdruk kan invloed hebben op de volledigheid van de VA-rapportages in de praktijk, met als gevolg een lagere score adequaat op de PI'n.
- In het KCVG-onderzoek hadden de VA'n zichzelf geheel op vrijwillige basis opgegeven voor de training en het onderzoek, hetgeen een hogere motivatie om deel te nemen aan het onderzoek tot gevolg kan hebben gehad. In ons huidige onderzoek in de praktijk werd de training aangeboden via de adviserend verzekeringsartsen van het betreffende kantoor. Deelname aan de training en het onderzoek was niet vrijwillig in die zin dat de alle VA'n van de afdeling WIA door de adviserend VA'n voor deelname aan de training werden

aangemeld. Dat kan de prestaties van de deelnemende VA'n in negatieve zin hebben beïnvloed.

- Een andere oorzaak voor het genoemde verschil, kan liggen in een strengere toetsing door de Toets-VA'n in dit praktijkonderzoek dan in het KCVG-onderzoek. Echter, die mogelijke reden is niet erg plausibel, omdat de Toets-VA'n in beide onderzoeken zijn getraind door dezelfde trainer met dezelfde training, en omdat de variabele die de paren Toets-VA'n aangeeft, niet significant was in de multivariate analyse.
- Hiernaar gevraagd op het terugkomstdagdeel (in september 2015), gaven verzekeringsartsen zelf verschillende van de bovengenoemde oorzaken op als barrières voor hun protocoladherentie. De nadruk werd hierbij gelegd op de complexiteit (veel comorbiditeit) van de casussen in de praktijk. Die complexiteit wordt als voornaamste barrière ervaren voor het toepassen van het protocol Depressieve stoornis.

Vergelijking met andere medische beroepsgroepen

De vraag is of een percentage van rond de 40% protocoladherentie in geval van depressie laag is in vergelijking met protocoladherentie bij andere medische specialisaties. Bij huisartsen ('primary care') werd een soortgelijke protocoladherentie voor depressie gemeten in een cross-sectioneel onderzoek, namelijk 42%.¹⁰ Bij bedrijfsartsen werd een protocoladherentie voor mentale stoornissen gemeten van 39%.¹¹ Het lijkt er dus op dat het in de praktijk gevonden percentage van rond de 40% bij verzekeringsartsen vrijwel hetzelfde is.

Consequenties voor de praktijk

De belangrijkste consequentie voor de praktijk uit ons onderzoek is dat er meer aandacht in de opleiding van VA'n moet worden gegeven aan het belang van de verzekeringsgeneeskundige rapportage. Deze rapportage is het concrete 'product' van het werk van de VA. De benodigde tijd om een volledig mogelijke rapportage in de zin van het protocol Depressieve stoornis op te stellen dient in dat geval door de werkgever te worden gefaciliteerd.

Sterktes en zwaktes

Sterkte van ons onderzoek is dat we een voormeting en een nameting hebben gedaan in een longitudinaal design met objectieve beoordelingsinstrumenten, die eerder zijn getoetst op validiteit en betrouwbaarheid. De te beoordelen rapportages waren daarnaast geblindeerd voor de beoordelaars, de Toets-VA'n. tevens werden de analyses longitudinaal uitgevoerd, rekening houdend met mogelijke versturende factoren.

De belangrijkste zwakte van het onderzoek is dat er geen controlegroep aanwezig was en er ook niet kon worden gerandomiseerd, zoals in een RCT. Wetenschappelijk gezien valt er in een onderzoekdesign met alleen voor-

nameting geen causale relatie te trekken dat een interventie een mogelijk verschil in de uitkomstmaat tussen na- en voormeting heeft veroorzaakt. Dus ook als er een significant hogere protocoladherentie zou zijn aangetoond in de nameting, dan was het slechts 'plausibel' dat dit verschil was veroorzaakt door de interventie.

Conclusie

De deelnemende verzekeringsartsen volgden gemiddeld gezien het protocol Depressieve stoornis met adequaatheid-score van 40%, vergelijkbaar met soortgelijke adherenties bij huisartsen en bedrijfsartsen. Er kon in de praktijk slechts een lichte, niet significante verbetering van 9% worden aangetoond in de protocoladherentie na een interventie, die eerder voor dezelfde uitkomstmaat effectief was geleden in een laboratoriumsituatie. De deelnemende verzekeringsartsen waren over het algemeen tevreden over de relevantie van de interventie (een training met uitgereikte hulpmiddelen) voor hun praktijk, al verschilde dit per onderdeel van de interventie. De verzekeringsartsen in dit onderzoek onderbouwen hun oordeel over de belastbaarheid adequaat volgens het protocol Depressieve stoornis, maar scoren gegeven hun rapportages veel lager voor de andere vijf gebruikte performance indicatoren. De prestaties van de deelnemende VA'n op het volgen van het protocol blijven achter bij het beoordelen en beschrijven van: de diagnostiek, de ernst, het verloop, de risicofactoren, de prognose en stagnatie in herstel bij cliënten met een depressieve stoornis.

Literatuur is op aanvraag verkrijgbaar bij de redactie, tbvredactie@bsl.nl.

Aandachtspunten

- Verzekeringsartsen in de praktijk volgen het protocol Depressieve stoornis gemiddeld voor 40%.
- Na het volgen van een training voor het toepassen van het protocol Depressieve stoornis verbeterde de prestaties van de verzekeringsartsen in het volgen het protocol Depressieve stoornis licht (niet significant).
- Verzekeringsartsen in de praktijk onderbouwen hun oordeel over de belastbaarheid bij cliënten met een depressieve stoornis goed.
- De prestaties van verzekeringsartsen in de praktijk op andere aspecten van het protocol Depressieve stoornis zoals de diagnostiek, de ernst, het verloop, de risicofactoren, de prognose, en stagnatie in het herstel blijven achter en behoeven aandacht.
- Verzekeringsartsen geven als reden voor het niet goed kunnen volgen van het protocol Depressieve stoornis in de praktijk aan: de complexiteit (veel comorbiditeit) van de cliënt met een depressieve stoornis.

Factoren en motieven geassocieerd met (niet-)deelnemen aan een werkhervattingsprogramma voor vangnetters met een diagnose kanker (RE-CAP)

Martine van Egmond

Van 2011 tot 2016 voerden het VU medisch centrum en het Kenniscentrum voor Verzekeringsgeneeskunde het wetenschappelijk onderzoek RE-CAP uit. RE-CAP staat voor *RE-employment for CAncer Patients and survivors*. In het onderzoek is een werkhervattingsprogramma aangeboden aan vangnetters in de Ziektewet en de WIA, met een diagnose kanker. Er is onderzocht hoeveel interesse er vanuit deze doelgroep was om aan het programma deel te nemen, en welke factoren en motieven geassocieerd zijn met wel of niet deelnemen aan het programma. Er is specifiek gekeken naar socio-demografische factoren, zoals leeftijd en geslacht; gezondheidsgerelateerde en psychosociale factoren, waaronder kwaliteit van leven en tumortype; en factoren gerelateerd aan werk, zoals werkvermogen en intentie om werk te hervatten. Een beknopte samenvatting.

Het volledige artikel 'Factors associated with (non-)participation of cancer survivors with job loss in a supportive return to work program' is gepubliceerd in *Supportive Care in Cancer*: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-016-3130-5>.

Deelnemers

In totaal werd data met behulp van uitgebreide vragenlijsten verzameld bij 286 vangnetters met kanker. Hiervan namen 171 personen deel aan het werkhervattingsprogramma, en 115 personen wilden niet deelnemen aan dit programma. Van de 286 vangnetters die de vragenlijst hadden ingevuld, was de gemiddelde leeftijd 49 jaar en 32% was man. Ook werden antwoordkaartjes verzameld van 647 vangnetters die niet de uitgebreide vragenlijsten wilden invullen, maar wel een korte reactie wilden geven.

Samenvatting van de resultaten

Uit de analyses bleek dat met name werkgerelateerde factoren een belangrijke invloed hadden op wel of niet deelnemen aan het werkhervattingsprogramma. Zo bleek dat mensen vooral deelnamen aan het programma als zij een duidelijke intentie hadden om het werk te hervatten, als zij een tijdelijk

dienstverband hadden voor ziekteverlof (in vergelijking met mensen met een vast dienstverband), en als zij mentaal al bezig waren zich voor te bereiden op werkhervatting en hierover nadachten. Tevens bleek dat mensen die getrouwd waren of samenwoonden veel minder geneigd waren deel te nemen aan het werkhervattingsprogramma. Uit de analyses bleek verder dat gezondheidsgerelateerde- en psychosociale factoren niet belangrijk waren in het wel of niet deelnemen aan het werkhervattingsprogramma. Daarnaast gaven veel mensen op de antwoordkaartjes aan dat fysieke en mentale problemen ervoor zorgden dat zij nog niet met werkhervatting bezig waren en daarom niet wilden deelnemen aan het onderzoek of het werkhervattingsprogramma.

Implicaties van het onderzoek

Uit dit onderzoek blijkt dat werkgerelateerde factoren, waaronder intentie voor werkhervatting en zelf al mentaal bezig zijn met (voorbereiding op) werkhervatting, erg belangrijk zijn als het gaat om deelnemen aan een programma dat ondersteuning biedt bij werkhervatting. Voor UWV-professionals is het dus belangrijk om in een gesprek over werkhervatting met vangnetters met een diagnose kanker, deze werkgerelateerde factoren dan ook te bespreken. Tevens zou er aandacht besteed kunnen worden aan een positieve attitude voor werkhervatting, bijvoorbeeld door vangnetters met kanker te motiveren en barrières voor werkhervatting te bespreken. Ook is het belangrijk om de burgerlijke staat van de vangnetter in het achterhoofd te houden bij een dergelijk gesprek. Mogelijk zijn vangnetters met een partner minder geneigd om het werk te hervatten, omdat zij bijvoorbeeld minder financiële noodzaak hebben doordat de partner een tweede inkomen levert binnen het huishouden. Daarnaast kan het zijn dat de partner beschermend optreedt en daardoor de vangnetter in het werkhervattingsproces belemmert of onzeker kan maken, terwijl de vangnetter wellicht al tot werkhervatting over zou willen gaan. De factoren die in dit onderzoek naar voren kwamen als belangrijk voor vangnetters bij het wel/niet willen deelnemen aan een werkhervattingsprogramma zouden ook een rol kunnen spelen in de praktijk van bedrijfsartsen. Wij willen bedrijfsartsen dan ook aanmoedigen om in gesprekken met (verzuimende) werknemers met kanker, te vragen naar hun intentie voor werkhervatting en werkbehoud en te informeren naar de steun van de sociale omgeving, waaronder een eventuele partner.

M. van Egmond, MSc, junior-onderzoeker bij Sociale Geneeskunde, EMGO+ Instituut, VUmc Amsterdam.

Correspondentieadres:
ma.vanegmond@vumc.nl

Effecten van een training in het Belastbaarheidgericht Beoordelingsgesprek (BGB) op de anamnese van verzekeringsartsen

Jerry Spanjer, Sijrike van der Mei, Bert Cornelius, Sandra Brouwer, Jac van der Klink

Het Belastbaarheidgericht Beoordelingsgesprek (BGB) is een semigestructureerde gespreksmethode voor verzekeringsartsen om de belastbaarheid te beoordelen. Een driedaagse BGB-training is een vast onderdeel van de opleiding van verzekeringsartsen. Inmiddels hebben ruim 200 verzekeringsartsen in opleiding en 200 ervaren verzekeringsartsen deze training gevolgd. Doel van dit onderzoek is om de effecten van een training in de BGB-methode op ervaren verzekeringsartsen te evalueren.

Deze tekst is een Nederlandse samenvatting van het artikel 'Effects of a training in the Disability Assessment Structured Interview on the interview of Dutch insurance physicians'. *Disability and Rehabilitation* 2016;38:1632-41. www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2015.1106600#abstract.

Methoden

55 verzekeringsartsen volgden een driedaagse BGB-training. Voor, direct na en drie maanden na de training werden de volgende gegevens verzameld:

1. Kennis, vaardigheden, self-efficacy en attitude betreffende het beoordelingsgesprek (door middel van vragenlijsten).
2. Hoe zeker de verzekeringsartsen waren van hun oordeel, de mate van tevredenheid over het gesprek, de tijdsduur en de ervaren verkregen hoeveelheid informatie (door middel van het invullen van een vragenlijst bij 10 spreekuren).
3. De hoeveelheid vermelde informatie in rapportages (met een scorelijst werd van drie rapportages gemeten hoeveel informatie werd vermeld).

Resultaten

De gemiddelde leeftijd van de verzekeringsartsen was 53 jaar, 80% was man en het gemiddelde aantal ervaringsjaren in de verzekeringsgeneeskunde was 18 jaar. Na de training was de kennis toegenomen. Vaardigheden en self-efficacy verbeterden niet direct, maar wel drie maanden na de training. De houding van de verzekeringsartsen veranderde richting een meer open houding ten opzichte van de cliënt en ze waren van mening dat het belangrijk is een duidelijke structuur in het gesprek aan te brengen. De verzekeringsartsen waren na de training zekerder van hun oordeel. De gemiddelde gespreksduur nam toe (van 39 naar 43 minuten). Ook de tevredenheid over het gesprek en de ervaren verkregen hoeveelheid informatie nam toe. Na de training werd significant meer informatie in de rapportages vermeld met name wat betreft ziekte, ervaren belemmeringen en visie van de cliënt.

Conclusies

Een driedaagse BGB-training verbeterde de kwaliteit van de beoordelingsgesprekken van ervaren verzekeringsartsen. Niet alleen werd de kwaliteit van de rapportages beter, maar ook de tevredenheid over het gesprek nam toe.

Aanbevelingen

Ervaren verzekeringsartsen blijken hun houding ten opzichte van het beoordelingsgesprek aan te kunnen passen en tevens na een training hun gesprek zodanig aan te passen dat er meer informatie in de rapportages wordt vermeld. Bovendien gaat dit gepaard met een toename van de tevredenheid en zekerheid over hun oordeel. Het beoordelingsgesprek is voor de verzekeringsarts het belangrijkste instrument om een goede beoordeling te doen. Het ontwikkelen en evalueren van methodieken draagt bij aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

J. Spanjer is verzekeringsarts, docent en onderzoeker bij UWV Assen en Universitair Medisch Centrum Groningen.

Correspondentieadres:
jerry.spanjer@uwv.nl

Hindernissen bij toepassing van de richtlijn 'Psychische Problemen'

Occupational physicians' perceived barriers and suggested solutions to improve adherence to a guideline on mental health problems: analysis of a peer group training

Lugtenberg M, Beurden KM van, Brouwers EPM, Terluin B, Weeghel J van, Klink JJL van der, Joosen MCW. BMC Health Services Research 2016; 16: 271. doi: 10.1186/s12913-016-1530-3.

Het betreft hier een kwalitatief onderzoek onder 64 Nederlandse bedrijfsartsen naar de hindernissen die bedrijfsartsen ervaren bij de toepassing van de richtlijn Psychische Problemen¹ en naar de oplossingen die zij zelf daarvoor aandragen. Het onderzoek was gekoppeld aan een training voor de toepassing van de richtlijn volgens de Plan-Do-Check-Act cyclus. Al eerder is in dit tijdschrift gemeld dat de implementatie van richtlijnen onder bedrijfsartsen verre van 100% is, en is uitvoerig beschreven wat daarvan de oorzaken zijn.² Schrijver dezes heeft een pleidooi gehouden om met de richtlijnontwikkeling voor bedrijfsartsen pas op de plaats te maken en alle energie te stoppen in de implementatie, met een aanbeveling om dat te koppelen aan de intercollegiale toetsingsgroepen.³ Inmiddels hebben Joosen et al.⁴ aangetoond dat de aanpak in kleine groepen veelbelovend is voor de implementatie van richtlijnen. Heeft dit nieuwe onderzoek daaraan iets toe te voegen?

Lugtenberg en collega's hebben 66 bedrijfsartsen van een grote landelijk werkende Nederlandse arbodienst in hun onderzoek betrokken. 32 van hen hebben de training met het daaraan gekoppelde onderzoek gevolgd. 34 bedrijfsartsen werden in de controlegroep geplaatst, waarover in het artikel verder niets meer wordt gemeld.

De 32 artsen werden ingedeeld in 6 groepen van elk 4 tot 6 personen. Elke groep onderging 8 trainingssessies van 2 uur in de loop van een jaar. Van de in totaal 48 trainingssessies is van 42 een verbatim verslag gemaakt (de introductiesessies zijn niet meegenomen). Vanwege het grote tijdsbeslag hebben de auteurs slechts van de helft (21) van deze verslagen een thematische analyse gemaakt met behulp van het programma Atlas.ti voor kwalitatief onderzoek. Dat leidde tot het volgende overzicht van gevonden hindernissen voor implementatie:

- Kennisgerelateerde belemmeringen: het betreft hier de kennis van de aanbevelingen uit de richtlijn, maar ook van de hulpmiddelen bij de richtlijn.
- Attitudegerelateerde belemmeringen: men heeft moeite met richtlijnen in het algemeen, of men vindt

de aanbevelingen voor het concrete geval te algemeen geformuleerd of niet toepasbaar; men acht zichzelf niet in staat een aanbeveling op te volgen c.q. een gedragsverandering te realiseren.

- Externe belemmeringen zoals tijdsdruk, werkdruk, krappe contracten, onvoldoende communicatie met andere betrokken disciplines (psychologen), leidinggevenden, werkgevers.

De oplossingen die de artsen aandragen passen binnen deze drie categorieën en liggen in de sfeer van informatie verstrekken; ervaringen met elkaar delen binnen de groep; eigen casussen aan de groepsgenoten presenteren en daarop feedback ontvangen; het lezen en samen bespreken van rapportages van ervaren bedrijfsartsen (*peers*); en het structureren van contacten en samenwerking met psychologen.

Het artikel suggereert (maar niet meer dan dat) dat een implementatiestrategie met kleine groepen effectief is. Aan de externe hindernissen moet dan nog wel afzonderlijke aandacht worden besteed, bijvoorbeeld door alle stakeholders bij de ontwikkeling, implementatie en herziening van de richtlijn te betrekken.

Op de methodologie van deze studie valt nog wel wat aan te merken (rol van de controlegroep; niet analyseren van de helft van het onderzoeksmateriaal). De auteurs zelf lijken ook maar matig bekend met de hulpmiddelen die destijds, bij de presentatie van de richtlijn in 2000, zijn meegeleverd: een achtergronddocument; een kennistoets; een PP-presentatie voor nascholing; een werkgeversversie; een werknemersversie. Toch is de boodschap van Lugtenberg et al. wel duidelijk: de huidige vorm van kennisoverdracht van de richtlijn (inhoud en hulpmiddelen) naar de beroepsgroep bedrijfsartsen is onvoldoende effectief. Dat moet beter kunnen. De werkwijze met kleine groepen is veelbelovend; de bestaande structuur van ICT-groepen zou hier een rol kunnen spelen. En wat de inbreng van *peers* betreft: wordt het niet eens tijd dat ook de beroepsgroep bedrijfsartsen gaat nadenken over een vorm van mediprudentie? De Nederlandse Vereniging

voor Verzekeringsgeneeskunde heeft daartoe al een stimulerend voorbeeld gegeven en een databank van deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages ontwikkeld, die als ondersteuning voor de praktijk fungeren.⁵

André Weel

Literatuur

1. NVAB. Richtlijn Psychische Problemen. Eerste herziening. Utrecht: NVAB, 2007.
2. Plomp HN, El Markhous S, Hermesen M. Waarom NVAB-richtlijnen niet worden gevolgd. Een kwalitatief onderzoek naar het oordeel van bedrijfsartsen. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2012; 20: 306-317.
3. Weel A. Richtlijnontwikkeling: pas op de plaats. Standpunt. tbv. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2015; 23: 51-53.
4. Joosen MC, van Beurden KM, Terluin B, van Weeghel J, Brouwers EP, van der Klink JJ. Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: feasibility and impact of a tailored implementation strategy. BMC Med Educ. 2015; 15: 82.
5. Zie www.nvvg.nl > mediprudentie.

Blindganger

Ingeborg van den Bold

Ingeborg van den Bold is verzekeringsarts en filosoof

“Drie.” Dat zit dus goed. Want ik steek vier vingers op en het jongetje is nog zo jong dat hij er niet om zal liegen. Een blauwwit geruite theedoek bedekt zijn ogen en neusje en lijkt bijna te zwaar voor zijn kleine hoofd. Met aandacht heb ik de theedoek eerst diagonaal gevouwen en toen verder opgerold. Ruimtelijk inzicht heb ik niet, maar ik weet in theorie dat hij zo het langst zal worden. De stelling van Pythagoras in de praktijk toegepast, bedenk ik me nu pas. Ook de rest van deze werктаak heb ik nog nooit gedaan. Een zuiver gevalletje *job crafting*, bedacht door mijn baas in het café. Voor me liggen drie kleine theelepeltjes. Het jongetje wacht geduldig en aandachtig tot hij mag proeven wat er op het eerste lepeltje ligt.

Mooi om de concentratie te zien van het jongetje. Drie keer wacht hij af, drie keer proeft hij zorgvuldig en drie keer geeft hij een oordeel. Zijn moeder schrijft het voor hem op, er staat wat op het spel want er zijn prijzen mee te winnen. Maar hij gaat niet voor de winst, het is de taak die telt, het spel om te proeven met je ogen dicht. Als ik hem vraag hoeveel hij denkt dat hij er goed heeft, denkt hij even na en zegt dan: “Een.” Bescheiden. En het klopt ook. Goed ingeschat zou je zeggen. Maar juist zijn voor mij nauwelijks verstaanbare “curry”, dat hij eigenlijk niet eens wilde herhalen toen ik erom vroeg, blijkt correct geantwoord. Terwijl karamel net geen suiker is en een sinaasappel ook geen mandarijn.

Net niet. Soms denk je iets goed te kunnen en dan blijkt het toch net even anders te liggen. Onbewust bekwaam of bewust onbekwaam, dan is feedback krijgen niet zo lastig. Je kunt leren hoe het beter kan of je kunt je blij verbazen over een compliment voor iets dat voor jou zo gewoon is.

Maar wat als je kritiek krijgt op iets waar je juist goed in denkt te zijn?

Vanmorgen kwam het beeld van het proevende jongetje weer in me op. Op de fiets begon mijn buik de feedback te voelen die ik net daarvoor gekregen had en die in mijn hoofd al wel geland was. Ik had een tijdje terug iets moois georganiseerd dat zeker voor herhaling vatbaar was. Dacht ik. Maar suiker is geen karamel. Het was niet goed geweest. Niet goed genoeg. Vooral het gevoel iemand teleurgesteld te hebben hoopte zich verder op in mijn buik. Het vertrouwen niet waargemaakt, om niet te zeggen beschaamd. En toen zag ik weer de mond van het jongetje, onbevangen wachtend op het volgende theelepeltje. Ik dacht aan zijn vertrouwen om blind te proeven. Vertrouwen dat bleef toen hij luisterde welke smaken hij wel en niet goed had geraden. Ik herinnerde me zijn openheid om te leren van het spel.

Blijven groeien. Blijven leren. Blijven zien wat beter kan. Mooie doelen voor de kwaliteitsvisite voor verzekeringsartsen die in 2020 moet zijn ingevoerd. Hoe moedig zullen wij zijn om elkaar in de spiegel te laten kijken? En kijken wij ons spiegelbeeld dan ook aan? Zien wij ook die punten onder ogen waarop we onbewust onbekwaam lijken te zijn?

De tijd vliegt. Als kind keek ik decennia lang uit naar het jaar 2000. En nu is het dus al bijna 2020. Kwaliteitsvisite. Mag niet teveel tijd kosten, lees ik ergens. Moet vooral leuk blijven, zou ik denken. Er staat wel wat op het spel. Vooral voor anderen die afhankelijk zijn van ons werk. Laten wij het spel dan ook met ernst spelen.

Scan en verbeter het werkvermogen in de organisatie: de ontwikkeling van de gratis online tool Wellfie

Sofie Vandenbroeck, Liesbeth Aerts, Liesbeth Daenen, Lieve Vandersmissen, Lode Godderis

Samenvatting

We zullen langer moeten werken als gevolg van een verhoogde wettelijke pensioenleeftijd. Of dit zal lukken zal afhangen van de bereidheid en het vermogen van werknemers om aan het werk te blijven. Werkvermogen, de balans tussen individuele kenmerken en werkeisen en ruggengraat van duurzame inzetbaarheid, dient continu te worden opgevolgd. Daarom werd de online tool 'Wellfie' ontwikkeld, geïnspireerd door het 'huis van werkvermogen'. Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd voor een selectie van gevalideerde schalen die werkvermogen en beïnvloedende factoren meten op werkgevers- en werknemersniveau. Vervolgens werd feedback, gericht op het verbeteren en handhaven van werkvermogen, ontwikkeld. Tenslotte werd Wellfie getest in vier pilootbedrijven uit drie sectoren. Wellfie voorziet een rapport voor zowel werkgever als werknemers. Werkgeversfeedback richt zich op organisatiebeleid en een vergelijking tussen werkgevers- en werknemersresultaten, terwijl werknemersfeedback persoonlijk georiënteerd is. Wellfie ondersteunt organisaties in het behouden en verbeteren van werkvermogen, de sleutelfactor voor een lange en gezonde carrière.

Langer werken, Werkvermogen, Duurzame inzetbaarheid, Werkeisen

Een goed werkvermogen, de sleutel tot een lange gezonde carrière

Een stijgende levensverwachting en daling van het geboortecijfer zijn de belangrijkste oorzaken van de vergrijzende beroepsbevolking.¹ Hierdoor ontstaat er toenemende druk op de nationale pensioensystemen, ook omdat werknemers vaak de arbeidsmarkt verlaten vóór de officiële pensioenleeftijd.² Een verhoging van de arbeidsparticipatie en een verlenging van het beroepsleven staan daarom sinds het eind van de jaren negentig hoog op de politieke agenda en maken deel uit van zowel het nationaal als Europees beleid.

In de periode 2003 – 2014 is het aantal werkenden in de EU-28 in de leeftijdscategorie van 55-64 jaar gestegen van 39,9% naar 51,8%.³ De Europa-2020-strategie streeft naar een toename in de leeftijdscategorie van 20-64 jaar tot 75%. Om deze doelstelling te bereiken zullen

Europese burgers langer moeten werken.⁴ De meeste Europese landen hebben de pensioenleeftijd inmiddels opgetrokken en de mogelijkheden tot vervroegd pensioen afgebouwd.

Het succes van deze maatregelen zal afhangen van het vermogen en de bereidheid van werknemers om aan het werk te blijven. Een goed werkvermogen vormt de ruggengraat van een duurzame inzetbaarheid en is onontbeerlijk om langer gezond en met goesting aan de slag te blijven.

Onderzoek toont immers aan dat een laag werkvermogen een voorspeller is voor arbeidsongeschiktheid en vroegtijdige pensionering.^{5,6} Werkvermogen is de mate waarin een medewerker zowel lichamelijk als geestelijk in staat is om zijn werk uit te voeren en wordt bepaald door de balans tussen individuele kenmerken en werkeisen. Wanneer er een goed evenwicht is, zal het werkvermogen goed zijn.⁷ Dit evenwicht is niet statisch en evolueert in de tijd.

De fysieke capaciteit neemt als gevolg van een natuurlijk verouderingsproces gemiddeld 2% af per jaar vanaf de leeftijd van 30 jaar en 20% à 25% vanaf 45 jaar.⁸ Daarnaast stijgt ook de kans op het hebben van één of meerdere chronische ziekten (vb. diabetes, kanker).⁹ Deze veranderingen en hun impact variëren echter van persoon tot persoon. Individuele verschillen in bijvoorbeeld levensstijl en genetische aanleg spelen een belangrijke rol. Zo kan de afname van functionele vermogens worden uitgesteld en geminimaliseerd door gezonde gewoonten, zoals sporten en gezond eten. De werkplek speelt daarom een essentiële rol in het ondersteunen van een gezonde levensstijl en activiteiten die fysieke achteruitgang tegen gaan, waardoor mensen langer arbeidsgeschikt blijven. Daarnaast zijn er ook veel eigenschappen die verbeteren met de leeftijd, zoals strategisch denken, probleemoplossend vermogen, werkervaring en expertise.⁸ Dergelijke veranderingen in zowel functionele als mentale vermogens moeten daarom in aanmerking worden genomen bij het beoordelen van leeftijdgerelateerde veranderingen en risico's. Om de kans op duurzame inzetbaarheid te verhogen dient het werk(omgeving) zich hieraan aan te passen.

S. Vandenbroeck PhD, MSC, RN, L. Aerts, MSc, L. Daenen, PhD, PT, L. Vandersmissen, MD, L. Godderis, MD PhD. Allen werkzaam bij Groep IDEWE, België.

Correspondentieadres:
sofie.vandenbroeck@idewe.be

Omwillen van het dynamische karakter, is het belangrijk om het werkvermogen vanaf de start van de carrière op te volgen.⁵ Een systematische evaluatie is een belangrijke basis voor een aangepast beleid en concrete preventieve maatregelen opdat werknemers niet langer moeten werken, maar langer met goesting kunnen en willen werken.

Om werkgevers hierin te ondersteunen werd de gratis online tool Wellfie.be ontwikkeld, met als doel het werkvermogen in kaart te brengen en te verbeteren op zowel organisatie- als werknemersniveau.

Ontwikkeling

Huis van Werkvermogen

Het holistisch model 'Huis van Werkvermogen' (figuur 1) visualiseert de factoren die het werkvermogen bepalen en werd als raamwerk gebruikt. Het werkvermogen bevindt zich in het dak en steunt op vier verdiepingen die samen het werkvermogen beïnvloeden. Het gelijkvloers omvat de factoren 'gezondheid en functionele capaciteiten' van de medewerker, die beide noodzakelijk zijn om het werk naar behoren te kunnen uitvoeren. De eerste verdieping verwijst naar 'competenties'. De medewerker moet over de geschikte kennis en vaardigheden beschikken en zich deskundig voelen om zijn dagelijkse werkopdrachten te kunnen realiseren. De tweede verdieping betreft de

'waarden, houding en motivatie' waarmee een medewerker zijn job uitoefent. Wanneer hij zijn taken waardevol en nuttig vindt en gemotiveerd is, dan zal hij de job langer kunnen en willen uitoefenen. Deze verdieping staat onder invloed van de directe sociale omgeving (familie, vrienden, ...) en normen. De derde verdieping omvat het werk(omgeving) (vb. inhoud, organisatie) en manier van leidinggeven. Deze verdieping wordt voornamelijk beïnvloed door de onderneming. Het dak zal pas stevig zijn als ook de vier verdiepingen goed onderhouden zijn. Wanneer één of meerdere verdiepingen aan renovatie toe zijn, ondermijnt dit het werkvermogen.⁷

Multidisciplinaire aanpak

Het 'Huis van Werkvermogen' toont aan dat werkvermogen wordt beïnvloed door factoren die gerelateerd zijn aan verschillende expertises. Daarom werd voor de ontwikkeling van Wellfie een multidisciplinair expertenteam samengesteld bestaande uit een ergonom, preventieadviseur psychosociale aspecten, arbeidsgeneesheer, specialist gezondheidsbevordering, jurist, human resources expert en een onderzoeker.

Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd om gevalideerde schalen te selecteren die zowel het werkvermogen als de vier verdiepingen in kaart brengen op organisatie- en werknemersniveau. Vervolgens werd hieraan feedback gekoppeld. Deze feedback integreert goed praktijken, is wetenschappelijk gefundeerd, steunt op de Belgische of Vlaamse wet- en regelgeving en bevat doorverwijzingen naar bevoegde instanties. De feedback is telkens gericht op het handhaven en verbeteren van werkvermogen. Vervolgens werden ook een website met achtergrondinformatie en drie instructiefilmpjes ontwikkeld, zodat de werkgever zonder externe ondersteuning met Wellfie aan de slag kan.

Klankbordgroep

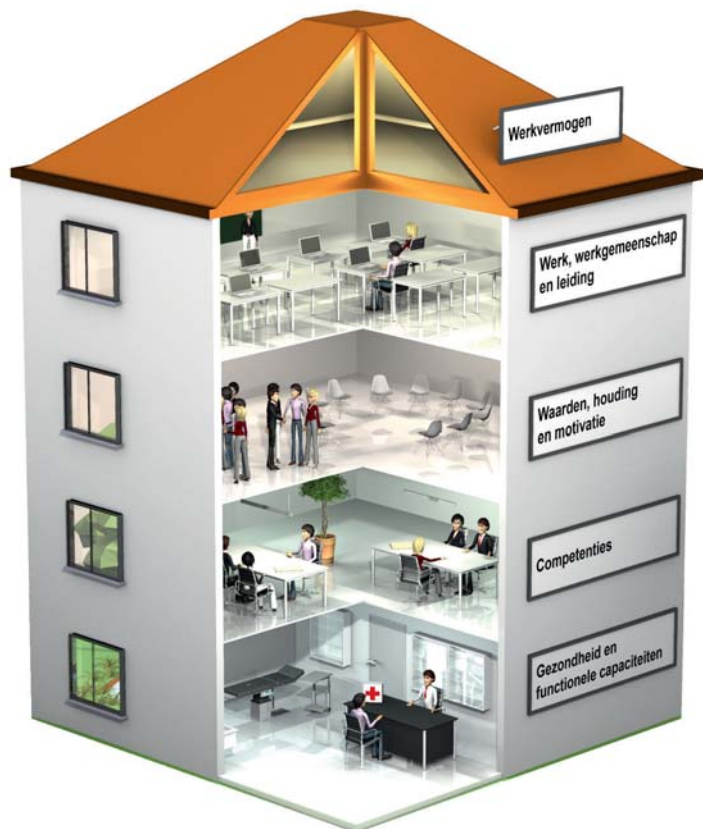
Om Wellfie zoveel mogelijk af te stemmen op de doelgroep werd een klankbordgroep opgericht. Deze groep was samengesteld uit werknemers- en werkgeversorganisaties, ziekenfonds(en), onderzoekers en overheidsinstanties en kwam regelmatig samen om het ontwikkelproces te bewaken. Ze benadrukten het belang van gedeelde verantwoordelijkheid tussen de werkgever en werknemer, aangezien Wellfie als basis kan dienen tot dialoog. Ze gaven ook aan dat sensibilisatie van werknemers onontbeerlijk is, om enerzijds een voldoende hoge respons te bekomen en anderzijds hun betrokkenheid te verhogen. De klankbordgroep pleitte voor een eenvoudig taalgebruik, een continue opvolging van de wetgeving en een evaluatie na zes maanden.

Testfase

Wellfie werd in 3 fases getest volgens een software test methodologie. Eerst werd Wellfie getest door de

Figuur 1

Het holistisch model 'Huis van Werkvermogen'



Figuur 2

Voorbeelden van tips en adviezen uit het werkgeversrapport van de werkgever per verdieping van het huis van werkvermogen

Goed werkvermogen: 75%
Matig werkvermogen: 25%
Slecht werkvermogen: 0%

Advies:

Het werkvermogen van uw medewerkers lijkt al behoorlijk hoog te zijn. Toch nodigen we u uit om aandacht te schenken aan de adviezen die in deze tool gegeven worden. Deze geven aan op welke vlakken in uw onderneming bijkomende ondersteuning voorzien kan worden zodat het werkvermogen van uw medewerkers ook in de toekomst hoog blijft.

Ergonomisch risico	% nooit	% ≤ 1x per maand	% 1x/week	% > 1x/week	% dagelijks
Zware lasten	33	42	8	17	0
Repetitieve bewegingen	25	25	8	8	33
Dezelfde houding	0	8	17	25	50
Beeldschermwerk	0	8	0	17	75
Trillend gereedschap	58	42	0	0	0
Extreme temperatuur	50	50	0	0	0
Slecht verlichte lokalen	67	33	0	0	0
Slecht geventileerde lokalen	42	33	17	0	8
Lawaaiige omgeving	33	33	0	17	17

Advies:

In uw onderneming zijn medewerkers blootgesteld aan de bovenstaande ergonomische risico's. Langdurige en frequente blootstelling hieraan kan leiden tot gezondheidsproblemen en lichamelijke letsels. U als werkgever moet ervoor zorgen dat de werkomstandigheden die een risico inhouden in kaart worden gebracht en gericht worden aangepakt. Voor concrete tips omtrent de aanpak van de risico's verwijzen we u door naar uw persoonlijk advies op maat dat u heeft ontvangen onmiddellijk na het invullen van de online vragenlijst.

8.42 op 10: Dat is de mate waarin uw medewerkers vinden dat in het bedrijf vanuit duidelijke waarden wordt gewerkt.

Advies:

- Benoem welke fundamentele principes uw bedrijf typeren in de manier waarop wordt gewerkt. (Bijvoorbeeld: de waarden respect, kwaliteit, creativiteit, discipline, ...)
- Zorg ervoor dat medewerkers deze waarden kennen én toepassen in hun dagelijks werk
- Bewaak dat grote en kleine beslissingen in lijn zijn met die waarden

	Antwoord werkgever	Antwoord werknemers
Voorziet u een p/meter en een inwerktraject voor nieuwkomers?	Ja	Ja 67% Nee 33%
Heeft u een uitgewerkt opleidingsplan met bijbehorend budget voor alle functies?	Nee	Ja 50% Nee 50%
Staan de medewerkers open voor opleiding	Ja	Ja 100% Nee 0%
Heeft iedere medewerker in de afgelopen jaar minstens één opleiding gevolgd?	Ja	Ja 92% Nee 2%

Advies:

1. Bij het uitwerken van een opleidingsplan brengt u in kaart wat u minimal verwacht van iemand die begint in een bepaalde functie. Wat maakt iemand tot junior in een functie en wat tot senior? Welk groeipad is nodig tussen deze twee? Wat is er gemeenschappelijk voor alle functies in de onderneming? Welke waarden zijn belangrijk voor de onderneming en op welke manier worden deze vertaald en overgebracht naar de werkvloer?

2. Waarvoor kan u een beroep doen op interne kennisdeling (train de trainer) en waarvoor wil u een beroep doen op externen?

3. Zoek uit welke mogelijkheden de KMO portefeuille, het educatief verlof voor medewerkers en Europees Sociaal Fonds (ESF) subsidies u kunnen bieden. Maak een opleidingsplan per functie met budget erbij.

17% van uw medewerkers heeft aandoeningen of ziekten van het bewegingsapparaat waarmee ze bij het uitvoeren van hun taken moeten rekening houden.

Advies:

Een ergonomische risicoanalyse en eventueel interventie in de zin van hulpmiddelen, opleidingen kunnen voor deze medewerkers nuttig zijn.

inhoudelijke experts op vlak van inhoud, flow, logica en usability of gebruiksvriendelijkheid. Vervolgens werd usability uitgetest bij 'peers', een multidisciplinaire groep van 79 collega's van de experts. De volgende vragenlijst werd door hen ingevuld: 1) Kon u de vragenlijst naar uw mening vlot invullen? (Ja/nee); 2) Vond u de vragen

duidelijk geformuleerd? (Ja/nee), 3) Vond u deze tool gemakkelijk in gebruik? (Ja/nee), 4) In welke mate gaat u akkoord met de volgende stelling: De feedback was voor mij toepasbaar (helemaal niet akkoord/niet akkoord/neutral/akkoord/helemaal akkoord). De peers kregen ook de mogelijkheid om via een open veld algemene feedback

Tabel 1

Structuur vragenlijst werkgever

Verdieping	Concept	Voorbeeldvraag
Achtergrondkenmerken bedrijf	Regio	In welke regio bevindt zich de hoofdzetel van uw onderneming?
	Aantal werknemers	Hoeveel werknemers heeft u in dienst (aantal personen)?
	Sector	In welke sector werkt u?
	Uurregeling	Welke uurregelingen komen voor in uw onderneming?
	Comité voor preventie en bescherming op het werk	Is er een comité voor preventie en bescherming op het werk?
Werkvermogen	Werkvermogen	Voor de onderneming is het belangrijk dat er aandacht besteed wordt aan het behoud van het werkvermogen van oudere werknemers
Gezondheid en functionele capaciteiten	Ziekteverzuim	Werknemers melden zich ziek om redenen die op het werk te vinden zijn
	Welzijnsbeleid	Zijn er in uw onderneming gezondheidsrisico's aanwezig die arbeidsgeneeskundig toezicht vereisen of zijn er werknemers met een veiligheidsfunctie?
Competenties	Rekrutering	Stemt u uw rekruteringskanalen af op de doelgroep die u wil bereiken?
	Talentmanagement	Houden de leidinggevenden feedbackgesprekken?
	Opleidingen	Heeft u een uitgewerkt opleidingsplan met bijbehorend budget voor alle functies?
	Kennismanagement	Stimuleert de onderneming het delen van kennis?
	Communicatie en gesprekscultuur	Is er een lerende en open gesprekscultuur?
Waarden, houding en motivatie	Waarden en welzijn	In deze onderneming werken we vanuit duidelijke waarden
	Verbondenheid met organisatie	Mijn werknemers voelen zich verbonden met de onderneming, zij voelen zich deel van een groep op het werk
	Balans werk-privé	Mijn werknemers hun werkeisen zorgen voor hinder in hun privéleven
	Arbeidstevredenheid	Mijn werknemers zijn, alles bij elkaar genomen, tevreden met hun werk
	Motivatie	Mijn werknemers doen hun werk graag, ze vinden het zinvol werk
	Vertrouwen in management	Mijn werknemers zullen door de onderneming altijd eerlijk behandeld worden
	Blijftententie	Mijn werknemers zijn geneigd om zo lang mogelijk in deze onderneming te blijven
Werk, werkgemeenschap en leiding	Ergonomie	Moeten in uw onderneming werknemers: Zware lasten tillen, dragen, trekken of duwen? Repetitieve bewegingen met bovenlichaam, nek, polsen of handen uitvoeren? Beeldschermwerk uitvoeren? Werken met trillend gereedschap?
	Werken tot pensioen	Is er bereidheid bij uw werknemers om na hun pensioen verder te werken?
	Juridisch	Bent u bereid om werknemers aan de slag te houden/aan te nemen die reeds op wettelijk (rust)pensioen zijn?

te geven. Uit deze test bleek dat 98% de vragenlijst vlot kon invullen, 84% vond de vragen duidelijk geformuleerd, 93% vond de tool gebruiksvriendelijk en 74% vond de feedback toepasbaar. Tenslotte werd usability getest door vier pilootbedrijven uit drie sectoren, i.e. een horeca-bedrijf (20 medewerkers), twee bouwbedrijven (30 en

31 medewerkers) en een IT-bedrijf (58 medewerkers). Voor elk pilootbedrijf nam er één à twee personen (d.i. werkgever) deel aan de focusgroep. Tijdens deze sessie werden ervaringen over Wellfie gewisseld en werd een sterkte-zwakteanalyse gemaakt. De volgende sterktes kwamen aan bod: 1) eenvoudig in gebruik, 2) logische

Tabel 2

Structuur vragenlijst werknemers

Verdieping	Concept	Voorbeeldvraag
Achtergrondkenmerken werknemer	Geslacht	Man/vrouw
	Leeftijd	In welk jaar bent u geboren?
	Opleidingsniveau	Wat is het hoogste diploma dat u behaalde?
	Beroepsactiviteit	Welke eisen passen het best bij uw beroep?
	Anciënniteit huidige werkgever	Hoe lang werkt u al bij uw huidige werkgever?
	Anciënniteit huidige functie	Hoe lang werkt u al in uw huidige functie?
	Leidinggevende	Bent u verantwoordelijk voor medewerkers?
	Sector	In welke sector werkt u?
	Werkregime	Wat is uw werkregime?
	Uurregeling	Welk soort van uurregeling volgt u?
	Aantal werkuren/week	Hoeveel uren werkt u effectief gemiddeld per week?
Werkvermogen	Werkvermogen	Op welke wijze denk u dat u, uitgaande van uw gezondheidstoestand op dit moment, uw werk in de komende 2 jaar kunt blijven doen?
Gezondheid en functionele capaciteiten	Medische vragen	Heeft u aandoeningen of ziekten van het bewegingsapparaat (rug, hals, gewrichten, ledematen) waarvan de diagnose werd gesteld door een arts en waarmee u bij het uitvoeren van taken steeds rekening moet houden?
	Leefgewoonten	Rookt u?
	Ziekteverzuim	Hoeveel dagen bleef u in de afgelopen 12 maanden thuis wegens ziekte of ongeval? (Zwangerschapsverlof beschouwen we niet als ziekte)
	Burn-out	Ik voel mij 'opgebrand' door mijn werk
	Bevlogenheid	Als ik werk voel ik me fit en sterk
Competenties	Rekrutering	Weet u waar u interne vacatures binnen uw organisatie kan vinden?
	Talentmanagement	Vindt u dat uw competenties ten volle worden benut?
	Opleidingen	Is er voor uw functie een opleidingsplan met bijbehorend budget voorzien?
	Kennismanagement	Vindt u dat het delen van kennis wordt gestimuleerd?
	Communicatie en gesprekscultuur	Vindt u dat er een lerende en open gesprekscultuur is in de onderneming?
Waarden, houding en motivatie	Waarden en welzijn	In deze onderneming werken we vanuit duidelijke waarden
	Verbondenheid met organisatie	Ik voel me een deel van een groep op het werk
	Balans werk-privé	Mijn werkeisen zorgen voor hinder in mijn privéleven
	Arbeidstevredenheid	Ik ben, alles bij elkaar genomen, tevreden met mijn werk
	Motivatie	Ik doe moeite voor mijn job omdat de dingen die ik doe in deze baan voor mij persoonlijk heel betekenisvol zijn
	Vertrouwen in management	Ik heb vertrouwen dat deze onderneming mij eerlijk zal behandelen
	Blijftentent	Momenteel ben ik actief op zoek naar een andere baan
Werk, werkgemeenschap en leiding	Ergonomie	Moet u tijdens uw werk • Zware lasten tillen, dragen, trekken of duwen? • Repetitieve (herhaaldelijk dezelfde) bewegingen met bovenlichaam, nek, polsen of handen uitvoeren? • Beeldschermwerk uitvoeren?
	Ontzie-en ontwikkelmaatregelen	Zijn onderstaande maatregelen nodig om te blijven werken tot uw 67ste? • Tijdskrediet • Loopbaanontwikkeling • Verminderen van de fysieke werkbelasting • Thuiswerk of Telewerk
	Pensioen	Bent u bereid om na uw pensioen verder te werken?

opbouw, 3) resultaten zijn ook bruikbaar in het kader van het welzijnsbeleid van de organisatie. Een mogelijk valkuil is dat de tool minder evident is voor lager opgeleiden en functiegroepen die geen rechtstreeks toegang hebben tot een computer op het werk. Wellfie is voorlopig enkel in het Nederlands beschikbaar, maar er wordt gewerkt aan een Franstalige en Engelstalige versie. Er werden ook enkele aandachtspunten geformuleerd: 1) Er is voldoende doorlooptijd nodig om Wellfie binnen je organisatie toe te passen, 2) De werkgever dient voldoende aandacht te geven aan sensibilisatie van de medewerkers en aan een transparante communicatie.

Expertpanel

Na de ontwikkel- en testfase werd Wellfie finaal voorgelegd aan een panel van onafhankelijke experts in het domein van langer werken, d.i. Vlaamse academici en werkgevers. Zij werden door de opdrachtgever aangesteld om de tool te evalueren en te valideren. Wellfie werd positief geëvalueerd.

Vertrouwelijkheid

Strikte vertrouwelijkheid wordt gewaarborgd aan alle Wellfie deelnemers. Alle gegevens vallen onder het beroepsgeheim en worden enkel gebruikt voor het geven van persoonlijke feedback en het maken van groepsanalyses. Ook de resultaten in het werkgeversrapport zullen nooit tot individuele werknemers herleidbaar zijn. Daartoe zal enkel een groepsrapport voor de werkgever aangemaakt worden indien er minimum 10 werknemers de vragenlijst ingevuld hebben. Wellfie heeft positief advies ontvangen van de commissie medische ethiek van IDEWE (erkenningnummer OG 117).

Wellfie

De finale tool bestaat uit een website met achtergrondinformatie en voorziet een login- en registratieruimte voor de werkgever. Na registratie, krijgt de werkgever toegang tot de werkgeversvragenlijst. Tabel 1 geeft voorbeeldvragen weer die op basis van de literatuurstudie werden geselecteerd. Deze 90 vragen zijn geformuleerd op organisatieniveau en peilen voornamelijk naar het reeds aanwezige of ontbrekende beleid en maatregelen m.b.t. het werkvermogen van de medewerkers. Na het invullen van deze vragenlijst ontvangt de werkgever adviezen om het beleid inzake werkvermogen te verbeteren. Vervolgens stuurt de werkgever via de tool een persoonlijke link naar de medewerkers, die hen toegang geeft tot de werknemersvragenlijst (voorbeeldvragen in tabel 2). Deze 128 vragen zijn gericht op het werkvermogen van de werknemers en de individuele- en contextfactoren die daar een invloed op hebben. Voor het meten van het werkvermogen van de medewerkers werden een aantal vragen uit de Nederlandstalige Work Ability Index (WAI) geselecteerd. De WAI wordt beschouwd als de gouden standaard en

Aandachtspunten

- Het optrekken van de wettelijke pensioenleeftijd zal enkel impact hebben indien werknemers willen en kunnen blijven werken.
- Het werkvermogen vormt de ruggengraat van een duurzame inzetbaarheid en dient daarom reeds te worden opgevolgd vanaf de start van de carrière.
- De gratis online tool 'Wellfie' ondersteunt organisaties in het behoud en verbeteren van het werkvermogen.

wordt voornamelijk gebruikt tijdens arbeidsgeneeskundige onderzoeken en bevestigingen op de werkplek. Deze index wordt berekend aan de hand van antwoorden op een aantal vragen, rekening houdend met de werkeisen, gezondheidstoestand en persoonlijke kenmerken van de werknemer.⁷ De WAI bevat in tegenstelling tot Wellfie echter geen geijkte vragen over beïnvloedende factoren van werkvermogen (d.i. vier verdiepingen). Bepaalde vragen worden ook aan de werkgever gesteld om een vergelijking mogelijk te maken. Na voltooiing van de werknemersvragenlijst ontvangen zij onmiddellijk feedback over het behoud of verbeteren van het individuele werkvermogen. De werkgever kan via Wellfie de respons bewaken en herinneringen versturen. Na het afsluiten van de bevestigingsronde ontvangt de werkgever een finaal rapport, met een drieluik aan resultaten en adviezen. Het eerste luik omvat feedback op de werkgeversvragenlijst, gericht op het beleid van de organisatie. Het tweede luik geeft een vergelijking weer tussen de antwoorden van werkgever en werknemers. Luik 3 bevat de totale groepsresultaten van de werknemers en daaraan gekoppelde adviezen (figuur 2). Om de anonimiteit van de werknemers te garanderen, ontvangt de werkgever luik 2 en 3 enkel indien er minstens 10 medewerkers een vragenlijst invulden.

Tot op heden hebben 612 Vlaamse bedrijven zich geregistreerd, waarvan 420 werkgevers de vragenlijst hebben voltooid. Er werden in totaal 7026 werknemersvragenlijsten uitgestuurd, waarvan 3513 werknemers de vragenlijst hebben ingevuld. Het volledige Wellfie-traject werd doorlopen door 84 organisaties (27,4% dienstensector, 14,3% gezondheidszorg, 11,9% onderwijs, 7,1% overheid, 6% industrie, 4,8% bouw, 28,6% andere).

De inhoud van Wellfie is gebaseerd op de Belgische wet- en regelgeving en dient aangepast te worden voor gebruik in andere Europese landen.

Financiële steun en belangenconflicten

De ontwikkeling van Wellfie werd financieel gesteund door het Europees Sociaal Fonds en het Vlaams Cofinancieringsfonds. Er zijn geen belangenconflicten te melden.

Summary

Working life will become longer due to an increased legal retirement age. The success of this action will depend on the ability and willingness of workers to remain at work. Workability, the balance between workers' resources and demands, is the backbone of sustainable employability and should continuously be monitored. Therefore the online tool 'Wellfie', inspired by the 'house of workability', was developed. First, the literature was reviewed for validated scales assessing workability and its determining factors on employer and employee level. Second, feedback on how to retain or improve workability was developed. Finally, Wellfie was tested in 4 companies from 3 sectors. Wellfie delivers a report to both employer and employees. The employers' feedback focuses on organisation policy and a comparison between employer and employee results, while the employees' feedback is personal oriented. Wellfie supports organisations in preserving and improving workability, the key factor for a long and healthy career.

Partners

Wellfie werd ontwikkeld door IDEWE in samenwerking met partners ACERTA, Etion en AppsOnly.

Literatuur

1. Toossi M. Labor force projections to 2014: Retiring boomers. *Monthly Labour Review* 2014; 128: 25-44.
2. Stattin M. Retirement on grounds of ill health. *Occup Environ Med* 2005; 62: 135-40.

3. Eurostat. Arbeidsparticipatie naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau 2015. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics/nl.
4. Europese Commissie. Europa 2020 - Een strategie voor slimme, duurzame en inclusieve groei. Brussel: Europese Commissie, 2010.
5. Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Nygard CH, Huuhtanen P, Klockars M. Summary and recommendations of a project involving cross-sectional and follow-up studies on the aging worker in Finnish municipal occupations (1981-1985). *Scand J Work Environ Health* 1991; 17 Suppl 1: 135-41.
6. Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Huuhtanen P, Martikainen R, Nygard CH, et al. Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 Suppl 1: 66-71.
7. Ilmarinen J. Work ability--a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35: 1-5.
8. Ilmarinen JE. Aging workers. *Occup Environ Med* 2001; 58: 546-52.
9. Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; Ministry of Social Affairs and Health, and Juhani Ilmarinen; 2005.

‘Zakendoen met emoties’, besparen op verzuim?

Interview met Marten Klaver, auteur van ‘Zakendoen met emoties. Limbische verklaring en cognitieve emotieve behandeling bij SOLK’¹

Iris Homeijer

Sinds het uitkomen van het proefschrift van bedrijfsarts Rob Hoedeman in 2010: ‘Severe medically unexplained physical symptoms in a sick-listed occupational health population’² is er binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde steeds meer gestructureerde aandacht voor het begeleiden van werknemers die verzuimen met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). De multidisciplinaire richtlijn ‘somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen’³, biedt bedrijfsartsen duidelijke handvatten voor het begeleiden van verzuimende werknemers met SOLK. Via de SCEGS (soma-cognitie-emotie-gedrag-sociaal) methode worden mogelijke oorzaken en onderhoudende factoren uitgevraagd.

Uit het proefschrift van Rob Hoedeman en latere literatuur blijkt dat verder onderzoek naar effectieve behandeling nodig is. In een Cochrane systematic review uit 2014: ‘Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults, review’⁴ werden alleen geschikte randomized controlled trials gevonden die psychologische hulpverlening bij SOLK onderzochten. Gecombineerde psychologische therapieën hebben het beste effect, van de psychologische therapie werkt cognitieve gedragstherapie (CGT) beter dan andere losse behandelmethoden. Het advies vanuit deze Cochrane systematic review is verder onderzoek te doen naar psychologische behandeltrajecten, maar ook fysieke behandeltrajecten te gaan onderzoeken. In de zoektocht naar een verklaring voor SOLK en effectieve behandelingen stuitte ik op een artikel en het bovengenoemde boek van Marten Klaver.

Marten, jij geeft in jouw boek een verklaring voor Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten. Is het al tijd voor een naamsverandering?

Ja, eigenlijk wel. Ik noem de verklaring de limbische verklaring en de klachten limbische klachten. De lichamelijke klachten die patiënten aangeven berusten op een stoornis in limbische functies. Het limbisch systeem is het gebied in de hersenen waar emotie wordt omgezet in lichamelijke sensaties. Ik zou ervoor willen pleiten om SOLK te hernoemen tot limbische klachten. Het is in ieder geval een term die duidelijker de oorzaak weergeeft van de klachten dan de term ‘onvoldoende verklaard’. Hopelijk maakt deze verklaring het voor de artsen gemakkelijker om enerzijds het biomedische model of anderzijds het psychiatrische model los te laten. We zijn als specialisten nog meer dan huisartsen en bedrijfsartsen erg bang om lichamelijke aandoeningen te missen. Ik durf nu aan het einde van mijn carrière wel te stellen dat limbische klachten psychologisch benaderd moeten worden. Als patiënten en artsen het samenwerken van lichaam en geest en dus de limbische verklaring omarmen scheelt dit veel onnodig artsbezoek, onnodig onderzoek met mogelijke iatrogene schade voor de patiënt en op die manier veel kosten in de gezondheidszorg. Waarschijnlijk zal dit ook leiden tot minder ziekteverzuim van werknemers met SOLK en daardoor ook tot minder kosten voor werkgevers en verzuimverzekeraars.

Kun je in het kort uitleggen wat deze limbische verklaring inhoudt?

Een onbewuste pathogene emotie, die ik de stressor noem, stoort in het limbische systeem en veroorzaakt van hieruit limbische disfuncties en daarmee de lichamelijke klachten. Het is belangrijk om aan te geven dat het een *persoonlijke* onbewuste negatieve emotie betreft. Bewuste emoties hebben bijbehorende lichamelijke sensaties die mensen ook als zodanig herkennen: angst geeft hartkloppingen, verdriet geeft tranen. Je zou

¹ I. Homeijer is werkzaam bij ArboNed.

Het interview is geschreven op persoonlijke titel.

Correspondentieadres:

Iris.Homeijer@arboNed.nl

kunnen zeggen: een gewone emotie geeft een gewone lichamelijke expressie, een pathogene emotie geeft een abnormale lichamelijke expressie = SOLK.

Je bent opgeleid als zenuwarts (specialisatie in zowel neurologie als psychiatrie), heeft dit een rol gespeeld in het vinden van deze verklaring?

Deels, ik was hierdoor al gewend om klachten van patiënten van verschillende kanten te bekijken. Ik denk verder dat het vooral door mijn kritische geest komt. Bij vage klachten, SOLK, of inmiddels limbische klachten, kon ik noch een neurologische noch een psychiatrische diagnose stellen. Bij 50% van mijn patiënten met lichamelijke klachten was er geen sprake van aantoonbare schade in hersenen, ruggenmerg of zenuwen. Soms klopte de lokalisatie van pijn of gevoelsstoornissen niet bij een bekend neurologisch substraat, en meestal was er ook geen sprake van een psychiatrische aandoening. In mijn zoektocht naar het begrijpen van deze klachten ben ik in de wetenschappelijke literatuur op zoek gegaan naar informatie over hersengebieden waar pijn, emotie en gevoel gelokaliseerd zouden moeten zijn.^{5,6,7,8}

In de laatste jaren is veel onderzoek gewijd aan de functionele correlaten van cognitie en emotie in de hersenen. Ook werd naar veranderingen in hersenactiviteit gezocht onder invloed van CGT (Cognitieve Gedrags Therapie) en medicatie. Het meeste onderzoek is gedaan naar chronische pijn en stemmingsstoornissen. Zo blijkt het gunstige behandelingseffect van CGT de toename van cognitieve controle op negatieve emoties te zijn. Dit gaat gepaard met de verhoging van de activiteit in de prefrontale hersengebieden. Aannemelijk is dat negatieve emoties bij angst en depressie een rol spelen. Bij negatieve emoties is de activiteit in het limbische systeem verhoogd en wel in het bijzonder in de amygdala en in het subgenuale gebied van de gyrus cinguli anterior. Het limbisch systeem (limbus=rand) bevindt zich rond de hersenholten. Dit gebied tussen de hersenschors en de hersenstam is functioneel de schakel, die de geest (verbonden met prefrontale activiteit) met het lichaam verbindt.⁹

Door zijn sterke betrokkenheid bij emotie en gevoel wordt het limbisch systeem ook gezien als het emotionele brein. Ook bij chronische pijn en andere onverklaarde lichamelijke klachten werd verhoogde en veranderde activiteit in de limbische gebieden aangetoond.

Hoe ben je vervolgens tot de limbische verklaring gekomen?

Door gesprekken met mijn patiënten kwam ik erachter dat de rode draad in al deze gevallen de emotie was. De ontregeling bij deze patiënten vond centraal plaats, de emotie was hier de motor in. Hier speelde in mee, dat ik mij op dat moment ook in communicatiepatronen ging verdiepen. Een boek van Watzlawick: De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie¹⁰, heeft

daar een belangrijke rol in gespeeld. Ik leerde denken in patronen en posities. Ik zag dat emoties ook posities innemen. Vandaar 'Zakendoen met emotie' om de positie te veranderen. Door uit te vragen welke patronen patiënten gebruikten in hun communicatie met de omgeving en door naar hints te luisteren kon ik gemakkelijker een onbewuste emotie zien, die bij al deze patiënten aanwezig was.

Is er een wetenschappelijke onderbouwing voor deze verklaring?

Zoals ik al aangaf is vanuit de wetenschappelijke literatuur veel neurobiologisch bewijs voor pijn- en emotieregulatie en de (dis)functies van het limbische systeem. Chronische pijn berust op een limbische disfunctie. Het concept pathogene emotie-limbische disfunctie, dus het leggen van de link van de prefrontale hersengebieden naar de onbewuste pathogene emotie in het limbische systeem heeft alleen een robuuste *klinische* evidence. Zie hiervoor ook het boek 'Alle therapeuten gehad?' van Michiel van Geloven.¹¹ Dit boek beschrijft een casus van een jonge vrouw met whiplashklachten die al heel veel specialisten en behandelaren had bezocht. Uiteindelijk werd zij begeleid door een psychosomatisch oefentherapeut en raakte zij door het leren kennen van de onbewuste emotie en het daarmee aan de slag te gaan, binnen een aantal maanden haar klachten kwijt. Je zou kunnen zeggen dat dit berust op een placebo- of een aandacht effect, maar ik schrijf het toe aan de rationale van de limbische verklaring.

In mijn eigen gesprekken met patiënten met ogenschijnlijk neurologische klachten na bijvoorbeeld een commotio cerebri of een whiplash merkte ik dat vaak wel aandacht werd besteed na een trauma aan lichamelijke rust: activiteiten opbouwen op geleide van de klachten. Maar bij het voortduren van de klachten bleek dat onvoldoende aandacht schenken aan cognitieve en emotionele rust hier de oorzaak van was. Ik bedoel dan de voor de patiënt begrijpelijke biomedische uitleg als cognitieve rust. Bijvoorbeeld hoe lang duren de klachten, welke schade is er en wanneer heeft het lichaam deze schade opgelost, wat is het normale beloop? De emotionele rust wordt bereikt door te luisteren naar de vragen die de patiënt heeft en het gevoel wat het ongeval met zich meebrengt. Is er bijvoorbeeld sprake van doodsangst, van angst voor controleverlies of van een andere emotie die is uitgelokt door een ongeval?

Wat is wat jou betreft een effectieve aanpak van SOLK?

Psychosomatische oefen- of fysiotherapie en stressorthotherapie. Deze behandeling past verschillende technieken toe volgens het algemene behandelaanbod, dat wil zeggen een geheel van therapeutisch lichaamswerk (TLW) met relaxatieoefeningen, lichaamsbewustzijnsoefeningen

en emotie-expressie, Cognitieve Gedrags Therapeutische interventies met RET en psycho-educatie. Je zou kunnen zeggen dat een psychosomatische therapie een multidisciplinaire aanpak is binnen één behandelaar. Bij psychosomatische therapie wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten zoals de 4DKL en wordt anamnese afgenomen volgens de SCEGS methode. Ik heb begrepen dat jullie deze methode ook gebruiken bij SOLK? SCEGS staat voor inventarisatie van de domeinen soma-cognitie-emotie-gedrag en sociaal. De behandelmodules worden ingezet bij het opsporen en neutraliseren van de stressor. De stressor wordt gedefinieerd als het belangrijkste persoonsspecifieke disfunctionele CEG element, dat behandeld wordt. In samenspraak met de patiënt wordt dit disfunctionele CEG element vastgesteld. De stressortherapie gaat ervan uit dat het neutraliseren van dit CEG element plaatsvindt door inzicht geven, uitspreken (disclosure), reattributie en veranderen van instelling (reset).

Is wetenschappelijk al bewezen dat deze behandeling werkt?

Zelf heb ik in 2012/2013 een observationeel onderzoek verricht samen met psychosomatische therapeuten.⁹ Hieruit bleek dat psychosomatische therapie al met kleine patiëntenaantallen een significant en robuust effect had op ervaren gezondheid, zorgconsumptie en zelfs ook op verzuimkosten. Een soortgelijk onderzoek werd verricht door het Nederlands Paramedisch Instituut met dezelfde robuuste bevindingen.

Recent is de PsySom randomized trial¹² met medewerking van zorgverzekeraar Menzis afgesloten waaruit dit effect ook bleek. Om meer patiënten te includeren en invloed van de aandacht die het onderzoek met zich voortbrengt te onderzoeken zijn grotere studies nodig. Wellicht is vanuit bedrijfsartsen en verzuimverzekeraars samenwerking met psychosomatische therapeuten mogelijk om dit in groter verband te onderzoeken?

Ja, waarschijnlijk wel, maar als bedrijfsartsen hebben we vooral veel te maken met stress-gerelateerde lichamelijke klachten, zoals burn-out, overspannenheid, vermoeidheidsklachten. Dit beslaat tegenwoordig een derde tot de helft van onze spreekuren.

Al deze stressgerelateerde klachten, zoals je het noemt, vallen volgens mij onder SOLK, of beter limbische klachten. Jullie gebruiken het SCEGS model van de SOLK ook bij deze patiënten, maar jullie benoemen het samen met de patiënt als stressgerelateerde en dus psychologische klachten. Op deze manier heeft de psychosomatische therapie hier direct een goed aanknopingspunt. Het voordeel van de psychosomatische therapie is dat de stressor, de onbewuste emotie, positief gelabeld wordt. Zeker bij stressgerelateerde klachten is er vaak sprake van een

persoonsskenmerk of een eigenschap die positief gewaardeerd wordt, maar door omstandigheden tot een valkuil is geworden. Zo kan perfectionisme een hele goede eigenschap zijn voor een boekhouder, maar in een commerciële setting leiden tot overbelasting.

Werkt psychosomatische therapie bij iedereen?

Nee, helaas niet. In mijn boek beschrijf ik ook verschillende categorieën patiënten als het gaat om omgaan met klachten en het baat hebben bij psychosomatische therapie. 25% van de patiënten zijn zogenaamde 'klachtherhalers', zij komen niet in contact met de onbewuste emotie die de klachten veroorzaakt. Het zou voor onderzoek interessant zijn om te kijken of zij via een andere weg toch geholpen kunnen worden.

Als deze limbische verklaring klopt en psychosomatische therapie hier zo goed op aangrijpt, dan zou dit een revolutie in de gezondheidszorg kunnen betekenen? En een eind aan getob met SOLK patiënten door dokters!

Zeer zeker! Daarom heb ik ook gekozen voor de titel 'Zakendoen met emoties'. We besparen onszelf artsen en patiënten en maatschappij veel geld en leed door ons bewust te worden van het effect van onze emoties op ons lijf! En dat niet alleen: patiënten herkennen hun klachten in de limbische verklaring en verzuchten na herstel: "Waarom hebben we dit niet eerder geweten?"

Samenvattend is er wel degelijk een verklaring voor SOLK, de limbische verklaring. Deze verklaring heeft gedeeltelijk een wetenschappelijke en gedeeltelijk een klinische onderbouwing. Onbewuste pathogene emoties veroorzaken via het limbische systeem lichamelijke klachten. Het zichzelf bewust worden van deze pathogene emoties biedt patiënt en hulpverlener een aanknopingspunt voor behandeling. Eerdere aanbevelingen vanuit de Cochrane review over verder onderzoek naar psychologische en fysieke behandelingen bij SOLK, én de uitkomsten uit een tweetal korte onderzoeken naar de psychosomatische therapie, maken uitgebreider onderzoek naar de limbische verklaring en psychosomatische therapie zeer interessant. Ik hoop dat we ook als bedrijfsartsen kunnen aanhaken bij deze onderzoeken. Zo kan steeds adequatere behandeling bij SOLK, limbische klachten, gevonden worden en kan hiermee verzuim beperkt worden. Marten, dank je wel voor het interview, dank dat je deze kennis ook met ons bedrijfsartsen hebt willen delen.

Belangenconflicten/ financiële ondersteuning

Er zijn geen belangenconflicten en er is geen sprake van financiële ondersteuning.

Literatuur

1. Klaver MM. Zakendoen met emoties. Limbische verklaring en cognitieve emotieve behandeling bij SOLK. Amsterdam: SWP; 2015. p.224.
2. Hoedeman P. Severe medically unexplained physical symptoms in a sick-listed occupational health population. Groningen: s.n. ; 2010. p.236.
3. De multidisciplinaire richtlijn: Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. Zeist: Trimbos-GGZ; 2010. p.117.
4. Dessel N van, Boeft M den, Wouden JC van der, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Sys Rev 2014; 11: CD011142.
5. Baliki MN, Chialvo DR, Geha PY, et al. Chronic pain and the emotional brain: specific brain activity associated with spontaneous fluctuations of intensity of chronic back pain. J neurosci 2006; 26: 12165-73.
6. Jensen KB, Kosek E, Wicksell R, et al. Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia. Pain 2012; 153: 1495-503.
7. Mayberg HS, Silva JA, Brannan SK, et al. The functional neuroanatomy of the placebo effect. Am J Psychiatry 2002; 159: 728-37.
8. Wiech K, Kalisch R, Weiskopf N, et al. Anterolateral prefrontal cortex mediates the analgesic effect of expected and perceived control over pain. J Neurosci 2006; 26: 11501-9.
9. Klaver MM. Het effect van stressortherapie door psychosomatisch therapeuten bij patiënten met SOLK. Beweegreden 2013; 11: 28-33.
10. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Deventer: van Loghum Slaterus; 1972. p.248.
11. Geloven M. Alle therapeuten gehad? Amsterdam: SWP; 2015. p.136.
12. Wortman MSH, Lucassen PLBJ, Ravesteijn HJ van, et al. Brief multimodal psychosomatic therapy in patients with medically unexplained symptoms: feasibility and treatment effects. Fam Pract 2016; 33: 346-53.

Good practices (7)

De belangrijke rol van de bedrijfsarts bij een PMO

Amar Biseswar

Op verzoek van een klant, een organisatie in de energiesector met in totaal 1200 werknemers, besprak ik een aantal jaren geleden de mogelijkheid van een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) voor medewerkers die wacht- en storingsdiensten verrichten en die ouder zijn dan 55 jaar. Conform de cao van de organisatie hebben 55-plussers die wacht- en storingsdiensten verrichten minimaal éénmaal per twee jaar recht op een periodiek medisch onderzoek.

Maatwerk door de eigen bedrijfsarts

Bij navraag bleek dat mijn klant al meerdere offertes had aangevraagd voor een PMO bij diverse partijen. Deze verschilden behoorlijk qua inhoud en prijs. Het leek er sterk op dat er steeds in plaats van maatwerk een standaard product was aangeboden. Geen van de partijen had vooraf geïnformeerd naar de risicofactoren waaraan de medewerkers werden blootgesteld (RIE), de wensen van de werkgever en de jaarverslagen van de arbodienst. Ik heb de werkgever uitgelegd dat bovenstaande punten cruciaal zijn voor een goed PMO, conform de leidraad van de NVAB.

Het betrof in dit geval een groep kantoormedewerkers die wachtdiensten verrichten. Ook betrof het een groep buitendienstmedewerkers. Hieronder (zie kader) een beeld van de functies en de daarbij optredende risico's.

Ik heb vervolgens een offerte opgesteld op basis van de volgende gegevens:

- Bestudering van de RIE
- Bestudering van de voorgaande PMO's
- Bestudering van de arbojaarverslagen
- Gegevens van diverse werkplekbezoeken

Functie	Risico
Monteurs in de wacht- en storingsdienst	• Onregelmatig werken • Lichamelijke belasting • Mogelijke blootstelling aan toxische stoffen • Leefstijl • Psychosociale arbeidsbelasting
Kantoormedewerkers in de wacht- en storingsdienst	• Onregelmatig werken • Belasting arm, nek en schouder • Leefstijl • Psychosociale arbeidsbelasting

- Gesprekken met de werkgever over zijn wensen voor het PMO

Voor de verschillende functies en de voorkomende risico's heb ik gekeken welke vragenlijsten en medische onderzoeken relevant zijn.

Omdat deze offerte geen 'overbodige' onderzoeken en vragenlijsten bevatte, zoals een inspannings-ecg voor de kantoormedewerkers of een longfunctieonderzoek voor de gehele groep, was deze ook nog zeer scherp geprijsd. De klant heeft vervolgens besloten om het PMO door onze arbodienst te laten uitvoeren.

Het PMO hebben wij gepresenteerd aan de afdeling human resources, waarna e.e.a. in de directie en na overleg met de ondernemingsraad werd vastgesteld.

Uitkomst en advies

Met name werkdruk, werk-/privébalans, en (over)gewicht bleken aandachtspunten.

Wij hebben de werkgever geadviseerd over eventuele interventies die zij zouden kunnen inzetten.

Deze adviezen zijn inmiddels deels ten uitvoer gebracht. Het bedrijf bleek zeer tevreden te zijn met het resultaat ook omdat het onderzoek liet zien dat interventies die waren ingezet naar aanleiding van onze jaarrapportages al enig effect hadden.

Tijdsbesteding

Naast de geoffreerde tijd voor de uitvoering van het PMO, heeft de voorbereiding mij zestien uur gekost.

Hieruit blijkt dat er met een relatief geringe tijdsinvestering een PMO kan worden opgezet dat niet alleen voldoet aan de cao-verplichting, maar ook echt bruikbaar is.

De rol van de bedrijfsarts

De rol van de bedrijfsarts bij een PMO is dus belangrijk. Deze is immers bekend met de organisatie. Op boven beschreven wijze kan er een onderzoek op maat worden gepresenteerd, meerwaarde en kostenbesparing worden gecreëerd voor de werkgever, kunnen inkomsten voor de arbodienst worden gegenereerd en een echt bruikbaar PMO worden gerealiseerd dat niet in een bureaula verdwijnt. Bovendien levert het onderzoek een positieve bijdrage op voor de gezondheid en het welbevinden van de medewerkers.

Simulanten 'spotten'

Raadpleeg niet de DSM, maar de wetenschappelijke literatuur

Isabella Niesten

Samenvatting

Hoe stel je vast of klachten authentiek zijn of door de patiënt worden voorgewend? In oktober 2015 organiseerden verzekeringsartsen in opleiding het symposium 'Truth or Lie?' waarbij zij experts uit verschillende disciplines – de filosofie, psychiatrie, en psychologie – uitnodigden om klinici hierin enige handvatten te bieden. Recentelijk werd in dit tijdschrift een samenvattend verslag gepubliceerd.¹ In dit stuk becommentarieer ik enkele misvattingen over klachtensimulatie die gedurende het symposium en in het verslag als feitelikheden werden weergegeven. Deze misvattingen zijn wijdverbreid en worden gevoed door de in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) te vinden beschrijving van klachtensimulatie die, ondanks haar zwakke empirische basis, een sterke – en hoofdzakelijk negatieve – invloed uitoefent op het differentiaal-diagnostisch proces.

Malingering, DSM, Confirmation bias, False positives

In de jaren 80 werd klachtensimulatie als v-code in de DSM opgenomen en deze omschrijving is nooit herzien. Zij stelt dat een clinicus gealarmeerd moet zijn op de mogelijkheid dat een patiënt klachten voorwendt wanneer twee van de volgende factoren aanwezig zijn: klachtenpresentatie in het kader van een juridische procedure, geringe coöperatie, een mismatch tussen objectieve maten en zelfrapportages van pathologie, en de aanwezigheid van een antisociale persoonlijkheidsstoornis.² Dat deze alarmsignalen hun intrede in de praktijk hebben gedaan, werd helder geïllustreerd tijdens het symposium. Zo werd er gesproken van patiënten die weinig coöperatief zijn en die gekenmerkt worden door een 'externaliserende presentatie' en het 'ontbreken van schaamte en verlegenheid', ofwel een typologie die raakt aan het profiel van mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis dan wel dat van de deels overlappende diagnose psychopathie.

Als het om klachtenoverdrijving gaat volgt de DSM een criminologisch model met een moraliserende ondertoon: het zijn voornamelijk 'slechte' mensen (met antisociale persoonlijkheidsstoornis) die overgaan tot immorele daden

(klachtensimulatie). Al in de jaren 90 liet Rogers – een vooraanstaand onderzoeker op het gebied van klachtensimulatie – aan de hand van empirisch materiaal zien dat wanneer klinici het criminologisch model volgen, dit leidt tot grootschalige misclassificaties; veel patiënten die hun klachten niet simuleerden, werden als simulanten weggezet (vals positieven; 79.9%) terwijl simulanten dikwijls werden beoordeeld als authentieke patiënten (vals negatieven).³ Dat er ook geen reden is te vermoeden dat vooral mensen met antisociale trekken ertoe neigen hun klachten aan te dikken, wordt bevestigd door studies die keken naar de relatie tussen antisociale trekken en het falen op gestandaardiseerde tests voor het detecteren van simulatie.⁴ Die relatie bleek verwaarloosbaar: simulanten kwamen even vaak voor onder degenen met als zonder antisociale trekken. Zwaarwegend: het hebben van meer antisociale kenmerken ging niet gepaard met een toename van het aantal gesimuleerde klachten. Tevens blijkt uit onderzoek dat hoewel deze personen vaak worden gezien als 'master-deceivers', zij niet beter zijn in het ontwijken van detectie dan mensen met weinig antisociale trekken.

Diagnostische tunnelvisie

Clinici worden door de DSM-typologie uitgenodigd specifieke hypothesen te formuleren die vervolgens een sterke invloed uitoefenen op hoe zij hun patiënt en diens klachten benaderen. Dit kan uitmonden in tunnelvisie of confirmatie-bias, waarbij de clinicus neigt te zoeken naar informatie die past bij de vooraf gevormde hypothese en informatie negeert die tegen die hypothese pleit of die wijst op alternatieve hypothesen.⁵ Recentelijk vond onze onderzoeksgroep dat de DSM-beschrijving van klachtensimulatie inderdaad zo'n bias in gang zet. Tweeënvijftig klinici lazen een casus die begon met achtergrondinformatie in lijn met de DSM-beschrijving van klachtensimulatie en beoordeelden vervolgens hoe waarschijnlijk zij het achtten dat de patiënt zijn klachten simuleerde en of zij de verdenking van simulatie zouden noemen in hun eindrapport. Daarna boden we ze trapsgewijs nieuwe informatie aan die ofwel neutraal was of de verdenking van simulatie zou moeten verlagen, zoals negatieve uitslagen op symptoomvaliditeitstests. Na iedere stap beantwoordden klinici dezelfde vragen. Ondanks toegang

I.J.M. Niesten, MSc, is psycholoog en als promovenda werkzaam binnen de sectie Forensische Psychologie van de Universiteit Maastricht.

Correspondentieadres:
elly.niesten@maastrichtuniversity.nl

tot ontkrachtende informatie, hielden klinici vast aan de DSM-typologie en werden aanvankelijke verdenkingen op simulatie nauwelijks bijgesteld. Bovendien daalde het percentage experts dat overwoog klachtensimulatie in het eindrapport te melden niet.⁶

Deze bevindingen demonstreren dat het criminologisch model klinici uitnodigt een positieve teststrategie te gebruiken, waarbij zij de kans dat een patiënt klachten simuleert hoger in schatten wanneer deze voldoet aan een antisociaal profiel. Klachtensimulatie is echter geen categorale aangelegenheid maar komt in verschillende maten voor, ook bij patiënten die daarnaast authentieke klachten melden en die geen enkele antisociale trek vertonen.

De wetenschappelijke literatuur: een betere raadgever

Een wondermiddel om klachtensimulatie op te sporen bestaat niet. Afgaan op klinische intuïtie is vergelijkbaar met het opgooien van een munt als het aankomt op het onderscheiden van simulanten en bonafide patiënten en is dan ook niet aan te raden. Toch kan het opsporen van gesimuleerde klachten wel worden vergemakkelijkt, namelijk door het gebruik van gevalideerde symptoomvaliditeitstests.⁷ Een subgroep van deze tests vraagt naar atypische/bizarre symptomen waarbij het overschrijden van een bepaald afkappunt betekent dat de patiënt zijn klachten niet accuraat presenteert. Andere instrumenten meten prestaties op cognitieve taken, waarop kinderen en zelfs mensen met ernstig letsel goed weten te presteren. Scores beneden een bepaald afkappunt indiceren dan ook dat de kans dat de patiënt klachten simuleert aanzienlijk is. Symptoomvaliditeitstests zijn stukken accurater dan het klinisch oordeel. Wel dienen zij bij iedere casus te worden ingezet en niet alleen bij individuen die op basis van een klinisch oordeel of verouderde theorieën – zoals die van de DSM – een verdachte indruk maken. Zo'n strategie werkt immers confirmatie-bias in de hand. Uitslagen op symptoomvaliditeitstests moeten bovendien nooit in isolatie worden geïnterpreteerd als bewijs voor klachtensimulatie. Zij meten een antwoordtendens en zeggen niets over het onderliggende motief van de patiënt. Het is dan ook belangrijk dat onafhankelijke informatie wordt verzameld – via familie, internet, en sociale media – en dat tastbare voordelen die mogelijk door de patiënt geassocieerd worden met ziek zijn worden onderzocht, want zij kunnen van grote invloed zijn op de klachtenpresentatie en prognose.

Vertrouwen op de DSM-omschrijving van klachtensimulatie kan klinici duur komen te staan: de eruit voortvloeiende confirmatie-bias leidt tot een veranderde houding naar de patiënt. Een mogelijk gevolg is dat deze

Aandachtspunt

Dit artikel legt misvattingen over klachtensimulatie – die gevoed zijn door de DSM-omschrijving van simulatie – aan de dag met behulp van de wetenschappelijke literatuur. Het doel is klinici inzicht te geven in te tekortkomingen van de DSM-omschrijving van simulatie en hen te informeren over empirisch ondersteunde alternatieven om klachtensimulatie vast te stellen.

zich onbegrepen gaat voelen en klachtenoverdrijving doelmatig gaat gebruiken om te benadrukken dat er écht sprake is van dysfunctie. En inderdaad: studies hebben gedocumenteerd dat patiënten die somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten ervaren – een oververtegenwoordigde groep in de praktijk – zich vaak niet gehoord voelen en dat een subgroep haar symptomen onder zulke omstandigheden in overdreven mate naar anderen communiceert.⁹ Klachtensimulatie kan uitmonden in het echt voelen van klachten⁴ en conflicten in de therapeutische relatie – deels aangespoord door confirmatie-bias – kunnen dat voeden. Een criminologisch model van klachtensimulatie is niet behulpzaam, maar drijft juist een grotere wig tussen arts en patiënt. De boodschap van dit commentaar is dan ook: leg de DSM-beschrijving van klachtensimulatie terzijde en raadpleeg bij het beoordelen van de patiënt en diens klachten liever de wetenschappelijke literatuur.

Literatuur

1. Heuvelman H. Truth or Lie. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2016; 24: 82-82.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Rogers R. Development of a new classificatory model of malingering. Bull Am Acad Psychiatry Law 1990; 18: 323-33.
4. Niesten IJM, Nentjes L, Merckelbach H, Bernstein DP. Antisocial features and “faking bad”: A critical note. Int J Law Psychiatry 2015; 41: 34-42.
5. Wedding D, Faust D. Clinical judgment and decision making in neuropsychology. Arch Clin Neuropsychol. 1989; 4: 233-65.
6. Merckelbach H, Rooijakkers I, Dandachi-FitzGerald, B, Niesten, E. (2016). Op een symptoomvaliditeitstest presteert de patiënt normaal: wat dan? Tijdschr Neuropsychol, in druk.
7. Impelen A van, Niesten, IJM. Als patiënten overdrijven: de valkuilen in het achterhalen van bedrog. In-Mind. 2015.
8. Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: The need for a curriculum of medical explanation. Patient Educ Couns. 2007; 67: 246-54.

Urenbeperking bij SOLK: tijd voor een oplossing voor de interdoktervariatie

Jerry Spanjer

**SOLK,
Urenbeperking,
Duur-
belastbaarheid,
Richtlijn,
Beoordelen**

Tijdens de maandelijkse intercollegiale toetsing en casuïstiekbesprekingen van verzekeringsartsen gaat de discussie vaak over de vraag of een cliënt met moeilijk objectiveerbare klachten of SOLK is aangewezen op een urenbeperking. Het zijn vaak felle discussies waarbij de artsen zelden tot consensus komen. Dat deze discussie niet nieuw is blijkt wel uit het feit dat in 1998 al een rapport verscheen van het College van Toezicht Sociale Verzekeringen (CTSV)¹ waarin verslag werd gedaan van onderzoek naar de problematiek rondom de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van cliënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom (CVS). Er bleken belangrijke verschillen tussen verzekeringsartsen te bestaan in de interpretatie van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC). Bij de interpretatie konden twee hoofdstromingen worden onderscheiden: de finale- en de causale benadering. Bij de finale benadering legt de verzekeringsarts de nadruk op de beperkingen die de cliënt ondervindt en bij de causale benadering leggen de artsen meer de nadruk op de vraag of er sprake is van ziekte.

Sinds dit rapport achttien jaar geleden is verschenen is er niet veel gedaan om dit verschil in interpretatie op te lossen. De discussie hoe de richtlijnen en wetgeving betreffende urenbeperking bij SOLK geïnterpreteerd moet worden speelt nog steeds. Als een verzekeringsarts een urenbeperking toekent dan heeft dit grote gevolgen voor de uitkering. Interdoktervariatie, het verschil tussen individuele artsen bij de beoordeling, is daarom ongewenst. Zowel de beroepsgroep verzekeringsartsen als de wetgever (het MAOC is onderdeel van het Schattingsbesluit²) hebben geen oplossing voor deze rechtsongelijkheid aangedragen.

In vijf artikelen in dit tijdschrift is verslag gedaan van onderzoek naar dit probleem. Aan bod kwam wat over dit onderwerp wordt beschreven in de jurisprudentie, literatuur en richtlijnen.³⁻⁵ Tevens werd onderzocht bij welke SOLK diagnoses verzekeringsartsen in de praktijk een urenbeperking geven en welke argumenten voor of tegen een urenbeperking bij SOLK gebruikt worden.⁶⁻⁷

Samenvatting

Verzekeringsartsen zijn het onderling niet eens of bij SOLK een urenbeperking toegekend dient te worden. Het geven van een urenbeperking is een belangrijke beslissing bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid. Interdoktervariatie heeft daarom grote gevolgen en kan leiden tot rechtsongelijkheid. Omdat dit probleem al vele jaren bestaat is het tijd om dit probleem op te lossen. Het maken van een richtlijn 'Urenbeperking bij

SOLK' zou een oplossing voor dit probleem kunnen zijn. In een richtlijn dienen concrete handreikingen gegeven te worden voor de beoordeling van een urenbeperking bij cliënten met SOLK. Omdat verzekeringsartsen verdeeld zijn over dit onderwerp is het moeilijk een richtlijn op basis van consensus te maken. Het maken van een 'roadmap' die de weg naar de richtlijn beschrijft kan een eerste stap zijn.

Dr. J. Spanjer is verzekeringsarts, onderzoeker en docent bij UWV en UMCG.

Correspondentieadres:
jerry.spanjer@uwv.nl

Conclusies uit het onderzoek

Uit dit onderzoek werd nog eens bevestigd dat de wetgeving en richtlijnen niet eenduidig worden geïnterpreteerd. Dit blijkt verder ook uit het feit dat in de jurisprudentie argumenten gebruikt worden die conform de 'causale benadering' zijn, bijvoorbeeld: 'er zijn geen objectieve medische afwijkingen' en 'geen urenbeperking levert geen gezondheidsschade op'. In de praktijk blijkt echter dat een groot deel van de cliënten met SOLK minder gaat werken en dat verzekeringsartsen regelmatig urenbeperkingen geven (ruim 50% bij CVS). Dit pleit dus meer voor de 'finale benadering'.

In focusgroepen kon geen consensus worden bereikt over het toekennen van een urenbeperking in een concrete casus van een cliënt met fibromyalgie. Verzekeringsartsen geven aan dat deze interdoktervariatie af kan nemen door een duidelijke richtlijn over het onderwerp 'urenbeperking bij SOLK' zodat alle artsen dezelfde uitgangspunten hebben. Hierin zouden 'ankercasussen' opgenomen dienen te worden waarbij in een aantal veel voorkomende situaties een concrete uitspraak wordt gedaan of een urenbeperking noodzakelijk is.

De oplossing: een richtlijn

Het probleem is dus dat de wetgeving en de richtlijnen niet eenduidig worden geïnterpreteerd. De oplossing voor dit probleem lijkt eenvoudig: maak een richtlijn die wel eenduidig wordt geïnterpreteerd. In deze richtlijn 'Urenbeperking bij SOLK' dienen twee aspecten aan bod te komen. Ten eerste, welke gegevens dienen verzameld te worden? Ten tweede, hoe dienen de gegevens te worden beoordeeld of geïnterpreteerd?

Gegevensverzameling

Wat betreft de gegevensverzameling worden in het onderzoek naar de argumenten die verzekeringsartsen gebruiken voor hun beoordeling al een aantal zaken genoemd. Zo zijn in de anamnese onder andere het dagverhaal, visie cliënt en doorgemaakte behandelingen van belang, en daarnaast lichamelijk en psychisch onderzoek en de observatie van het gedrag van de cliënt. Bij een WIA-beoordeling is een dossier opgebouwd door de bedrijfsarts waarin de behandeling en begeleiding beschreven staan. Ook informatie van behandelend artsen, medische kennis of literatuuronderzoek zijn belangrijk. De beoordelaar zou een checklist als leidraad bij de gegevensverzameling kunnen gebruiken. Een voorbeeld van een dergelijke checklist, grotendeels gebaseerd op bovenstaand onderzoek, wordt getoond in box 1.

Box 2 geeft een voorbeeld van een checklist die is ingevuld voor een cliënt met fibromyalgie. Deze cliënt is gebruikt als videocasus in de focusgroepen van een eerder verschenen artikel.⁶ In deze voorbeeld-casus wordt duide-

Box 1

Checklist voor de gegevensverzameling bij de beoordeling 'urenbeperking bij SOLK'.

Checklist urenbeperking bij SOLK

Dossierstudie
■ Behandeling: lege artis? (multidisciplinair, cognitieve gedragstherapie) ■ Begeleiding: lege artis? (tijd/proces contingent) ■ Beoordeling: eerdere beoordelingen gehad?
Anamnese
■ Werk: beloop, werk nu, belemmerende factoren? ■ Ziektegeschiedenis: duur, beloop, behandeling, huidige klachten, co-morbiditeit ■ Ervaren belemmeringen, concrete voorbeelden ■ Participatie: dagverhaal (rustmomenten), hobby's, sport, huishouden, zorg kinderen ■ Visie cliënt: argumenten voor een urenbeperking
Onderzoek
■ Observatie (gedrag, motivatie, lijdensdruk en overtuigingen) ■ Lichamelijk en psychisch onderzoek
Diagnose
■ Welke diagnose is gesteld en door wie?
Informatie derden
■ Bedrijfsarts ■ Behandelaar ■ Expertise ■ Niet-artsen
Medische kennis
■ Past een urenbeperking bij het ziektebeeld?

lijk dat de begeleiding mogelijk niet adequaat is geweest omdat er geen tijdcontingente uitbreiding is geweest en dat informatie van de behandelaar ontbreekt. Op zich lijkt het verhaal van de cliënt wel consistent.

Oordeelsvorming

Na een gedegen verzameling van de relevante gegevens kan beoordeeld worden of een urenbeperking is aangewezen. Hier ligt de kern van het probleem: is een cliënt met klachten zonder objectieve medisch bevindingen in engere zin, maar wel met een consistent verhaal waarin een hele dag functioneren voor de cliënt niet haalbaar is, aangewezen op een urenbeperking? In de huidige richtlijnen en wetgeving wordt als voorwaarde gesteld dat er sprake is van 'interne consistentie' (logisch samenhangend geheel van stoornissen, activiteitenbeperkingen en participatie) en 'externe consistentie' (aannemelijk relatie met klachten van de cliënt, bevestiging door waarnemingen van anderen dan de cliënt zelf) en plausibiliteit.^{2,8,9} In

Box 2

Voorbeeld van een checklist ingevuld bij een cliënt met fibromyalgie.

Dossierstudie
■ Behandeling: <i>multidisciplinaire behandeling bij een revalidatie-instelling niet geheel afgerond i.v.m. toename pijn. Op zich adequate therapie.</i> ■ Begeleiding: <i>er is geen tijdcontingente uitbreiding geweest. Cliënt werkt al 6 maanden 2 u /d.d. in licht werk.</i> ■ Beoordeling: <i>de bedrijfsarts is van mening dat 2 uur per dag maximaal is. Argument: cliënt is moe na 2 uur werken en verdere uitbreiding kan leiden tot volledige uitval.</i>
Anamnese
■ Werk: <i>veel verzuim voor uitval (weken tot maanden de afgelopen 3 jaar). Werkt nu 5x2 u/week in licht werk, geen obstruerende factoren.</i> ■ Ziekte: <i>al jaren last geleidelijk erger; laatste 6 maanden stationair, revalidatiebehandeling multidisciplinair niet af kunnen maken door pijn; klachten: pijn en moeheid, geen co-morbiditeit.</i> ■ Ervaren belemmeringen: <i>diverse voorbeelden van diverse beperkingen.</i> ■ Participatie: <i>op van 8.30 tot 23.00 en elke dag van 13.00 tot 15.00 uur op bed slapen. Sport niet, huishouden in aangepast tempo, meer hulp echtgenoot, geen kinderen, niet meer naar koor, paardrijden en wandelen; wel lezen en films kijken.</i> ■ Visie cliënt: <i>2 uur /dag is maximaal is nu al uitgeput na 2 uur licht werk. Bij uitbreiding verwacht ze meer klachten.</i>
Onderzoek
■ Observatie: <i>ziet er niet moe uit, wel lijdensdruk en motivatie. Is overtuigd van haar beperkingen.</i> ■ Lichamelijk onderzoek: <i>geen afwijkingen in houding en functie. Geeft drukpijn aan op diverse plekken.</i> ■ Psychisch onderzoek: <i>wat mat maar niet depressief.</i>
Diagnose
<i>Fibromyalgie vastgesteld door reumatoloog. Volgens cliënt heeft hij gezegd: luister naar je lichaam.</i>
Informatie derden
■ Bedrijfsarts: <i>zie dossierstudie</i> ■ Behandelaar/expertise: <i>geen informatie</i> ■ Niet-artsen: <i>geen informatie</i>
Medische kennis
<i>In 20% van de fibromyalgie patiënten wordt een urenbeperking gegeven bij WIA/Wajong beoordelingen.</i>

Aandachtspunten

- Verzekeringsartsen zijn het onderling niet eens of bij SOLK een urenbeperking aanwezig is, dit leidt tot interdoktervariatie.
- Dit probleem is al ongeveer 20 jaar bekend, daarom wordt het tijd voor een oplossing.
- Het is problematisch een richtlijn 'Urenbeperking bij SOLK' te maken omdat binnen de beroepsgroep geen consensus bestaat.
- De beroepsgroep verzekeringsartsen zouden eerst een 'roadmap' moeten maken die de weg naar een richtlijn beschrijft.

een richtlijn 'Urenbeperking bij SOLK' dient met name ingegaan te worden op die externe consistentie en plausibiliteit. Voor deze beoordeling dient een concreet handvat aangereikt te worden.

Een richtlijn

In focusgroepen van verzekeringsartsen⁶ wordt gepleit om in een richtlijn enkele 'ankercasussen' op te nemen. In een 'ankercasus' wordt een casus beschreven en een concreet oordeel met argumenten gegeven. Dit lijkt enigszins op 'mediprudentie', het belangrijkste doel van mediprudentie is namelijk ook 'te komen tot consensus over hetgeen in concrete, individuele situaties volgens de beroepsgroep de juiste beoordeling is'.¹⁰ In de praktijk wordt een mediprudentie casus echter gemaakt door een kleine groep (ongeveer 10) verzekeringsartsen op één kantoor. Dit hoeft dus niet de visie van de beroepsgroep af te spiegelen.

In focusgroepen waar een concrete casus werd besproken was het niet mogelijk consensus te bereiken in alle groepen. Dit blijkt ook uit het CTSV onderzoek en mijn eigen ervaring in casuïstiekbesprekingen. Het maken van een richtlijn is daarom problematisch en heeft om die reden waarschijnlijk nog niet plaats gevonden. Want als de beroepsgroep is verdeeld in 'causale' en 'finale' denkers wie bepaalt dan de richtlijn? Geldt dan: meeste stemmen tellen? Of dient de wetgever, die immers de 'polisvoorwaarden' opstelt hier een besluit in te nemen? Dit is zeker een complex probleem.

Naar mijn mening dient de beroepsgroep verzekeringsartsen de eerste stap te nemen. Die eerste stap zou er uit kunnen bestaan om een 'roadmap' te maken die de weg naar de richtlijn beschrijft. In die roadmap zou beschreven kunnen worden wat er precies in de richtlijn moet staan, dat een aantal anker casussen besproken worden met beleidsafdelingen, beroepsgroep en wetgever en als er geen consensus is hoe dan te handelen.

Een concept richtlijn zou in een pilot uitgetoetst kunnen worden in een kleine groep verzekeringsartsen en daarna nog bijgesteld kunnen worden. Daarna zou een tweede concept aan de beroepsgroep voorgelegd kunnen worden alvorens de richtlijn in te voeren.

Conclusie

De beroepsgroep is toe aan een richtlijn 'Urenbeperking bij SOLK' waarin concrete handreikingen worden gegeven bij de beoordeling van het toekennen van een urenbeperking bij cliënten met SOLK. Omdat verzekeringsartsen verdeeld zijn over dit onderwerp is het moeilijk een richtlijn op basis van consensus te maken. Het maken van een 'roadmap' die de weg naar de richtlijn beschrijft kan een eerste stap zijn.

Literatuur

1. Bont A de, Meus C, Hazelaar G. Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering. College van Toezicht Sociale Verzekeringen. Zoetermeer, 1998.
2. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Staatsblad 2000.
3. Spanjer J. SOLK en urenbeperking: mediprudentie en jurisprudentie. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2015; 23: 304-8.
4. Spanjer J. SOLK en urenbeperking: literatuuronderzoek. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2015; 23: 399-402.
5. Spanjer J. SOLK en urenbeperking: regels, richtlijnen en rapporten. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 53-7
6. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: Welke argumenten gebruiken verzekeringsartsen? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 200-5.
7. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: welke urenbeperkingen geven verzekeringsartsen in de praktijk? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 411-414.
8. Landelijk instituut sociale verzekeringen. Rapportageprotocol. Amsterdam, 1999.
9. TICA. Medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Amsterdam, 1996.
10. Nederlands Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. [Http://www.nvvg.nl/mediprudentie](http://www.nvvg.nl/mediprudentie). Datum: 15-07-2016.

urenbeperking of niet...
meeste stemmen gelden...!



Bert Cornelius fecit

De discusswerper

Course, prognosis and management of nonspecific musculoskeletal disorders

Harald S. Miedema. Promotores: Prof.dr. B.W. Koes, Prof.dr.ir. A. Burdorf. Erasmus Universiteit Rotterdam, 6 juli 2016. ISBN 978-94-6169-888-9.

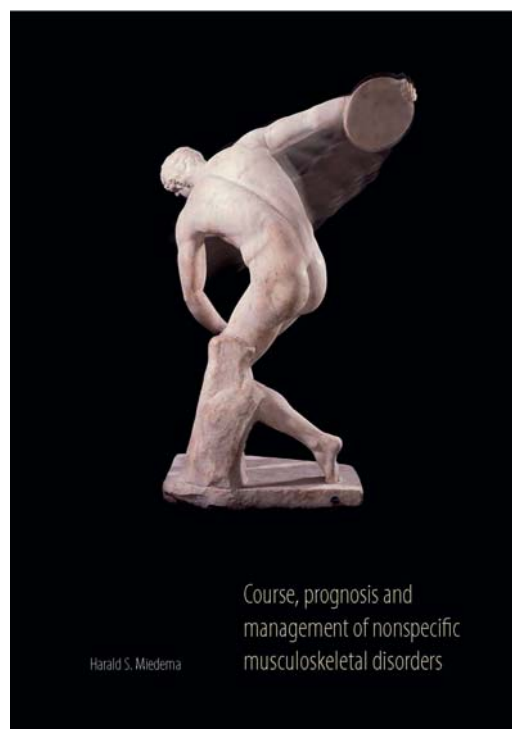
André Weel

Sedert 2002 heeft Harald Miedema elfmaal in TBV gepubliceerd, als eerste auteur of als coauteur. Vrijwel steeds betrof het onderzoek naar klachten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat (KAHB). Hij publiceerde ook in internationale tijdschriften en droeg bij aan rapporten, boeken en richtlijnen. En op 6 juli 2016 was het dan eindelijk zover: aan de Erasmus Universiteit Rotterdam verdedigde hij met succes zijn proefschrift. De inhoud daarvan omspannt een periode van meer dan 25 jaar en weerspiegelt de loopbaan van de promovendus. Waar veel proefschriften inzoomen op een gedetailleerde vraagstelling, en de overbekende structuur hebben van literatuuronderzoek en RCT, kiest Miedema voor een andere insteek. De discusswerper op het omslag maakt in één oogopslag duidelijk hoe breed het proefschrift is opgezet. Immers, de olympische sport van het discusswerpen belast niet alleen arm, schouder en nek, maar ook lage rug en benen.

Van lagerugklachten beschrijft Miedema het verloop over de tijd; hij spoort indicatoren voor chroniciteit op en bepaalt de consequenties zoals die zich manifesteren als beroepsziekten. Van nek-, schouder- en armklachten ontwikkelt hij een classificatiesysteem; hij scheidt specifieke- van niet-specifieke aandoeningen; hij ontwikkelt een multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling; geeft de uitkomstmaten van onderzoek een plaats in de ICF; beschrijft het verloop van het verzuim en de beperkingen over de tijd en spoort prognostische indicatoren voor een minder gunstig beloop op. Dit alles in samenwerking met vele anderen. Medisch en maatschappelijk is dit alles zeer relevant. Om het in geld uit te drukken: de geschatte jaarlijkse ziektelast door KAHB bedraagt meer dan 5,5 miljard euro. Het vroegtijdig identificeren van patiënten die een grotere kans hebben op persisterende beperkingen kan helpen bij de juiste aanpak van KAHB in een vroege fase.

Het proefschrift opent met een cohortstudie met een follow-up van zeven jaar. Na een episode van lagerugklachten is de kans op chroniciteit 28%. In de subgroep met chronische LR bedraagt de arbeidsparticipatie 59%, vergeleken met 68% in de niet-chronische subgroep.

Vervolgens beschrijft Miedema de ontwikkeling van het instrument om de arbeidsgelateerdheid van specifieke lagerugklachten vast te stellen. Sinds de invoering hiervan is de proportie van beroepsziektemeldingen wegens



lagerugklachten sterk gestegen: van 0,7% in 2004 naar 9,1% in 2011.

Dan volgt een Delphistudie waarin een classificatiesysteem voor klachten van arm, nek en schouder (KANS) is ontwikkeld. Het eerste KANS-model van 2004 omvatte 23 specifieke aandoeningen. Voortbordurend op dit KANS-model is een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld voor de diagnose en behandeling van specifieke KANS. De richtlijn bevat een update van het KANS-model met 36 specifieke aandoeningen.

Een volgend onderdeel betreft het relateren van functies, activiteiten en participatie bij patiënten met KANS aan de ICF. Uit 123 prognostische en interventiestudies zijn zogenaamde PROMs geselecteerd: *patient related outcome measures*, waarmee het ziektebeloop of de effectiviteit van een interventie is beschreven. Deze PROMs worden gelinkt aan de afzonderlijke ICF-categorieën. Zo ontstaat een beeld van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen waar iemand met KANS voor staat. De belangrijkste uitdaging was pijn, die in 93% van de studies werd gemeten; in 22% van de studies was het zelfs de enige uitkomstmaat. Arbeidsparticipatie kwam op de tweede plaats met 54% van de studies. Activiteiten op het gebied van recreatie en vrije tijd kwamen op de derde plaats met 42% en slaap kwam op de vierde plaats met 39%. Deze manier om uitkomstmaten van studies te ‘turven’ aan de hand van de categorieën van de ICF levert belangrijke informatie op voor de revalidatie en re-integratie van mensen met KANS. De ‘ingevulde’ ICF geeft zo als het ware een overzicht van de bij mensen met KANS te verwachten problemen. Dit is een originele en vernieuwende aanpak om de ICF te benutten om zo ziekte- of klachtspecifieke functionerings- en participatiepatronen (profielen) te ontwikkelen, te gebruiken in de revalidatie.

Het laatste onderzoek betreft een recente prospectieve cohortstudie in de eerste lijn, met een follow-up van twee jaar, van 682 personen die een nieuwe episode van KANS doormaken. Gemeten met de DASH (*disability of arm shoulder and hand questionnaire*), komen daar drie patronen van ziektebeloop uit: snel herstel (68%), matig herstel (24%) en blijvend hoge invaliditeit (9%). Voor de laatste categorie was een hoog somatisatieniveau de belangrijkste voorspeller. Andere psychosociale voorspelers waren bewegingsangst en gebrek aan sociale steun. Slechts 43% van het cohort gaf na twee jaar aan dat men volledig hersteld was. Het is dus zaak om bij mensen met KANS in een vroeg stadium te screenen in de anamnese, bijvoorbeeld met de 4DKL.

Daarmee komen we ook op het mijns inziens belangrijkste leermoment van dit proefschrift voor de praktijk. Blijf bij mensen met KANS of lagerugklachten – na exclusie van specifieke aandoeningen – niet focussen op de diagnostiek (het zoeken naar oorzaken), maar let op de bekende en benoemde indicatoren voor een ongunstig beloop en gebrek aan herstel, en probeer die in gunstige zin te beïnvloeden.

50e Vlaamse Universitaire Studiedag voor Arbeidsgezondheidskunde 2016

Belgische arbeidsgeneesheer krijgt sleutelrol bij re-integratie

André Weel, Katrien Mortelmans

Op 19 mei 2016 hield de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgezondheidskunde haar jaarlijkse studiedag aan de Vrije Universiteit Brussel. TBV was hiervoor uitgenodigd, en was ook benieuwd naar de uitwerking van het thema: 'Re-integratie: de stakeholders aan het woord'.

In België houdt de arbeidsgeneesheer zich traditioneel bezig met preventie en niet met verzuimbegeleiding. Dat gaat nu – deels – veranderen. Het aantal arbeidsongeschikten is de laatste tien jaar verontrustend gestegen. De gemiddelde duur van het ziekteverzuim is eveneens toegenomen. Het aandeel van psychische aandoeningen in het verzuim stijgt. Dat alles heeft geleid tot nieuwe wetgeving en een akkoord van sociale partners in september 2015. Op de studiedag bleek dat de plannen al behoorlijk concreet zijn. Een sleutelrol is weggelegd voor de arbeidsgeneesheer (AGH).

De Vlaamse beleidsmakers hebben tien pijlers voor actief herstel geformuleerd:

1. Moedig de patiënt aan zijn toekomst in eigen hand te nemen.
2. Maak werkgever én werknemer hoofverantwoordelijk voor de re-integratie.
3. Start de re-integratie tijdig op, maar breng werkhervatting niet voortijdig ter sprake.
4. Kijk eerst naar het oude werk, bekijk pas daarna andere opties.
5. Een multidisciplinaire aanpak is aangewezen.
6. Een goede (elektronisch) informatie-uitwisseling is aangewezen.
7. Werkhervatting moet voor iedereen werkbaar zijn (de rol van de preventie-adviseur is belangrijk).
8. Werkhervatting is geen eindpunt.
9. Vermijd invaliditeitsvallen (bijvoorbeeld: vervangingsinkomen is hoger dan loon).
10. Laat preventie en re-integratie één geheel vormen.

In de huidige werkwijze gaat de patiënt met een attest van zijn behandelend arts naar de mutualiteit, waar de adviserend geneeskundige (AG, verzekeringsarts) de arbeidsongeschiktheid beoordeelt. De mutualiteit zorgt voor toekenning van de uitkering.

De nieuwe aanpak is als volgt: de patiënt gaat met een attest van zijn behandelend arts naar de mutualiteit waar een quick scan wordt uitgevoerd (bij twee maanden verzuim). Op grond daarvan plaatst de AG de patiënt in één van vier categorieën: 1 spontane hervatting te verwachten, 2 tijdelijk aangepast werk, 3 hervatting lijkt niet mogelijk, 4 langere tijd AO. De AG verwijst vervolgens door naar de AGH of interne bedrijfsarts met de vraag of een re-integratievoorstel mogelijk is.

Zo ja, dan wordt een plan tot progressieve werkhervatting opgesteld, met toestemming van de AG, en met behoud van uitkering. Zo nee, dan vindt medisch-sociaal onderzoek plaats: is hervatting mogelijk na trajectbegeleiding of herscholing? De AGH heeft hier een centrale rol: hij maakt immers deel uit van het multidisciplinaire preventieteam van zijn preventiedienst. Dat blijkt ook uit het vierstappenplan.

Stap 1: De verzuimende werknemer, zijn behandelende arts, de werkgever en de AG kunnen een re-integratietraject aanvragen. De AG is al na één maand betrokken partij want de loondoorbetaling door de werkgever is in België beperkt tot één maand.

Stap 2: De AGH onderzoekt de werknemer én bezoekt de werkpost. In zijn verslag met re-integratievoorstel kan hij conclusies formuleren gaande van 'kan binnenkort hervatten in eigen of aangepaste functie' of 'het is te vroeg voor een re-integratietraject' tot 'definitief ongeschikt voor de job en ook niet geschikt voor aangepast werk bij deze werkgever'.

Stap 3: De werkgever concretiseert het re-integratievoorstel en vormt het om tot een re-integratieplan, samen met de werknemer. Werkgever en werknemer kunnen beslissen dat het re-integratievoorstel niet haalbaar is en dan stopt het traject.

Stap 4: Na ondertekening van het re-integratieplan start de uitvoering.

De Belgische overheid kiest er expliciet voor om het re-integratieproject op te starten middels een pilootproject, met gemotiveerde werkgevers en werknemers.

De VDAB, Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, herschoolt al jaren langdurig arbeidsongeschikten. Het gaat om herscholingen op vraag van verzekeringsartsen/AG's, voor personen die geen job meer hebben en omwille van gezondheidsproblemen best een andere richting uitgaan. De VDAB krijgt in het nieuwe stelsel een belangrijke rol ten aanzien van arbeidsongeschikte werknemers. Zie www.vdab.be.

De presentaties van de studiedag zijn te raadplegen op: <http://www.vwva.be/vusa-2016-reintegratie.-de-stakeholders-aan-het-woord>.

NCvB-definitie van beroeps- ziekte niet werkbaar

De rechter kijkt of het een arbeidsgerelateerde aandoening is

Rolf Blijleven, Jurjen Breedijk, Bas Sorgdrager

Met enige regelmaat brengt vakbond FNV bedrijfsgeneeskundige misstanden voor het voetlicht van de media. Niet zelden speelt het functioneren van de betrokken bedrijfsarts daarbij een rol. Reden voor TBV om te gaan praten met FNV's directeur Bureau Beroepsziekten Marian Schaapman (1959), en met hun medisch adviseur Johan Jonker (1960).

Kunnen jullie iets vertellen over je achtergrond?

Marian Schaapman: "Ik heb eerst vijf jaar gewerkt als ergotherapeut, daarna heb ik twintig jaar aan de universiteit gewerkt als onderzoeker. Eerst in Leiden bij Sociale Wetenschappen, en toen achttien jaar aan het Hugo Sinzheimer Instituut voor Arbeid en Recht van de Universiteit van Amsterdam. Ik heb onderzoek gedaan naar allerlei facetten van arbeid en arbeidsomstandighedenrecht, vanuit zowel de sociologische als de juridische invalshoek. In 2007 werd ik projectleider van 'Leerzame letselschadeclaims', onderzoek op basis van de dossiers van BBZ. Dat was geweldig interessant! En dat overlapt een beetje met mijn huidige werk: sinds 2009 ben ik directeur van Bureau Beroepsziekten van FNV. Wat wij doen is mensen helpen. Het is juridisch behoorlijk specialistisch werk, en er zit ook een stevige medische component in."

Johan Jonker: "Na mijn studie geneeskunde in Groningen heb ik een wereldreis gemaakt, en daarna wist ik niet goed wat ik met geneeskunde wilde doen. Maar een van mijn keuze-coschappen, bij de BGD Zwolle, was wel goed bevallen. Dus die heb ik toen gebeld, en ik kon daar ook aan de slag. De belangstelling voor arbeid heb ik van huis uit meegekregen. Mijn vader was timmerman bij een deurenfabriek en ik deed daar ook wel vakantiewerk. Het werk in die fabriek was heel strak geregeld: je had een prikklok, je deed lopendebandwerk, mensen stonden in de damp van lijmmachines. Sindsdien ben ik altijd begaan gebleven met het lot van arbeiders. Ik wilde bijdragen aan preventie van ziekte door arbeid."

Vanaf 2000 kreeg je privatisering en schaalvergroting in de BGZ. Dat lag mij niet. In 2001 ben ik voor mezelf begonnen als zelfstandig bedrijfsarts. Kort daarna kwam ik in contact met Paul Ulenbelt, één van de grondleggers van Bureau Beroepsziekten. Hij huurde mij aanvankelijk in voor de arbeidsanamnese, maar geleidelijk aan verschoof

dat naar medisch advieswerk. Een jaar of drie geleden ben ik helemaal gestopt met verzuim en nu ben ik hoofdzakelijk medisch adviseur in claimzaken.

Daarnaast hebben we een boerderij. Het was de bedoeling om het bedrijfsartsenvak te combineren met het boerenbestaan. Materieel rijk word je niet van een boerderij, maar voor de mentale balans is het heel goed – en wat daarvoor ook helpt is dat ik vader ben van vier opgroeiende kinderen."

Wat doet Bureau Beroepsziekten?

Marian: "BBZ is een zelfstandig onderdeel binnen FNV. Wij komen op voor de belangen van slachtoffers van beroepsziekten. We dienen schadeclaims in ten behoeve van die slachtoffers, maar omdat we binnen een vakbond opereren gaat het verder dan dat, het is ook: het onderwerp agenderen, jurisprudentie creëren en kennis genereren en beschikbaar stellen. Bijvoorbeeld rondom de chroom-6-affaires, burn-out, en nachtarbeid en borstkanker. Ons werk heeft ook wetenschappelijke aspecten – we werken bijvoorbeeld samen met het RIVM – en we bemoeien ons ook met politiek en beleid."

Wie benaderen jullie?

Marian: "Het begon rond 2000, met RSI en OPS. Vanuit FNV-Bouw wisten we dat er mensen met OPS moesten zijn, en dat RSI voorkwam, maar er waren geen concrete gevallen. FNV heeft toen publiekelijk iedereen met klachten opgeroepen om zich te melden. Je wilt het onderwerp beroepsziekten zo breed mogelijk aanpakken, en in het begin hielpen we zowel leden als niet-leden. Maar ons werk wordt voorgefinancierd door FNV en maar 20% van de werknemers is vakbondslid, dus we investeerden nogal wat in niet-leden. Dat werd uiteindelijk toch te duur. Als er heden ten dage een zaak is met een collectief belang, dan vragen we de mensen ook om zich aan te sluiten."

Het ziektebeeldenbestand is in de afgelopen vijftien jaar wel veranderd. OPS wordt minder, want de blootstelling aan oplosmiddelen is minder – dankzij beter beleid. Voor RSI geldt iets dergelijks: RSI door beeldschermwerk neemt af. RSI in de industrie is stabiel."



Zijn er nu grotere groepen, of collectieven die extra aandacht krijgen?

Marian: “Er is een gestage reguliere instroom van mensen, met van alles en nog wat, overal vandaan. Daarnaast krijg je soms meerdere vergelijkbare meldingen van mensen uit een bepaald bedrijf. Op dit moment speelt de Lycra-affaire, meteen ook onze grootste zaak ooit. Het gaat om zo’n 32 mensen bij DuPont in Dordrecht. Bij de fabricage van Lycra wordt het reprotoxische DMAc (dimethylacetamide, red.) gebruikt. Die 32 mensen zijn hoofdzakelijk vrouwen, allemaal met reproductiestoornissen, zeer emotioneel: doodgeboren kinderen, kinderen met stoornissen, onvruchtbaarheid, baarmoeders d’r uit...”

Hoe is die zaak aan het rollen gebracht?

“Het begon met de C8-affaire: PFO-A-blootstelling bij de productie van Teflon. In Amerika is dat een heel grote zaak, DuPont USA heeft inmiddels voor miljoenen aan claims liggen, waarvan onlangs de eerste is uitgekeerd. In Nederland kwam EenVandaag daar als eerste mee. Via de PFO-A-affaire is EenVandaag de Lycra-vrouwen op het spoor gekomen. Rond die tijd werden wij gevraagd door verschillende letselschadebureaus in de regio om die zaak op te pakken, omdat zij daar zelf onvoldoende kennis over hadden. Toen hebben wij contact gelegd met één van die vrouwen die lid was, en vanaf dat moment zag je een sneeuwbal effect.”

Hoe reageert de medische sector op de Lycra-affaire?

Johan: “Er is nog geen reactie, daar is het nog te recent voor. Vorige week was er een informatiebijeenkomst voor de gedupeerden, waar uitleg werd gegeven door Jacob de Boer (professor Environmental Chemistry and Toxicology, Institute for Environmental Studies IVM, VU Amsterdam, red.) en Marijke de Cock (postdoc epidemiologie VU Amsterdam). Betrokkenen zijn gevraagd om hun medisch dossier te verstrekken. In dat stadium is het nu. Op die voorlichtingsbijeenkomst heb ik gevraagd hoe het arbo-beleid was, en of ze toegang hadden tot een bedrijfsarts.

Dat was zo, maar wat diens rol was weten we nog niet. We weten wel dat het bedrijf van de reprotoxiciteit van DMAc op de hoogte was. Mensen hebben ervoor moeten tekenen dat ze wisten dat ze ermee werkten, maar niet dat ze bekend waren met de mogelijke gevolgen.”

Marian: “De vraag is in wezen: waarom is dit niet eerder opgemerkt? Dat weten we nog niet. Deze zomer hebben we de arbeidsomstandigheden van de Lycra-dames in kaart gebracht.”

Zijn er voorbeelden van zaken die al verder zijn?

Johan: “Ja. Smit Draad in Nijmegen maakt koperdraad en in de coating daarvan zitten veel toxische stoffen die bij uitdamping vrijkomen in de productiehal. Die damp bereikt alle werkplekken, ook de kantoren. Vrijwel iedereen die daar werkt is blootgesteld geweest. Ik ben betrokken bij zowel de tuchtaak als de civiele zaak. Het gaat om vijf klagers, allemaal mensen met chronische longproblemen. De tuchtklachten tegen de bedrijfsarts in opleiding en de praktijkopleider zijn ongegrond verklaard door het Regionaal Tuchtcollege. In de civiele procedure hebben we gemikt op een collectieve procedure, omdat er in algemene zin voor alle medewerkers blootstelling aan een risicovolle situatie was en dat de werkgever zorgplicht had en heeft, en die heeft geschonden. De kantonrechter heeft dat afgewezen en bepaald dat ieder individu zelf een procedure moest opstarten omdat voor elk individu de blootstelling en de klachten anders waren.”

FNV heeft een spandoekenreputatie. Wij hebben daar last van, want dat overschaduwet het belang van de zaken die wij behartigen

Marian: “Wij vroegen om vaststelling van blootstelling en zorgplichtschending – dus niet om vaststelling van causaliteit. Een collectieve zaak kan sneller worden afgehandeld, maar rechters zijn er vaak terughoudend mee, omdat ze de individuele situaties te verschillend vinden. Natuurlijk is ieders individuele situatie anders, maar dat kun je afhandelen in individuele vervolprocedures.”

Johan: “Wij hebben in Nederland een Arbowet en een zorgplicht. Hoe komt het dan dat mensen toch ziek worden? Door de marktwerking. Die gaat ten koste van de kwaliteit van arbozorg. De arbozorg is versnipperd. De BGD’s in de jaren 90 hadden alle disciplines zelf in huis. In de huidige situatie heb je vaak een bedrijfsarts op afstand, er zit een casemanager tussen, er is een arbeidshygiënist van een andere partij.”

De mensen met de gezondheidsproblemen werken vijftien tot twintig jaar bij Smit Draad. De klachten zijn ingediend tegen de Bedrijfspoli, die daar op dat moment pas anderhalf jaar actief was. Er was geen overdracht. De Bedrijfspoli begon met een vrijwel leeg dossier en had al een aantal verbeteringen in het werk gesteld. Toch is FNV actie gaan voeren, met een persoonlijke aanval op de bedrijfsarts. Dat kwam breeduit in de media. Nu zit die bedrijfsarts overspannen thuis en heeft de rechter de klachten afgewezen. Dat die vijf mensen gegronde klachten hebben is duidelijk, maar wat vinden jullie van deze aanpak?

Johan: "Ik vind dat dat niet kan."

Marian: "Als er sprake is geweest van een persoonlijke aanval, dan is dat is niet de goede manier. Maar het moet wel mogelijk zijn bedrijfsartsen voor de tuchtrechter te brengen als wij menen dat er sprake is van fouten. Dat is geen persoonlijke aanval, dat is onze taak. Wij horen wel vaker dat FNV wat ruig met de zaken omspringt, en dan gaat het vervolgens alleen nog maar over 'de manier waarop'. Het is ontzettend jammer dat daardoor de inhoudelijke kant en het belang van de zaak wordt overschaduwd. Maar het is wel degelijk juridisch zuiver om deze en dergelijke misstanden aan te kaarten, maar dan moet het over de feiten en over de inhoud gaan. Als de rechter afgeleid zou worden door de manier waarop zaken zijn aangekaart, dan vind ik dat heel jammer. De wet zegt: 'Er bestaat een hiërarchische verhouding tussen werkgever en werknemer.' Wij komen op voor de zwakkere partij, de werknemer, daarom zoeken wij de publiciteit. Maar die spandoekenreputatie kleeft aan ons en dat speelt ons als BBZ wel enigszins parten, ja."

Zou je liever zelfstandig zijn, als Bureau Beroepsziekten?

Marian: "Soms wel. Het voordeel zou zijn dat je wat meer je eigen koers kunt varen. En we hebben natuurlijk heel specifieke kennis die veel breder toepasbaar is dan wij nu doen. Aan de andere kant opent het deuren als je FNV heet. Daarnaast vind ik een sterke werknemersvertegenwoordiging in de samenleving van wezenlijk belang. Wij praten in Den Haag bijvoorbeeld mee over die nieuwe Medische Autoriteit, in Brussel nemen we deel in de adviesraad van het onderzoeksinstituut van de Europese vakbond. Dat zijn voordelen die ik niet zou willen missen."

Wat leren jullie van tegenvallers? Er is misschien niet altijd winst of verlies, maar er zit ook iets tussenin. Hoe evalueer je dat?

Johan: "Met erkende eenduidige beroepsziekten zoals mesothelioom houd ik mij niet bezig. Ik kom in beeld als BBZ wil laten beoordelen of iets een arbeidsgerelateerde aandoening is. We moeten af van de definitie beroepsziek-



te, want de juridische meetlat is langer dan de medische. De meeste aandoeningen zijn multifactorieel; de NCvB-definitie van een beroepsziekte is dat het werk voor minstens 50% moet hebben bijgedragen aan de ziekte. Maar je kunt een juridisch sterke zaak hebben als er geen beroepsziekte is, maar wel een arbeidsgerelateerde aandoening."

Marian: "Dat is een belangrijk punt voor ons. Juridisch hoeft je alleen maar te bewijzen, dat (1) de persoon is blootgesteld aan gevaarlijke omstandigheden, (2) daarbij de zorgplicht is geschonden, en (3) dat de gevaarlijke omstandigheden de ziekte *kunnen* hebben veroorzaakt. Dat is heel iets anders dan de NCvB-definitie."

*Voor de rechter hoeft
je maar drie dingen te
bewijzen: blootstelling,
zorgplichtschending en
mogelijke oorzaak van ziekte*

Johan: "Er is jurisprudentie in ontwikkeling: de Hoge Raad heeft gesteld dat causaal verband niet te onbepaald mag zijn – dat is wat vaag, maar het betekent dat je die

50% niet hoeft te halen. Dat is goed nieuws, want als een expert in een zaak concludeert dat iets geen beroepsziekte is, legt de rechter het dossier al snel terzijde, terwijl er dan toch sprake is van zorgplichtschending, en een mede door het werk veroorzaakte aandoening.”

Het lijkt soms alsof werkgevers koste wat kost het oordeel ‘beroepsziekte’ willen voorkomen, uit angst voor schadeclaims.

Johan: “Ja en nee. Er zijn ook goede werkgevers. Wij zijn een soort rioolputje. Als er van alles is misgegaan, mensen niet goed gere-integreerd zijn en inkomensverlies lijden, dan is er basis voor een claim. Maar er zijn ook werkgevers die van hun bedrijfsarts focus eisen op arbeidsgerelateerde problematiek, want dat is beïnvloedbaar! Een werkgever zou dat moeten willen weten.”

Er zijn nog steeds werkgevers die dat standpunt niet huldigen.

Marian: “Ja. In de loop der jaren is sociale zekerheid steeds meer uitgehold. Mensen die ziek waren geworden van hun werk bleven met lege handen achter en wilden daarvoor claimen. Mede voor die mensen is BBZ opgericht. We hebben preventie in het vaandel, maar we helpen de slachtoffers ook. In Nederland kan dat alleen via een claim. FNV wil een betere collectieve oplossing. Ons voorstel voor een regeling in het sociale stelsel is afgewezen omdat wij in Nederland het *risque professionnel* niet kennen. Dus we stellen nu een directe private verzekering voor met een meer reële bewijslast van de causaliteit. Causaliteit is een probleem, want er is vrijwel nooit volkomen zekerheid dat werk de oorzaak is van de ziekte. Maar je kunt heel goed toetsen of de werkgever heeft voldaan aan de zorgplicht en of de ziekte kan zijn veroorzaakt door de blootstelling.”

Hoe ligt dat in de Lycra-affaire? Had DuPont dat kunnen voorkomen?

Marian: “De reprotoxische eigenschappen van DMAC zijn definitief bekend sinds ongeveer 1980, maar daar gingen natuurlijk jaren aan vooraf. En toch hebben ze jonge vrouwen, in de vruchtbare periode van hun leven, er onbeschermd mee laten werken. Dus ja, ik denk dat DuPont die problemen had kunnen voorkomen. Zo gaat het helaas nog vaak. Huisisolatie met purschuim moet nauwkeurig in de juiste verhoudingen worden gemengd en aangebracht, anders is dat heel giftig. Mensen die dat werk doen moeten door de kruipruimte, doen hun maskers af, staan bloot. Maar dat zijn vrijwel nooit FNV-leden, dus die gevallen zien wij niet De geschiedenis herhaalt zich.”

Voor bedrijfsartsen is beroepsgerelateerde burn-out een lastige diagnose om te stellen. Zien jullie veel casussen daarvan?

Johan: “Burn-out en PTSS komen met enige regelmaat voor, en het is inderdaad lastig om een causaal verband aannemelijk te maken. De richtlijnen van het NCvB zijn verbeterd, en gediversificeerd voor specifieke beroepsziekten, dat helpt enorm. Aan de andere kant neem ik steeds vaker mijn toevlucht tot de erkende naslagwerken, zoals de Hunter. Wat ik daarin vind is vaak beter bruikbaar dan wat je in PubMed vindt, omdat het beter becommentarieerd en in context geplaatst is.”

Vind je dat je met al die voorbereiding voldoende invloed hebt op het oordeel van de rechter?

Johan: “Jawel, maar het blijft een strijd. Er is weinig keus in onafhankelijke deskundigheid in Nederland. We hebben het NCvB en enkele kenniscentra verspreid over het land, meer niet. Neem OPS-zaken; OPS wordt vastgesteld door een solvent-team. Vervolgens ga je procederen. De rechter accepteert het oordeel van dat solvent-team maar zelden, omdat ze ook behandelaar zijn en niet onafhankelijk. Dan moet je die persoon dus motiveren om naar het enige andere solvent-team in Nederland te gaan voor dat onafhankelijke oordeel. De tegenpartij wil dat vaak niet. Dan hakt de kantonrechter de knoop door en haalt er een willekeurige neuroloog bij.”

Marian: “Vergeleken met andere zaken is het nog een luxe dat er überhaupt twee solvent-teams zijn. In de zaak Ozpamuk heeft de Hoge Raad uiteindelijk wel geoordeeld dat het solvent-team moet worden gezien als deskundige. Dat is een goed gemotiveerde uitspraak van de Hoge Raad.”

Hoe bepaalt de rechter wat een deskundige is?

Johan: “Ze laten het eerst aan de partijen over. Dat is ook een strijd. Als die het eindelijk eens zijn over de deskundige dan is er discussie over de vraagstelling. Als je daar niet uitkomt – wat met enige regelmaat gebeurt – dan haalt de kantonrechter er iemand anders bij, zonder overleg met de partijen. En daar moet je het dan mee doen.”

Wat doen jullie aan preventie?

Marian: “In het geval van Smit Draad hebben we zes preventieve maatregelen geëist. Die zijn ook toegewezen, en voor een deel ook al gerealiseerd – hele simpele maatregelen zoals afdekking van de bakken met oplosmiddel, wat al veel eerder had moeten gebeuren. Een ander voorbeeld is Connexxion in Zuidwest-Drenthe. In 2011 kregen de chauffeurs nieuwe busjes en sinds die tijd kregen ze allemaal last van hun bewegingsapparaat – hoofd schouders knie en teen, zeg maar. De arbodienst vond geen overschrijdingen van de normen, maar de mensen hadden wel die klachten. Op een zeker moment is toen onze hulp ingeroepen. Wij wilden niet wachten tot

er iemand uitviel, we wilden preventie. Onze arbodeskundige heeft metingen gedaan; daar volgde advies uit, met een aantal aanpassingen, maar Connexxion wilde daar allemaal niet van horen. Toen zijn we een kort geding gestart. Er zaten toen al een paar mensen ziek thuis. Wij zeiden: als dat zo blijft, dan is Connexxion aansprakelijk. Vervolgens is, met instemming van Connexxion, TNO erbij betrokken. Die heeft de zaak onderzocht en kwam tot dezelfde conclusies als wij, maar gaf een iets ander advies. Het had namelijk inmiddels al zoveel tijd gekost dat de OV-concessie voor die regio aan Connexxion afliep; die busjes zouden sowieso vervangen worden. De rechter heeft ons op alle punten in het gelijk gesteld, maar uiteindelijk geen maatregelen verplicht gesteld. Connexxion heeft gewoon afgewacht, en is ermee weggekomen. Het heeft ze alleen wel veel geld gekost: ze hebben de rechtszaak én het onderzoek door TNO moeten betalen en uiteindelijk hebben ze toch nieuwe busjes gebouwd, waarin het grootste deel van de door ons voorgestelde

aanpassingen was verwerkt. En daarmee reden die chauffeurs vervolgens klachtenvrij. Drie jaar later!”

Wat is jullie boodschap voor onze lezers?

Johan: “Werkgevers hebben er baat bij als ze de gezondheid van de werknemers op een hoog niveau weten te houden. De bedrijfsarts moet de ambassadeur zijn van de gezondheid van de medewerkers, en moet ook de ruimte krijgen van de werkgever. Er zijn veel goede voorbeelden van. Wij zien helaas meestal de misstanden.”

Marian: “We zien dat veel bedrijven die zichzelf afficheren als heel veilig, toch een blinde vlek hebben voor gezondheidsrisico's. Dat geldt zelfs voor de gezondheidszorg! Dat komt mede doordat de effecten van die risico's pas op lange termijn duidelijk worden. Ik heb alle respect voor de integriteit en de professionaliteit van de arts, maar het is een systeemfout dat de bedrijfsarts niet onafhankelijk van de werkgever kan zijn, zolang de werkgever hem moet betalen.”

Een stoffig relaas, of toch niet?

Erik Stigter, Gerda de Groene, Jos Rooijackers

Erik Stigter en Jos Rooijackers zijn werkzaam bij het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen. Gerda de Groene is werkzaam bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.

Silicose is een interstitiële longaandoening veroorzaakt door inhalatie van kristallijne silica, die gepaard gaat met karakteristieke radiologische afwijkingen.^{1,2} In de vorige eeuw sprak deze beroepsziekte in Nederland met name in de mijnbouw tot de verbeelding. Met het sluiten van de laatste steenkoolmijn in 1974 zou men verwachten dat deze aandoening in de vergetelheid zou raken. Bedrijfsartsen moeten er nog steeds alert op zijn. In de bouwnijverheid is beroepsmatige blootstelling aan silica (kwartsstof) mogelijk en blijkt ook gezondheidsrelevant.³ Beroepen met een verhoogd risico zijn o.a. betonboorder, sleuvengraver, natuursteenbewerker en sloper.⁴ De afgelopen jaren zijn bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten 35 meldingen geregistreerd (zie box).

Casus

Een 63-jarige man, ex-roker met een forse rookgeschiedenis (74 pack years) wordt voor aanvullende diagnostiek verwezen naar het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL) met de vraag of er sprake is van een beroeps longaandoening.

De voorgeschiedenis vermeldt sedert begin jaren '90 van de vorige eeuw langzaam toenemende luchtwegklachten, in het bijzonder productieve hoest (groen sputum) en dyspnoe d'effort. Bij pulmonaal (radiologisch) onderzoek in 2005 werden interstitiële longafwijkingen gezien waarbij differentiaal diagnostisch werd gedacht aan silicose of sarcoïdose. Sedert het najaar van 2015 forse progressie van de reeds bestaande luchtwegklachten met bij herhaling van de CT-thorax enige toegenomen afwijkingen, waarbij differentiaal diagnostisch wederom een vorm van pneumoconiose (silicose) wordt overwogen. Revisie van een longbiopt uit de onder- en bovenkwab in maart 2016 toonde uitgebreide nodulaire fibrose, met name verdacht voor silicose. Vanaf januari 2016 verzuimt betrokkene volledig van zijn huidige werk.

Arbeidsanamnestisch komt het volgende naar voren:

1966 - 1978

Diverse werkzaamheden: meelfabriek, melkfabriek, spanningzetter, stratenmaker, schoonmaakwerk in bouwnijverheid, steigerbouw, overslagbedrijf (haven), riolering en kabellegger. Betrokkene droeg nimmer persoonlijke adembescherming en kwalificeert de mate van stofblootstelling in deze periode als laag.

1978 - 1982

Vrijwel niet gewerkt vanwege status na verkeersongeval.

1982 - 1987

Meewerkend voorman tuinonderhoud.

1987 - 1999

Werkzaamheden als betonboorder, werktijden: 40 uur/week. Betrokkene beschrijft een hoge mate van stofblootstelling (men zag elkaar regelmatig vrijwel niet meer staan gedurende de werkzaamheden), tijdens het boren werd onregelmatig met water gewerkt, er was geen sprake van afzuiging en persoonlijke adembescherming werd niet gedragen. Tijdens andere werkzaamheden, zoals sleuven frezen en zagen, werd een wegwerpmasker gedragen indien hijzelf actief aan het werk was, het kwam regelmatig voor dat hij onbeschermd in de nabijheid van een collega verkeerde die soortgelijk werk verrichtte. Het wegwerpmasker werd door betrokkene regelmatig uitgeklopt waarna weer opgezet. Tevens regelmatig en onbeschermd asbestcontact in de vorm van voorzichtig opruimen.

1999 - heden

Tot 2006 aanleggen van riolen en wegen. Vanwege enkelletsel in de periode 2006-2007 onderhoud van straten. Na doorlopen revalidatie bij status na myocardinfarct klein reparatiewerk van straten en wegen. Sedert de zomer van 2015 vanwege wegvallen van werk, schuurwerkzaamheden aan o.a. containers, boten en trailers. Tot de zomer van 2015 geen gebruik van persoonlijke adembescherming, sindsdien gebruik van een halfgelaatsmasker met gebruik van filterbussen.

Psychosociaal: geen hobby's met relevante blootstelling aan kwartsstof, nooit woonachtig geweest in de nabijheid van een industrieterrein.

Bij revisie van de beschikbare CT-scans (radiologie, UMC Utrecht) wordt een longbeeld gezien passend bij silicose², daarbij geen asbestgerelateerde afwijkingen. Bij arbeidshygiënische analyse van de blootstelling komt voor wat betreft de periode 1987 - 1999 langdurige, substantiële en onbeschermde blootstelling aan o.a. (kwarts)stof naar voren. Op basis van het predictiemodel van Suarathana et al. is gezien de huidige leeftijd van betrokkene (> 40 jr), de rookgeschiedenis, het toenmalig beroep van betonboorder en de gerapporteerde gezondheidsklachten, het risico op silicose theoretisch verhoogd.⁴

Melding beroepsziekte

De bedrijfsarts van betrokkene is door NKAL attent gemaakt op het gegeven dat het dossier in aanmerking komt voor een melding als beroepsziekte.

1. Vaststellen van de aandoening/ziekte

Silicose is een interstitiële longaandoening, veroorzaakt door inhalatie van kristallijne silica.

2. Vaststellen van de relatie met het werk

Silicose is een mondiaal erkende, beroepsziekte, veroorzaakt door blootstelling aan kristallijne silica (kwartsstof). Er is bij patiënt sprake geweest van onbeschermde blootstelling aan kwartsstof gedurende zijn werkzaamheden als betonboorder.

Meldingen van Silicose bij het NCvB 2011 - 2016

Totaal: 35, allen man

Beroepen: Bouw en industrie

Gespecificeerd: 10 betonboorders/-zagers; 3 metselaars; 3 slopers; 2 stucadoors; 2 schilders; 7 divers en 8 niet gespecificeerd.

Leeftijden:

< 41 jaar	3
41 – 45 jaar	7
46 – 50 jaar	2
51 – 55 jaar	3
56 – 60 jaar	15
61 – 65 jaar	5

3. Vaststellen van de aard en het niveau van de oorzakelijke blootstelling

Er is gedurende de periode 1987-1999 vrijwel zeker sprake geweest van langdurige, substantiële en onbeschermde blootstelling aan kwartsstof. Op basis van het predictiemodel van Suarathana et al. is het risico op silicose verhoogd.

4. Nagaan van andere mogelijke verklaringen en de rol van individuele gevoeligheid

Neen

5. Concluderen en melden

Beschouwend voldoet het dossier aan een beeld passend bij silicose als gevolg van beroepsmatige blootstelling aan kwartsstof, CAS-code: R610.

6. Preventieve maatregelen en interventies inzetten en evalueren

Beroepsmatige blootstelling aan silica dient vanuit secundair preventief oogpunt volledig en onvoorwaardelijk te worden vermeden. Betrokkene is niet meer werkzaam als betonboorder.

Voor wat betreft de *huidige werkplek* is primair arbeidshygiënische evaluatie van de blootstelling aangewezen. Indien nodig dienen eerst (aanvullende) beheersmaatregelen (algemeen, individueel) te worden genomen, gevolgd door controle. Persoonsgebonden metingen moeten worden overwogen om zekerheid te krijgen omtrent de mate van blootstelling. Herstel wordt ontraden indien bovenstaande beheersmaatregelen onvoldoende effect hebben op de blootstelling.

Controle: Op grond van het natuurlijk beloop van silicose dient herhaling van het CT-scanonderzoek van de thorax na 5 jaar plaats te vinden.

Literatuur

1. Raymond LW, Wintermeyer S. ACOEM evidence-based statement. Medical surveillance of workers exposed to crystalline silica. J Occ Environ Med 2006; 48: 95-101.
2. Mets OM, Rooyackers J, van Amelsvoort-van de Vorst S, Mali WP, Jong PA de, Prokop M. Increased Micronodule Counts Are More Common in Occupationally Silica Dust-Exposed Smokers Than in Control Smokers. J Occup Environ Med. 2012 Apr 17. [Epub ahead of print].
3. Rooijackers JM, Stigter H, Niederer M, Jong P de, Aalders B, Geurtselaar A van, Heederik D. Silicosis in Dutch construction workers. Abstract Number: 853395. ERS 2016, Londen.
4. Suarathana E, Moons KG, Heederik D, Meijer E. A simple diagnostic model for ruling out pneumoconiosis among construction workers. Occup Environ Med 2007; 64: 595-601.

Projectplan ontwikkeling model Evaluatie Individueel Functioneren verzekeringsartsen gereed

Verzekeringsartsen die zich willen herregistreren moeten vanaf 1 januari 2020 kunnen aantonen dat zij hebben deelgenomen aan regelmatige evaluatie van het individueel functioneren. Ook moet daarbij gekeken worden naar het functioneren van de groep waarbinnen zij werken. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) zal dit gaan toetsen door een (kwaliteits)visite. De wetenschappelijke verenigingen moeten hiervoor een model ontwikkelen met daaraan gekoppeld een normenkader en een set van basiseisen voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Daarom is in april 2015 een werkgroep van NVVG en GAV gestart. Het model dat de werkgroep voor ogen heeft zal geschikt zijn voor zowel verzekeringsartsen in de publieke sector als verzekeringsartsen in de private sector. In het model zal gebruik worden gemaakt van dezelfde begrippen en instrumenten als die in de beroepsopleiding worden gehanteerd. Daarbij wordt uitgegaan van het principe 'een leven lang leren'. Projectplan ontwikkeling model Evaluatie Individueel Functioneren gereed: <http://www.nvvg.nl/index.php/320-projectplan-ontwikkeling-model-evaluatie-individueel-functioneren-gereed>.

Bron: NVVG

Moeten artsen terreurplannen melden?

In navolging van Duitsland, bekijkt ook de Nederlandse regering of de regels voor het medisch beroepsgeheim van artsen aangepast moeten worden bij mogelijke terreurplannen van patiënten. Dat zei minister Van der Steur van Veiligheid en Justitie voor aanvang van de wekelijkse ministerraad op 12 augustus. De Duitse regering lanceerde op 11 augustus een pakket nieuwe veiligheidsmaatregelen. Minister De Maizière (CDU) wil onder meer dat artsen verplicht worden te waarschuwen als ze vermoeden dat iemand een misdrijf wil plegen. Zover moeten we het in Nederland niet laten komen, vindt de KNMG. Hier is bij wet geregeld dat het beroepsgeheim in uitzonderlijke gevallen en onder strenge voorwaarden mag worden doorbroken. Dat geldt ook bij angst voor een mogelijke aanslag door een patiënt. Er moet dan, naar het oordeel van de arts, een reële dreiging bestaan dat deze patiënt ernstige schade zal toebrengen aan een ander of aan zichzelf. Het uiten van bepaalde gewelddadige ideeën zal daarvoor waarschijnlijk onvoldoende zijn. Nieuwsbericht KNMG, 11 augustus 2016: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/is-mijn-patient-een-terrorist.htm>.

Richtlijn omgaan met medische gegevens

De KNMG heeft haar richtlijn Omgaan met medische gegevens geactualiseerd. Recente wetgeving en jurisprudentie is verwerkt. Zo is rekening gehouden met de inwerkingtreding van de Wkkgz, de komst van de Jeugdwet en het gebruik van WhatsApp. De richtlijn staat online: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.

Verzekeringsarts schendt als supervisor beroepsgeheim

Een verzekeringsarts krijgt een waarschuwing omdat hij als supervisor de niet-medische Rapportage Ziektewet van de primaire arts had gecontrasigneerd. Deze rapportage bevatte medische gegevens, waarvoor klager geen toestemming had verleend. Voor de arts geldt de geheimhoudingsplicht. Het rapport is bedoeld voor overdracht van gegevens aan niet-medici, belast met de uitvoering van in dit geval de Ziektewet, hier de arbeidsdeskundige. Daarvoor was in dit geval de medische aanduiding van de klachten van klager niet noodzakelijk.

RTG 's-Gravenhage 30 augustus 2016, nr. 2015/202, ECLI:N-L:TGZRSGR:2016:104.

Verslaafde werknemer mag tijdens ziekteperiode niet worden ontslagen

Een werkgever verzoekt de rechter om ontbinding van de arbeidsovereenkomst met een cocaïne- en crackverslaafde werknemer, die nog geen twee jaren ziek is en inmiddels drie vergeefse afkickpogingen heeft gedaan. De werknemer beroept zich op het opzegverbod tijdens ziekte van artikel 7:670 lid 1 BW. Verslaving is ziekte. Er is een zodanig verband tussen enerzijds de ziekte en arbeidsongeschiktheid van de werknemer en anderzijds de door werkgever ter onderbouwing van de gestelde ontslaggronden aangevoerde feiten en omstandigheden, dat voor een ontbinding van de arbeidsovereenkomst voorshands geen plaats is. Ontbinding is niet in het belang van werknemer.

Rb. Midden-Nederland 20 september 2016, ECLI:NL:RBM-NE:2016:5054.



Kwaliteitsbureau
NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

(030) 2040620

nvab@nvab-online.nl

www.nvab-online.nl

Bedrijfsarts worden. Het betere werk!

De campagne 'Bedrijfsarts worden. Het betere werk!' is op 10 oktober van start gegaan. De campagne heeft als doel om de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts te vergroten en laat studenten, basisartsen en zij-instromers zien wat het beroep te bieden heeft. Tien ambassadeurs vertellen tien weken lang over hun beroepskeuze en over hun werk als bedrijfsarts.

De tien ambassadeurs zijn een mix van artsen in opleiding en geregistreerde bedrijfsartsen. Zij laten op meerdere manieren van zich laten horen en zien. Dat doen ze via onder andere blogs, vlogs en reportages, te volgen via www.bedrijfsartsworden.nl, maar ook via kanalen zoals Instagram, Facebook en LinkedIn. Ook maken de artsen tijd vrij voor meeloopdagen, kennismakingsgesprekken, voorlichting aan studieverenigingen en gastcolleges.

De campagne is een gezamenlijk initiatief van de NVAB, de brancheorganisaties KOM en OVAL, de opleidingsinstituten NSPOH en SGBO, en het ministerie van SZW.

Bedrijfsarts en medische gegevens

Dinsdag 4 oktober heeft de Eerste Kamer ingestemd met het wetsvoorstel over het digitaal inzien van het patiëntendossier.

Minister Schippers heeft in interviews (o.a. bij Radio 1) over het wetsvoorstel gemeld dat bedrijfsartsen geen toegang hebben tot het elektronisch patiëntendossier en een sanctie krijgen als ze dat wel doen. De NVAB betreurt het dat uit de berichtgeving het beeld naar voren kwam dat bedrijfsartsen niet zorgvuldig met medische informatie omgaan en daarom een bijzondere positie krijgen bij deze wet. De NVAB heeft hierover een brief geschreven aan minister Schippers.

Bedrijfsartsen werken volgens de wet- en regelgeving en vragen alleen met toestemming van de patiënt medische informatie op bij zorgverleners. Op deze manier werken zij zorgvuldig samen met zorgverleners en is de patiënt/werkende betrokken bij de uitwisseling van gegevens.

Meer informatie vindt u op onze website.

Richtlijn Depressie en publiekscampagne VWS

Op de dag dat VWS startte met een campagne over depressie, publiceerde de NVAB de Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. De richtlijn is gezamenlijk ontwikkeld door NVAB, NVVG en GAV en doet aanbevelingen over de preventie, diagnostiek en interventies bij werkenden met een depressie. Bedrijfs- en verzekeringsartsen kunnen de aanbevelingen in de praktijk toepassen voor optimale zorg voor en begeleiding van werkenden met een depressie.

van de verenigingen

U vindt de richtlijn en het achtergronddocument op www.nvab-online.nl/content/depressie.

De brede publiekscampagne van VWS heeft als doel om de drempel te verlagen om over depressie te praten. Mensen die kampen met een (ernstige) depressie hebben te maken met onbegrip, vooroordelen, discriminatie en uitsluiting. Dat belemmert herstel en kan positieve gevolgen van de behandeling tenietdoen. De publiekscampagne is bedoeld om kennis te vergroten en het taboe rondom depressie te doorbreken. Als mensen meer kennis hebben over het ziektebeeld van een depressie draagt dat bij aan vroegsignalering, een effectievere behandeling en acceptatie in de samenleving.

Feiten en cijfers

- In Nederland krijgt bijna 20% van de volwassenen (18-64 jaar) ooit in het leven te maken met een depressie.
- In de periode van één jaar geldt dat voor ongeveer 5% van de volwassenen.
- In absolute aantallen maken zo'n 546.500 volwassenen per jaar een depressieve episode door.
- Inclusief jongeren en ouderen hebben naar schatting bijna 800.000 mensen een stemmingsstoornis.
- Circa 13% van de Nederlandse moeders krijgt te maken met een postpartum depressie, die tot 12 maanden na de geboorte kan ontstaan.
- Van de kinderen met depressieve ouders ontwikkelt 40% een depressie voor het 18e jaar.
- De economische kosten (zorg en arbeidsproductiviteit) van depressie worden (conservatief) geschat op 1,5 miljard euro.

Voor de publiekscampagne is ook een website ontwikkeld: www.omgaanmetdepressie.nl.

NVAB-ledenbijeenkomst over fundamenteen en vernieuwing

Op 19 september organiseerde de NVAB een ledenbijeenkomst om te discussiëren over vier belangrijke onderwerpen. Er werd actief en enthousiast deelgenomen en de leden gaven eerst hun mening over twee onderdelen van het conceptdocument Visie, Missie & Strategie.

Moreel fundament en randvoorwaarden

Na een inleiding van Peter van Weenum (voorzitter CBE, Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek) spraken we over de onderlinge samenhang tussen moreel fundament en kernwaarden in onze Visie, Missie & Strategie. Ook over de randvoorwaarden voor goede bedrijfsgeneeskundige zorg werd in een levendig gesprek input gegeven voor verder uitwerking. Wellicht groeit dit uit tot een NVAB-standpunt contractering bedrijfsgeneeskundige zorg.

Naast deze fundamenten voor ons vak stonden ook twee vernieuwingen op de agenda.

1. Landelijk opleidingsplan voor bedrijfsartsen.

De aanwezigen complimenteerden de Commissie Opleiding en Scholing met het nieuwe Landelijk Opleidingsplan voor bedrijfsartsen (LOP). Ze vroegen om extra support voor de praktijkopleiders bij de implementatie. Het nieuwe LOP is voor commentaar naar alle NVAB-commissies en -werkgroepen gestuurd en staat op de agenda van de ledenvergadering op 3 november aanstaande.

2. KNMG-visie over arbeidsgerichte medische zorg.

De ledenbijeenkomst eindigde met een discussie over de KNMG-visie over arbeidsgerichte medische zorg. De deelnemers omarmen de uitgangspunten van de KNMG-visie en zijn enthousiast dat de

KNMG de (verbetering van) arbocuratieve samenwerking op deze manier uitdraagt. Een bedrijfsarts in de eerste lijn kan de toegankelijkheid van en de samenwerking bij arbeidsgerichte medische zorg verbeteren.

Marjolein Bastiaanssen, projectleider NVAB

Agenda

9 december	Symposium 'De sociaal-geneeskundig specialist 2020' tijdens MMV-congres 2016, Congrescentrum NBC, Nieuwegein, 09:30 - 17:30 u
5 april 2017	Voorjaarsledenvergadering
8 en 9 juni 2017	62ste BG-dagen



Ledenvergadering

Onze vereniging heeft zoals bekend tweemaal per jaar een ledenvergadering. De najaarsledenvergadering vond plaats op 13 oktober jl. te Almere. Tijdens de vergadering – met overigens een enigszins teleurstellende opkomst – heeft het bestuur de ontwikkelingen van de voorbije periode toegelicht. De penningmeester heeft verslag uitgebracht over het lopende jaar en de begroting voor 2017 gepresenteerd. Tevens werd vanuit de verschillende commissies die de NVVG kent, verslag gedaan van hun werkzaamheden. We namen afscheid van een bestuurslid en konden gelukkig ook twee nieuwe bestuursleden installeren, zie ook hierna. De directeur van de NVVG lichtte ons voor over de recente ontwikkelingen binnen de KNMG, het onderzoeksprogramma Instituut GAK en tot slot gaf zij een verslag van de vorderingen in de stuurgroep Evaluatie Individueel Functioneren (EIF). Dat laatste raakt ons allen, zodat ik er hierna nog op terugkom.

Lezing

Na de vergadering volgde het wetenschappelijk deel, ditmaal verzorgd door dr. Roeland Dietvorst. Zijn lezing ging over het primitieve brein (reptielenbrein) dat ondanks miljoenen jaren evolutie ongewijzigd in onze hersenen aanwezig is en ons gedrag in belangrijke mate bepaalt en stuurt. Of je iemand iets toevertrouwt, hem of haar competent vindt, wordt in een fractie van een seconde bepaald. Zo voorspelde de zaal uitkomsten van willekeurige verkiezingen waarvan de kandidaten slechts een fractie van een seconde werden getoond, met grote nauwkeurigheid. Ogenschijnlijk triviale details als het wel of niet aanwezig zijn van een klein merklogo op een polo, kunnen leiden tot een verdubbeling van de

opbrengst bij een collecte. En als u bij een volgende grote aankoop geconfronteerd wordt met een verkoper die uw gebaren overneemt, weet dan dat het een trucje is om uw reptielenbrein aan te spreken en u tot een aankoop te verleiden. Kortom, het was een prikkelende lezing die de zaal achterliet met de vraag of onze beoordelingen wel de objectiviteit hebben die we er zelf aan toekennen.

Bestuurswisselingen

Tijdens de najaarsledenvergadering werd afscheid genomen van Deha Erdogan. Maud Boiten sprak hem namens het bestuur toe en dankte Deha voor zijn inzet in de voorbije jaren. Daarbij refereerde ze aan het kritische en soms ook verrassende denken van Deha. Als nieuwe bestuursleden werden Kevin de Decker en Leo van der Beek geïnstalleerd. Kevin heeft vanaf begin dit jaar als aspirant-lid deelgenomen aan de vergaderingen en het bestuur is erg blij met zijn definitieve lidmaatschap. Kevin zal zich mede gaan richten op 'binden en boeien' van de jonge collega's. Leo was eerder lid van het bestuur en heeft zich in de voorbije jaren o.a. beziggehouden met taken rondom opleiding. Met die bagage is hij een welkome aanvulling van het bestuur. Er is overigens nog zeker plaats voor actieve leden, zowel voor bestuurs- als commissietaken.

Evaluatie Individueel Functioneren (EIF)

Recent, namelijk bij brief van 3 oktober 2016, bent u als geregistreerd verzekeringsarts door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS) geïnformeerd over de gewijzigde herregistratie-eisen. Onderdeel van die eisen is een verplichte evaluatie van het individueel functioneren. Dit treedt per 1 januari 2020 in

Secretariaatsbureau
NVVG
Domus Medica
Postbus 24095
3502 MB Utrecht

(030) 6868764
secretariaat@nvvg.nl
www.nvvg.nl

werking. De tussenliggende tijd is hard nodig om deze evaluatie in te richten (welke instrumenten, welke eisen, hoe wordt getoetst etc.). Vanuit de stuurgroep EIF wordt nu een werkgroep ingericht om een en ander nader vorm te geven. In beginsel zullen de bestaande groepen voor onderliggende toetsing/intercollegiale toetsing een centrale rol gaan spelen in de evaluatie van het individueel functioneren, maar dat zal voor de meeste groepen een belangrijke slag in professionaliteit inhouden. Dit onderwerp zal de komende jaren ongetwijfeld in deze rubriek terugkomen.

Tuchtzaak medische informatie

Recent heeft een uitspraak van een regionaal tuchtcollege stof doen opwaaien onder verzekeringsartsen. De vraag is of dit wel terecht is.

Het volgende was het geval. Een arts van UWV beoordeelt iemand in het kader van de Ziektewet en legt de resultaten daarvan vast in een medisch en niet-medisch rapport. Dit laatste rapport is bedoeld voor de arbeidsdeskundige. Hij moet aan de hand van de door de arts vermelde beperkingen vaststellen of iemand ongeschikt is voor zijn werk en zo ja, of er passende functies te duiden zijn.

In het niet-medisch rapport heeft de arts aangegeven dat betrokkene zich arbeidsongeschikt had gemeld met hartklachten, dat hij een ingreep onderging en daarna een revalidatietraject volgde. Deze passage, in het bijzonder de vermelding 'hartklachten' bevat naar het oordeel van het College medisch informatie. Het lijkt mij dat die opvatting niet weerlegd kan worden. Vervolgens geeft het College aan dat de arts een wettelijk geregelde geheimhoudingsplicht heeft (geregeld in o.a. Burgerlijk Wetboek en de wet BIG). Art. 74 van de Wet structuur uitvoeringsorgaan werk en inkomen (wet SUWI) verbiedt het de arts om meer informatie bekend te maken dan voor uitvoering van de wet noodzakelijk is, dan wel op grond van die wet is voorgeschreven of toegestaan. In dat licht bezien is de arts met bovenstaande passage verder gegaan dan wettelijk toegestaan. De arts had kunnen

volstaan met de vermelding dat betrokkene lijdt aan een aandoening met energetische beperkingen als gevolg daarvan. Zou het om de een of andere reden voor de arbeidskundige beoordeling wel absoluut noodzakelijk zijn geweest om de achtergrond van de beperkingen te weten, dan had dit in het licht van het voorgaande wel blootgegeven mogen worden, maar dan met een voldoende verantwoorde en binnen het geschetste wettelijk kader passende motivering. Het zal duidelijk zijn dat er met die motiveringsvereisten niet veel medische informatie in het niet-medisch rapport terecht zal kunnen komen.

Overigens kwam de arts er zonder maatregel af. Dat gold niet voor haar supervisor die het rapport van de arts voorzag van een contraseign en daarmee – wees daarvan bewust! – ook tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor de rapportage werd. Bij het opleggen van de maatregel (waarschuwing) heeft het tuchtcollege gewezen op de eindverantwoordelijkheid van de verzekeringsarts maar ook het op feit dat hij tijdens de zitting geen blijk gaf van het onjuiste van zijn handelen.

Alles overziend is het geen baanbrekende uitspraak, maar wel een uitspraak die een aantal zaken nog eens duidelijk maakt. Ten eerste betreft dat het gegeven dat medisch informatie slechts proportioneel en met een bepaald doel bekend gemaakt mag worden. Voor de duidelijkheid geef ik aan dat het niet aan de werkgever of opdrachtgever is om aan te geven wat de grenzen daarvan zijn; dat is ter beoordeling aan de arts zelf. Ten tweede betreft dat de vaststelling dat een supervisor de eindverantwoordelijkheid heeft voor het rapport van degene die hij superviseert en daarvoor tuchtrechtelijk aangesproken kan worden. Ten derde volgt uit de uitspraak dat een zelfkritische houding tijdens de zitting een positieve invloed kan hebben voor de strafmaat.

Hans de Brouwer, secretaris

Agenda

16 november TBV congres

Inzenden kopij

Lever uw kopij aan via www.editorialmanager.com/tbv/. Geef in uw aanbiedingsbrief aan voor welke rubriek uw bijdrage is bedoeld, wat volgens u de relevantie van uw artikel is voor de lezersgroep, en sluit eventuele toestemmingen en verklaringen bij. Zie voor dit laatste ook onder 'Algemeen'. Vermeld duidelijk uw naam, titel, tabellen en correspondentieadres, alsmede de titel, tabellen, figuren en literatuurlijst. Lever bij een artikel voor de rubriek Onderzoek, Opinie of Voor de Praktijk twee tot maximaal vijf aandachtspunten aan en minimaal drie trefwoorden.

Rubriek Onderzoek

Beperk het aantal woorden tot maximaal 3000, inclusief literatuurverwijzingen en noten, exclusief figuren, tabellen en grafieken. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 20. De samenvatting omvat maximaal 150 woorden. Dit geldt ook voor de Engelstalige *summary*.

Rubrieken Opinie en Voor de Praktijk

Beperk het aantal woorden tot maximaal 2000, inclusief literatuurverwijzingen en noten. Beperk het aantal literatuurverwijzingen tot maximaal 10. Een eventuele samenvatting omvat maximaal 100 woorden. In de rubriek 'Voor de Praktijk' (ook maximaal 2000 woorden) worden onderwerpen opgenomen die van belang zijn voor het dagelijks handelen in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsarts, voor zover deze handelwijzen nog niet als algemene uitvoeringspraktijk zijn geaccepteerd. Als basiseis geldt dat de voorgestane praktijkvoering deugdelijk is beargumenteerd.

Overige rubrieken

De maximum-omvang van artikelen in de overige rubrieken is als volgt: Zeepkist 1200 woorden; Onderzoek in het kort 600 woorden; Signaal 700 woorden (of 500 woorden plus één tabel of figuur); Referaat 600 woorden; Column 600 woorden; Arts en Wet 1500 woorden; Casus/klinische arbeidsgeneeskunde 2000 woorden; Interview 3000 woorden; Voor U Gelezen 300 woorden; Boekbespreking 350 woorden; Proefschriftbespreking 700 woorden; Congresverslag 600 woorden; Richtlijnen 1200 woorden; Commentaar 1200 woorden; Historie 2000 woorden; Praktijkperikel 300 woorden; Lezersforum 350 woorden.

Tabellen, grafieken, figuren en foto's

Maak in uw kopij zoveel mogelijk gebruik van deze visuele ondersteuning. Tabellen, grafieken en figuren moeten los van de tekst leesbaar en begrijpelijk zijn. Geef in uw tekst duidelijk aan waar tabellen, grafieken, figuren en foto's moeten worden geplaatst. Zet de tabellen en grafieken op een apart blad. Geef elke tabel en grafiek een eigen titel (zo kort mogelijk). Houd bij een getekende grafiek rekening met een aanzienlijke verkleining in het tijdschrift. Geef foto's een zo kort mogelijk onderschrift. Lever figuren en foto's aan in minimaal 300 dpi.

Literatuurlijst

Hanteer voor de literatuurverwijzingen de Vancouverstijl. Elke verwijzing krijgt een apart nummer en een nieuwe regel. De opbouw van de literatuurverwijzing is als volgt. Nummer. Namen en voorletters van alle auteurs (bij meer dan vier auteurs alleen de eerste drie, daarna 'et

al.'). Volledige titel. Naam van het tijdschrift in de standaardafkorting. Jaartal; deel(volume)nummer: eerste en laatste pagina. Als u meermalen naar dezelfde bron verwijst, telt de eerste verwijzing.

Algemeen

Door inzending verklaart een auteur dat hij het recht van publicatie aan het tijdschrift overdraagt. Wordt zijn kopij afgewezen, dan valt dit recht weer aan hem terug. De auteur staat ervoor in dat de ingezonden kopij niet elders is aangeboden, geaccepteerd of gepubliceerd, en dat deze tot het moment van publicatie of afwijzing niet elders wordt aangeboden. Tevens garandeert hij dat van gepubliceerd materiaal (tekst, grafieken, foto's) in de kopij, de betreffende personen/auteurs hem daartoe toestemming hebben verleend. De auteur verklaart zich bij inzending akkoord met redactionele beoordeling en bewerking door het tijdschrift. De redactie heeft het recht kopij redactioneel te bewerken of te laten bewerken. De auteur dient te vermelden of er belangenconflicten zijn (financiële of andere); dit dient bij voorkeur al bij de aanbidding van het artikel te worden vermeld. De auteur dient te verklaren wie het onderzoek en/of de publicatie heeft gefinancierd. Bij gesubsidieerd onderzoek dient de auteur een verklaring af te leggen over de onafhankelijkheid van de auteurs bij het onderzoek, de analyse en het schrijven van het artikel. De criteria die de TBV-redactie hanteert om de ingezonden kopij voor de diverse rubrieken te beoordelen zijn uitvoerig beschreven in het Handboek TBV, laatste editie november 2013. Hier vindt u ook een hoofdstuk over taalgebruik, stijl en spelling. Auteurs kunnen het Handboek TBV online raadplegen via www.tbv-online.nl.

tbv

Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde wordt uitgegeven onder auspiciën van de Stichting tot Bevordering der Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, met medewerking van de NVVG en de NVAB.

Redactie

W.C. (Wim) Otto (UWV Amsterdam) (hoofredacteur) / B. (Bas) Sorgdrager (NCvB, UMCG) (plv. hoofredacteur) / J. (José) Huijden (BSL) (redactiesecretaris) / J.H. (Jurjen) Breddijk (Diatriba Vinkeveen) / C.A.W.M. (Kees) Hertog (MaetisArдын, Arnhem) / F.H.G. (Frans) Marcelissen (Digipsy Leende) / K. (Katrien) Mortelmans (KaMoCo Antwerpen) / S.P.A. (Saskia) Wolfensberger (UWV Amsterdam)

Vaste medewerkers

R.J. (Rolf) Blijleven / I.F.D. (Ingeborg) van den Bold / L.R. (Bert) Cornelius (KCVG/UMCG Groningen) / C.P.J. (Cees) Everaert (Arbo Unie Arnhem) / F.H.W. (Frank) Jungbauer (Rijksuniversiteit Groningen) / S. (Simon) Knepper, Laren / R.G.P.M. (Rulanda) van Krussbergen (Arbo Unie Almelo) / C. (Charles) Lemmers (UWV) / H.S. (Harald) Miedema (NVKA: Hogeschool Rotterdam) / K. (Karolien) van Nunen (Universiteit Antwerpen) / G.G. (Bertus) Robeer (NVKA) / P.B.A. (Paul) Smits (AMC Amsterdam) / A.I.F. (Alfons) Vernooy / R.G.J. (Richard) van der Voort (UWV Rotterdam) / A.N.H. (André) Weel (Yellow Factory, Leusden) / P. (Pascal) Willems (Willems & Van Ommeren advocaten) / J.A.G. (Sjef) Wijnen (UWV Eindhoven) / F. (Feico) Zwerwer (UWV)

Adviesraad

A.J. (Allard) van der Beek (EMGO Instituut, VUmc Amsterdam) / J.R.M. (Juriaan) Blekemolen (NVAB, Utrecht) / L. (Lutgart) Braeckman (VWVA, Gent) / S. (Sandra) Brouwer (UMCG Groningen) / M. (Marc) Du Bois (WVU Leuven) / D. (Deha) Erdogan (NVVG, Utrecht) / M. (Murat) Gök (NVVG Utrecht) / (Gert) van der Laan (NCvB Amsterdam) / T. (Taeke) Pal (NVKA, Lelystad) / H.N. (Nico) Plomp (VUmc, Amsterdam) / J.G.M. (Jan) Schreurs (Stuurgroep Participatie en Gezondheid ZonMw Den Haag) / B. (Bernard) Starink (Oud-voorzitter NVVG en SBBV Buren) / C. (Cees) van Vliet (NVAB, Utrecht) / C.V. (Tinka) van Vuuren (Loyalis Kennis en Consult, Open Universiteit Nederland) / P.B. (Peter) Wulp (Arbeidsinspectie, Utrecht)

Dagelijks bestuur SBBV

P.E. (Pieter) Rodenburg, voorzitter (Arbo Unie Maastricht) / G.L. (Gerard) Hissink Muller, secretaris (ArboNed Amsterdam) / R.H.C.J. (Ronald) Mentink, penningmeester (Zicht op BETER Geldrop)

Redactiesecretariaat

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten, t.a.v. Jose Huijden, tel: 030 – 638 3924, TBVredactie@bsl.nl

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media, Lydia Nieuwendijk, tel: 030 – 638 3782; www.bsl.nl

Basisontwerp/vormgeving

Frederik Helfrich, Deventer

Advertenties

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel: 030 – 638 3603
Aanleveren van advertentiemateriaal kan via traffic@bsl.nl,
Sophie van Asperen, tel: 030 – 638 3714

Abonnementen

TBV verschijnt 10 keer per jaar. Abonnementprijs: (print + online toegang) € 144,00. Online-only abonnement (enkel online toegang) € 86,40. Studenten ontvangen 50% korting. Voor leden van de NVVG en NVAB geldt een ledenprijs; leden hebben gratis toegang tot TBV Online

Plus en daarmee online toegang tot de tijdschriften Jeugdgezondheidszorg (JGZ), Bijblijven en Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG) en ook tot geaccrediteerde e-learning modules.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030 – 638 3736. Bij wijziging van de tennaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact. Leden van NVAB, NVVG en WVV gelieve adreswijzigingen, aanmeldingen en opzeggingen door te geven aan het secretariaat van deze vereniging.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden. Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

www.bsl.nl

© 2016, Bohn Stafleu van Loghum



**Bohn
Stafleu
van Loghum**

mvw
media voor vak
& wetenschap

ISSN 0929-600X

14^e TBV CONGRES

PROGNOSE:

Glazen bol of wetenschappelijk onderbouwde voorspelling?

De waarde van prognosestelling voor bedrijfs- en verzekeringsartsen

Woensdag 16 november 2016

Van der Valk Hotel Veenendaal

"In 2002 kreeg ik te horen dat ik een aandoening heb waardoor ik statistisch gezien nog 10 jaar te leven had. Dat was in 2002. Nu ben ik aan het rekenen geslagen en zo ben ik er achter gekomen dat statistisch gezien de kans dat ik 90 word aanmerkelijk groter is dan de kans dat ik nu al 3 jaar dood ben. Dat komt niet omdat de statistieken niet kloppen maar de medische wetenschap heeft in die 13 jaar bepaald niet stilgezeten."

Zo sprak Herman Finkers op de oudejaarsconferentie van 2015. En hij maakte een diepe buiging voor de medische wetenschap.....

Deze dag krijgt u antwoord op de vragen

- Welke bronnen zijn er waarop u zich kunt baseren zodat u een gefundeerd advies kunt geven?
- Is het gebruik van richtlijnen handig voor de opmaak van een duurzaam re-integratie advies?
- Evidence-based medicine als uitgangspunt: hoe begint u eraan?
- Stel dat uw prognose-inschatting onjuist blijkt: wat zijn dan de juridische consequenties?



Bohn
Stafleu
van Loghum

Inschrijven? Ga naar www.tbvcongres.nl

Overgangsklachten en kwaliteit van leven



Donderdag 8 december 2016, 20.30 - 22.00 uur

Tijdens deze interactieve uitzending wordt de impact van de overgang en haar symptomen op het dagelijks functioneren van de vrouw besproken en welke gevolgen dit heeft op het functioneren op de werkvloer.

Onderwerpen

- Ontstaan menopauze klachten
- Prevalentie menopauze klachten
- Ziekteverzuim door menopauze klachten
- Behandeling menopauze klachten

Kortom: een web-tv die u niet mag missen!

Voor wie?

Huisartsen, gynaecologen, bedrijfsartsen en overgangsverpleegkundigen.

Sprekers

- M. (Mariëlle) van Aalst, bedrijfsarts, Drachten
- Dr. H. (Henk) Oosterhof, gynaecoloog, Nij Smellinghe ziekenhuis, Drachten
- Dr. C.J. (Kees) Vos, huisarts, Spijkenisse
- Tom van 't Hek, voormalig huisarts (moderator)

Accreditatie

Accreditatie wordt voor 2 punten aangevraagd bij ABC1, NVOG, AbSg en V&VN.

Deze uitzending wordt mede mogelijk gemaakt door:

