

tbv

8

Jaargang 24
oktober 2016

Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde

SPECIAL

Deskundigenoordeel

INTERVIEW

Over betrouwbaar en valide belastbaarheids-
instrumentarium

PROEFSCHRIFT

Bedrijfsarts manoeuvreert op het scherpst van de snede

UITSPRAKEN TUCHTCOLLEGE

Ziek van wifi?

www.tbv-online.nl

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

We teach...



EFFECTIEF OMGAAN MET ARBEIDSCONFLICTEN BIJ ARBO- EN VERZUIMBEGELEIDING

9 november 2016, Utrecht

SPOEDEISENDE HULP EN AED IN BEDRIJF

9 november 2016, Zwolle

ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN EN WETGEVING

11 november 2016, Utrecht

EMDR IN DE SOCIAAL GENEESKUNDIGE PRAKTIJK

14 november 2016, Utrecht

LEER UZELF BETER KENNEN VIA MBTI

14 en 21 november 2016, Amersfoort

TRAINING MOTIVEREND RE-INTEGREREN

14 en 28 november 2016, Utrecht

HOREN EN GEHOORD WORDEN

15 november 2016, St. Michielsgestel

WERKEN MET ADHD

16 november 2016, Utrecht

HART EN WERK

29 november 2016, Utrecht

NIEUW

TRANSITIE VAN JEUGDGEZONDHEIDSZORG NAAR BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG

Topclass Arbeid en Gezondheid
12 december 2016, Amsterdam

...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.



Wist u dat... Een hoorapparaat vaak niet voldoende is?

Vergaderen en telefoneren blijven vaak moeilijk voor slechthorenden, ondanks goed ingestelde hoorapparaten. Afstand tot de spreker en omgevingslawaaï hinderen het spraakverstaan enorm. Deze werknemers zijn vaker (en langer) ziek en hebben bovendien vaker een burn-out*. Gelukkig zijn er goede aanvullende hulpmiddelen zoals een speciale conferentiemicrofoon. Bovendien wordt dit vaak volledig vergoed vanuit de basisverzekering! Phonak verzorgt het hele traject voor werkplekaanpassingen, inclusief afhandeling zorgverzekeraar.

Kijk op www.werkenhoren.nl



PHONAK
life is on

* Bron: www.hoorstichting.nl

Hoofdredactioneel

Wim Otto



Begin dit jaar werd ik geprikkeld door een opiniestuk van bedrijfsarts Rinus Ouwens in Medisch Contact waarin hij het deskundigenoordeel bij ziekteverzuim als onwerkbaar betitelde. De ervaring van Rinus Ouwens met de handelwijze van verzekeringsartsen leek in een aantal opzichten namelijk heel erg op mijn eigen ervaring, als verzekeringsarts, met bedrijfsartsen bij de uitvoering van het deskundigenoordeel.

Twee punten sprongen eruit in mijn ervaring:

- dat het oordeel van de bedrijfsarts tot stand was gekomen zonder lichamelijk onderzoek en ik juist vanwege mijn bevindingen bij lichamelijk onderzoek tot een afwijkend oordeel kwam;
- dat het mij niet lukte om binnen een redelijke termijn contact te krijgen met de betreffende bedrijfsarts, noch vóór, noch ná mijn onderzoek.

Het tweede punt is bepaald geen onbekend fenomeen, van beide kanten, en is al bij allerlei gelegenheden aan de orde geweest.

Het eerste punt heeft tot nu toe niet zo prominent op de agenda gestaan en wat mij betreft hoeft dat ook niet. Want het enige waar het hier om gaat is dat wij als dokters onze basisvaardigheden toepassen en lege artis (lichamelijk) onderzoek verrichten. Zonder goed onderzoek geen oordeel en in ieder geval geen goed oordeel. En dan is het ook niet verbazingwekkend als er verschillen in oordelen optreden tussen dokters.

Om het deskundigenoordeel weer werkbaar te maken leek mij een belangrijk deel van de oplossing eenvoudig te realiseren: goed onderzoek doen en hoe dan ook zorgen dat je met elkaar communiceert – dat is ook: kennis nemen van elkaars bevindingen!

In de reactie van de beide besturen (NVVG en NVAB) in het zelfde MC vond ik weinig aangrijpingspunten richting een concrete oplossing. Mede daarom leek het de redactie goed om in dit nummer van TBV een special te wijden aan het deskundigenoordeel. We hopen daarmee niet al-

leen de discussie te stimuleren, maar ook bij te dragen aan het versneld tot stand komen van concrete oplossingen.

Dit TBV gaat niet alleen over het deskundigenoordeel.

Een gebruikelijke oplossing bij SOLK is om de zwaarte van het werk aan te passen. Snoeck-Krygsmann vindt in haar onderzoek aanwijzingen dat vrouwelijke fibromyalgiepatiënten al geruime tijd voor ziekmelding lichter werk zijn gaan doen. Zij vraagt zich af of het niet zinvoller is te analyseren waarom deze vrouwen alsnog zijn uitgevallen, dan om de oplossing in lichter werk te zoeken.

Ik heb altijd een tweeslachtig gevoel gehad bij arbeidstherapie. Weer aan het werk gaan kan een belangrijke rol spelen in het herstelproces. Tot zover geen probleem met arbeid als therapie. Maar ik heb vaak gezien dat werkhervatting standaard in de vorm van arbeidstherapie plaatsvond. Het duurde dan soms vele maanden voor aan de arbeidsprestatie ook een loonwaarde werd toegekend. Om niet te spreken over al die gevallen waarbij definitieve plaatsing (in ander werk) uiteindelijk uitbleef. Mijn scepsis is verminderd na lezing van het artikel van Van Egmond. Uit het betreffende onderzoek blijkt dat de inzet van het instrument arbeidstherapie wel degelijk een groot verschil kan uitmaken voor terugkeer in betaald werk.

Van geheel andere orde is het onderwerp van de tuchtzaakbespreking in dit nummer. Een probleem waar we als beroepsgroep misschien in toenemende mate mee te maken gaan krijgen, namelijk de relatie tussen wifi-straling en gezondheidsklachten. De vraag die voorlag was of de bedrijfsarts de werkgerelateerdheid van de gezondheidsklachten wel voldoende serieus had genomen. Dat roept meteen de vraag op hoe het ook alweer zit met elektromagnetische velden in arbeidssituaties. In de rubriek Beroepsziekten hebben wij daarom een korte bespreking gewijd aan een gids uit juli dit jaar van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over dit onderwerp.

hoofredactioneel	Hoofredactioneel	355
zeepkist	Re-integratie is meer dan beoordelen	357
lezersforum	Een klein vlekje met grote gevolgen? + Replik	359
special deskundigenoordeel	Het deskundigenoordeel: is het nu duidelijk? <i>Bas Sorgdrager</i>	360
	To agree or disagree? Factoren die van invloed zijn op overeenstemming tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts bij het deskundigenoordeel 'ziek-niet ziek' <i>Houria Wilson-Barazite, Ineke Vervoordeldonk, Erik Noordik</i>	362
	Een loonsanctie voorkómen met een deskundigenoordeel re-integratie-inspanningen? <i>Rocco Kloots, Marja Kelder</i>	370
	Second opinion bij een andere bedrijfsarts Voorgenomen wijzigingen in de Arbeidsomstandighedenwet <i>Ben Lindeman</i>	373
	Deskundig oordelen <i>Wim Otto</i>	376
onderzoek in het kort	Therapeutisch werk als faciliterende factor voor werkhervatting in betaald werk	378
column	Huh?!? <i>Wendel Slingerland</i>	379
voor de praktijk	Zijn vrouwen met fibromyalgie lichter werk gaan doen? <i>Sylvia Snoeck-Krygsman</i>	380
	Good practices (6) Praktijkvoorbeeld PMO <i>Jacques van der Vliet</i>	386
proefschriftbespreking	Berry van Holland: Promotion of sustainable employability; occupational health in the meat processing industry	389
congresverslag	Arbeidsdeskundig Kennis Centrum: werk is een goed medicijn	390
interview	Michiel Reneman: 'Eén betrouwbaar, valide belastbaarheidsinstrumentarium moet mogelijk zijn' <i>Rolf Blijleven, Bas Sorgdrager</i>	392
uitspraken tuchtcollege	Gedoe rond wifigerelateerde gezondheidsproblemen <i>Bas Sorgdrager (eindredactie)</i>	396
beroepsziekten	Elektromagnetische velden in arbeidssituaties <i>Bas Sorgdrager</i>	399
van de verenigingen	NVAB	400
	NVVG	401

Re-integratie is meer dan beoordelen: sta op voor de werknemer!

Bas Sorgdrager, Wim Otto

Bedrijfs- en verzekeringsartsen stellen in hun spreekuur medische beperkingen vast en rapporteren over functionele mogelijkheden. Is er een blijvende situatie ontstaan, komt er doorgaans tweemaal een arbeidsdeskundige de functionele mogelijkheden van de werknemer naast de functie-eisen leggen.

Gedurende de loondoorbetalingsjaren kijkt de arbeidsdeskundige of er andere geschikte functies in het bedrijf zijn als de werknemer niet meer kan voldoen aan de functie-eisen van het eigen werk. Als die andere functies er niet zijn volgt het tweedespoortraject.

Bij de WIA-aanvraag beoordeelt de arbeidsdeskundige of voldaan is aan de verplichting om een tweede spoor in te zetten. Is dat afgevinkt dan legt de arbeidsdeskundige de functionele mogelijkheden naast functie-eisen in gangbare arbeid. Geduide functies blijken in de praktijk onbereikbaar en de werknemer is nu werkloos. Is dat wat sociaal-geneeskundigen willen?

CBS cijfers 2015

Minder dan de helft van arbeidsgehandicapten heeft betaald werk

In 2015 telde Nederland 1,7 miljoen mensen tussen de 15 en 75 jaar die aangaven dat ze door een langdurige ziekte, aandoening of handicap belemmerd werden in het krijgen of uitvoeren van werk.

In de leeftijdsgroep die gemiddeld genomen de hoogste arbeidsparticipatie heeft, de 25- tot 45-jarigen, had 9,4% een arbeidshandicap. Dit zijn bijna 400.000 mensen. Van de 25- tot 45-jarigen met een arbeidshandicap had 42% betaald werk. Bij niet-arbeidsgehandicapten was het percentage met betaald werk ruim twee keer zo hoog (87%).

Met arbeidshandicap minder vaak een vast dienstverband

Werkzame arbeidsgehandicapten tussen de 25 en 45 jaar hebben minder vaak een vast dienstverband dan niet-arbeidsgehandicapten: respectievelijk 63 en 69%. Ze werken vaker als werknemer met een flexibel dienstverband (21 vs. 17%) of als zzp'er (14 vs. 10%). Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Vooral in dienstverlenende beroepen werken naar verhouding veel personen met een arbeidshandicap. Zij zijn bijvoorbeeld werkzaam als kapper, schoonheidsspecialist of schoonmaker.

Eén op de vijf arbeidsgehandicapten wil meer uren werken

Eén op de vijf werkzame arbeidsgehandicapten tussen de 25 en 45 jaar zou graag meer uren willen werken. Bijna 10% wil liever minder uren en iets meer dan 70% wil niet meer of minder uren werken.

Degenen zonder arbeidshandicap geven vaker aan hun arbeidsduur niet te willen veranderen. Hierbij speelt een rol dat niet-arbeidsgehandicapten vaker dan arbeidsgehandicapten voltijds werken. Minder voltijders dan deeltijders willen hun arbeidsduur veranderen. Arbeidsgehandicapte mannen geven vaker dan niet-arbeidsgehandicapte mannen aan minder te willen werken. Het betreft vooral mannen met een arbeidshandicap die voltijds werken.

Wat lezen we uit deze gegevens?

Arbeidsgehandicapten hebben een kwetsbare positie. Ze kunnen werken maar er is geen geschikt werk beschikbaar, zo lijkt het.

Binnen de bedrijven is volgens ons een belangrijke factor dat er in veel gevallen wel geschikte taken zijn, maar dat die niet zodanig in één functie samenkomen dat er voor de arbeidsgehandicapte ook een geschikte functie blijkt te zijn. Conclusie in de meeste gevallen: spoor 1 is onbegaanbaar. Buiten het eigen bedrijf van de werknemer – of als de werknemer werkloos is – spelen de volgende factoren een rol:

- De arbeidsmarkt in zijn algemeenheid is weinig flexibel en voor heel veel groepen werknemers is het heel moeilijk om werk te vinden – zeker naarmate men ouder is.
- Het aanbod voor iemand met een arbeidshandicap is een stuk beperkter, omdat een deel van de functies die qua opleidings- en andere eisen geschikt zijn als gevolg van de beperking(en) niet passend zijn. Dit tikt extra hard door omdat juist het soort werk waarin iemand zich heeft bekwaamd en waarbij zijn kansen relatief groot zijn, als gevolg van zijn handicap niet meer geschikt is.
- Werkhervatting in een nieuwe baan – buiten het bedrijf waar men vandaan komt – blijkt ook nogal eens te mislukken omdat, vaak achteraf bekeken, het werk niet in alle opzichten passend is.

Onze conclusie: spoor 2 is in de meeste gevallen onbereikbaar.

Maak spoor 1 begaanbaar

Opeenvolgende kabinetten hebben allerlei maatregelen genomen met de bedoeling de arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten te doen toenemen. Dat lukt slechts heel, heel mondjesmaat. In onze ogen onvoldoende voor veel arbeidsgehandicapten om aan het eind van de tunnel nog enig licht te kunnen ontwaren. Een bijkomend effect is dat veel arbeidsgehandicapten gedemotiveerd raken – of al op voorhand gedemotiveerd zijn – en dat daarmee de kier waarmee de deur tot de arbeidsmarkt nog openstaat, zich vrijwel sluit. Als er namelijk iets is dat de afgelopen jaren uit een veelheid van wetenschappelijk onderzoek is gebleken is het dat de motivatie van de arbeidsgehandicapte de meest bepalende factor is voor succes bij het verkrijgen van werk.

Ondanks een scala aan subsidiemogelijkheden en no-riskmaatregelen wil het maar niet lukken grote groepen arbeidsgehandicapten weer aan betaald werk te krijgen. Voor zover het wel lukt wijzen de cijfers over lagere percentages voltijdswerkers erop dat de re-integratie minder optimaal verloopt bij arbeidsgehandicapten dan bij niet arbeidsgehandicapten.

Wij trekken aan de bel omdat wij een nieuw drama op ons af zien komen: de vele duizenden jongeren met arbeidsvermogen die sinds de inwerkingtreding van de Participatiewet niet meer in aanmerking komen voor een Wajong-uitkering, maar die ook niet zonder meer de reguliere arbeidsmarkt kunnen betreden, omdat zij niet in staat zijn de functies zoals die in bedrijven voorkomen in hun volle omvang en conform de gestelde eisen uit te voeren. Terugkerend naar de inleiding van deze Zeepkist valt één ding op: de problematiek van re-integratie bij de eigen werkgever lijkt erg op die van jongeren met arbeidsvermogen, die niet zonder meer in regulier werk plaatsbaar zijn. Het is voor deze jongeren een nog veel groter probleem om betaald werk te vinden dan voor arbeidsgehandicapten voor wie in ieder geval nog wel, in beperkte mate, geschikte functies aanwijsbaar zijn op de arbeidsmarkt. Voor jongeren zoals hier bedoeld worden inmiddels al flink wat jaren op bescheiden schaal oplossingen gecreëerd om hen toch een plek op de reguliere arbeidsmarkt te kunnen geven.

Ons standpunt is dat vergelijkbare oplossingen ook moeten worden gezocht voor arbeidsgehandicapte werknemers. De analyse die daaraan ten grondslag ligt is simpel: als spoor 2 niet bereikbaar is moet spoor 1 begaanbaar worden gemaakt.

Het begaanbaar maken van spoor 1 betekent iets voor alle partijen, de werknemer aan de ene kant, bedrijfsarts, verzekeringsarts en arbeidsdeskundige aan de andere kant. Door vast te houden aan het concept dat een functie waarin de werknemer re-integreert volledig passend moet zijn, wordt de re-integratie bij de eigen werkgever al te gemakkelijk geblokkeerd.

Werkgevers en hun personeelsafdelingen zullen meer op het niveau van geschikte taken moeten denken dan op het niveau van geschikte functies. Dat is niet makkelijk, onder andere omdat strikte efficiëntienormen daardoor in het gedrang kunnen komen. Daar staat echter tegenover dat het voor een bedrijf veel voordelen kan hebben om het werk niet slechts vanuit het uitvoeren van (afgekaderde) functies te organiseren, maar plaats te bieden aan de talenten van de afzonderlijke werknemers.

Sta op!

Bedrijfsartsen moeten ervoor zorgen dat bedrijven en organisaties waarvoor ze werken bereid zijn om elke mogelijkheid tot plaatsing van de werknemer te benutten: het 'functiehuis' flexibel te houden. Slechts in het uiterste geval kan een advies tweede spoor worden afgeven.

De arbeidsdeskundige focust op geschikte taken en denkt mee met de werkgever hoe, zo nodig, het werk geschikt kan worden gemaakt voor de arbeidsgehandicapte.

Ook de verzekeringsarts kan opstaan voor de werknemer en een sterker beroep doen op de werkgever om passend werk te organiseren in het eigen bedrijf – door nauwe samenwerking met de arbeidsdeskundige en door zich te richten op wat wél mogelijk is.

In die context kan een urenbeperking misschien niet zozeer worden gezien als een signaal dat re-integratie tekort schiet, maar als een middel om re-integratie mogelijk te maken waar anders werkloosheid het lot is van de arbeidsgehandicapte.

Een klein vlekje met grote gevolgen?

Met veel interesse hebben wij het artikel gelezen over het dilemma in de spreekkamer van de verzekeringsarts bij beoordeling van een maligniteit met een op termijn matige tot slechte prognose.¹ Wij konden het dilemma niet volledig doorgronden omdat er omtrent de casus niet voldoende informatie werd gegeven. Wij merkten op dat er niets wordt gezegd over de huidige medische toestand (energetisch, psychisch, actueel functioneren in het dagelijks leven). Daarnaast is ook niet duidelijk in welke context en op welk moment de behandelaar zijn uitspraak over 'leuke dingen' heeft gedaan. Ook de rol van de bedrijfsarts in twee jaar Ziektewet wordt niet benoemd, is deze volledig passief geweest?

Wij willen ook opmerken dat het dilemma verkleind kan worden door op het spreekuur goed door te vragen en alle medische feiten goed uit te vragen bij cliënt.

Wij hebben gediscussieerd in hoeverre een prognose van een maligniteit (in onderzoeken altijd op groepsniveau en in deze casus wordt de 5-jaars overleving wel heel breed ingeschat) richtinggevend moet zijn bij het beoordelen van de prognose ten aanzien van werken bij de individuele klant bij het UWV. Dit zeker als de actuele medische belastbaarheid voldoende is om te werken.

Duidelijk werd wel dat het beleid zoals verwoord in het Protocol Borstkanker, en ook vaak toegepast bij andere maligniteiten, niet meer te hanteren is in de praktijk gezien de verbetering in de behandeling van kanker en hiermee ook de overleving. Het Schattingsbesluit geeft hier uiteindelijk toch niet voldoende duidelijkheid in.

In de discussie kwam ook een ander dilemma naar voren: in hoeverre is het reëel dat cliënten met een dergelijke prognose vanuit de WW weer een baan vinden? Dit wordt door de cliënten als heel erg moeilijk ervaren.

Wij zouden graag vanuit de NVVG handvatten willen hebben hoe hiermee in de toekomst om te gaan.

OT-groep adviseurs Den Haag-Utrecht-Rotterdam: Allart Dekker, Gert-Jan Dekker, Machiel de Vries, Annette de Wind, Marijke van Bork, Marian van der Veen, Ilse Nieuwenhuizen, Eveline Thé en Yvonne van der Voort, verzekeringsartsen UWV.

Literatuur

1. Cernohorsky Y, Cornelius B. Dilemma voor de verzekeringsarts: een klein vlekje met grote gevolgen? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk 2016; 24: 206-209.

Repliek

Allereerst hartelijk dank voor de reactie en de belangstelling voor het artikel.

Voor het schrijven van het artikel hebben we de casus juist vereenvoudigd en deels aangepast om het dilemma scherper in beeld te brengen. Het gaat hier alleen om de vraag of de verzekeringsarts de belastbaarheid in een Functionele Mogelijkhedenlijst moet beschrijven en niet om de vraag hoe zij dat moet doen. Daarom hebben we alle gegevens die verwijzen naar de belastbaarheid *an sich* achterwege gelaten en volstaan met de vermelding dat de verzekeringsarts cliënt belastbaar achtte. Ook retrospectieve gegevens uit de voorgeschiedenis in de twee jaar WIA-wachttijd zijn naar onze mening minder relevant om het dilemma, dat zich bij de claimbeoordeling voordeed, te expliciteren. De casus is weliswaar ontleend aan de praktijk maar 'uitgekleed' om het geheel niet te complex te maken. Overigens spelen privacyoverwegingen daarbij ook een rol.

Ondanks de verbeterde behandelmogelijkheden komt het natuurlijk nog steeds voor dat cliënten wel belastbaar zijn, maar wel een evident slechte prognose hebben op korte termijn. In die situaties laten we de keuze om nog te hervatten over aan de cliënt conform het protocol mammacarcinoom. Overigens wordt momenteel gewerkt aan een herziening van dat protocol, waarin ook de verzekeringsgeneeskundige gevolgen van de toegenomen levensverwachting door verbeterde behandeling worden opgenomen.

Yvonne Cernohorsky-Brands, Bert Cornelius

Het deskundigenoordeel: is het nu duidelijk?

Bas Sorgdrager

In het verzuimbeleid van veel bedrijven en organisaties bestaat de mogelijkheid om een deskundigenoordeel (DO) bij het UWV aan te vragen. Het DO is een oordeel over de re-integratie, een momentopname en geen advies over de aanpak van de re-integratie. Het DO is geen formele beslissing, bezwaar maken ertegen is niet mogelijk. De volgende situaties zijn van toepassing:

- Vraag over de arbeids(on)geschiktheid van een werknemer: kan de werknemer op een bepaalde datum zijn eigen werk weer volledig doen?
- Vraag of werkgever en werknemer zich voldoende hebben ingespannen voor re-integratie. Heeft de werknemer genoeg gedaan voor zijn/haar re-integratie? Heeft de werkgever genoeg gedaan aan de re-integratie van de werknemer?
- Vraag over de passendheid van het werk van de werknemer: is het werk, binnen of buiten het bedrijf, dat de werknemer moet doen passend?
- Tenslotte de vraag of de werkgever het veelvuldig ziekteverzuim van de werknemer binnen 26 weken kan verminderen als het werk van de werknemer wordt aangepast of als de werknemer in een andere passende functie wordt herplaatst, eventueel na bijscholing.

Op basis van de door de bedrijfsarts vastgestelde medische beperkingen en beschreven functionele mogelijkheden gaan werkgever en werknemer in gesprek met elkaar. Dan moet het oordeel en advies van de bedrijfsarts wel kloppen. Kan de werkgever dat bij het UWV laten toetsen?

Een aantal voorbeelden en beschouwingen met het deskundigenoordeel als thema levert prikkels om de uitvoeringspraktijk aan te passen. De rol van de verzekeringsarts zou prominenter moeten omdat het bij de aanvragen vaak gaat om onzekerheid over de betekenis van medische beperkingen voor re-integratiebeleid.

Casus Frustratie

Een 35-jarige mevrouw die een jaar lang al onder behandeling is wegens PTSS, is gestart met re-integreren bij de eigen werkgever. Mevrouw is kwetsbaar en heeft moeite met concentreren, heeft belang bij een veilige werkomgeving en kan nog weinig aan. Zij is snel van slag en in paniek. Om deze reden vindt de bedrijfsarts het niet verstandig om een arbeidsdeskundig onderzoek te laten doen en eventueel het tweede spoor in te zetten. Dat is te belastend voor mevrouw en komt haar herstel niet ten goede. Advies bedrijfsarts: *‘Het is belangrijk dat mevrouw nu eerst vertrouwen opdoet in haar eigen veilige werkomgeving en stap voor stap kan opbouwen. Indien nodig kan over een paar maanden alsnog een arbeidsdeskundig onderzoek worden gedaan en het tweede spoor worden ingezet.’*

De werkgever vraagt een deskundigenoordeel (DO) aan en na overleg volgt een brief van de werkgever:

‘Geachte arbeidsdeskundige,

In aansluiting op ons telefonisch gesprek van zojuist bevestig ik hierbij nogmaals ons verzoek aan het UWV om een oordeel te geven over het advies van de bedrijfsarts om nu geen arbeidsdeskundig onderzoek op te laten stellen en geen inzet tweede spoor-activiteiten gezien de medische situatie van mevrouw. Wij kunnen geen oordeel geven of het overnemen van dit advies juist is. Wij mogen niet blindvaren op het advies van de bedrijfsarts omdat het ons in een later stadium een sanctie kan opleveren. Uiteraard hebben wij ook geen inzage in het medisch dossier van mevrouw.

Onze aanvraag voor een deskundigenoordeel is gebaseerd op het advies van de bedrijfsarts. Zij heeft een uitgebreid medisch dossier van mevrouw, welke ook aan het UWV is toegestuurd. Wij verwachten dat de verzekeringsarts hier verder naar kijkt zodat het UWV een oordeel geeft en daarmee onze vraag beantwoordt.

Wij zien het antwoord van het UWV gaarne tegemoet.

Bij voorbaat dank voor uw inzet’

De arbeidsdeskundige van UWV heeft contact met de werkgever en legt uit dat hij alleen kan oordelen over inspanningen op dit moment. Hij kan geen oordeel geven over het afzien van een arbeidsdeskundig onderzoek en inzet spoor 2 traject. De werkgever verzoekt om telefonisch contact op te nemen met de bedrijfsarts om deze situatie met haar te bespreken. Het telefoongesprek met de bedrijfsarts verloopt onplezierig. De bedrijfsarts benadrukt in het telefoongesprek de noodzaak van een verzekeringsgeneeskundig oordeel. Haar advies was niet op arbeidsdeskundige, maar op medische gronden. De medische stukken zijn al bij het UWV binnen. De arbeidsdeskundige blijft bij zijn standpunt dat hij de vraag heeft om re-integratie-inspanning te beoordelen en dat is aan de arbeidsdeskundige. De bedrijfsarts houdt voet bij stuk. De arbeidsdeskundige wordt geïrriteerd en wil afsluiten met de mededeling dat hij zich niet de les laat lezen en dat de bedrijfsarts niet kan bepalen wat het UWV moet doen. De bedrijfsarts reageert vervolgens dat zij de klant gaat adviseren een klacht in te dienen. De arbeidsdeskundige reageert boos en geïrriteerd, maar gaat uiteindelijk wel overstag en geeft aan wat hij gaat doen. En dat was precies waar de klant het DO voor aanvraag. De arbeidsdeskundige zal de verzekeringsarts vragen naar de medische stukken te kijken en de bedrijfsarts te informeren. Dreigen met een klacht heeft hier geholpen.

De arbeidsdeskundige vertelt dat zijn irritatie wordt gevoed door ‘een tsunami van DO’s’. De bedrijfsarts: *‘Ik houd voet bij stuk omdat het UWV sancties oplegt; wij als bedrijfsartsen hebben daar veel last van, achteraf oordelen is veel makkelijker.’*

To agree or disagree?

Factoren die van invloed zijn op overeenstemming tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts bij het deskundigenoordeel 'ziek-niet ziek'

Houria Wilson-Barazite, Ineke Vervoordeldonk, Erik Noordik

**Deskundigen-
oordeel ziek-
niet ziek;
Bedrijfsarts;
Verzekeringsarts;
Ziekteverzuim**

Samenvatting

In dit dwarsdoorsnedeonderzoek is onderzocht hoe vaak er na deskundigenoordelen 'ziek-niet ziek' overeenstemming bestaat tussen het oordeel van de verzekeringsarts en bedrijfsarts en welke factoren daar invloed op hebben. Voor zover bekend is dit nog niet eerder onderzocht.

181 deskundigenoordelen 'ziek-niet ziek' uit 2012, verricht door 30 verzekeringsartsen van UWV kantoren in het district Midden- en Oost-Brabant zijn geïnccludeerd. Het blijkt dat verzekeringsartsen in 49% van de

deskundigenoordelen afwijken van het oordeel van bedrijfsartsen en dus in 51% van de oordelen met elkaar overeenstemmen.

Daarnaast blijkt dat de kans op geen overeenstemming met 34% daalt als de werknemer zichzelf ziek vindt. De andere onderzochte factoren blijken geen invloed te hebben op de mate van overeenstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsarts.

Het is onduidelijk welke andere factoren ten grondslag liggen aan het verschil in oordeelsvorming. Voor nader onderzoek zijn vier andere mogelijke factoren benoemd.

De Wet verbetering poortwachter verplicht de werkgever om bij ziekteverzuim van de werknemer, samen met de bedrijfsarts ervoor te zorgen dat de werknemer weer zo snel mogelijk aan het werk kan. Als de werknemer of werkgever met elkaar of met de bedrijfsarts een meningsverschil hebben over re-integratie dan kunnen zij bij UWV een deskundigenoordeel aanvragen.

Er worden vier soorten deskundigenoordelen onderscheiden, te weten het deskundigenoordeel 'ziek-niet ziek', passende arbeid, re-integratie-inspanningen werkgever en re-integratie-inspanningen werknemer. Het deskundigenoordeel 'ziek-niet ziek' gaat uitsluitend over de vraag of de werknemer

(on)geschikt is tot het verrichten van de bedongen arbeid. In de praktijk is dit doorgaans het eigen werk. Dit deskundigenoordeel is vooral bedoeld om een (dreigend) stagnerend re-integratietraject uit de impasse te halen. In 2012 heeft UWV van de

in totaal 22455 deskundigenoordelen en ontslagadviezen 4721 deskundigenoordelen 'ziek-niet ziek' afgegeven.^{1,2}

De uitkomst van het deskundigenoordeel kan verstrekkende consequenties hebben voor de werknemer, de werkgever, de bedrijfsarts en voor de collega-verzekeringsarts die te zijner tijd de WIA-beoordeling verricht. Blijkens het artikel 'deskundigenoordeel bij ziekteverzuim onwerkbaar' is de uitkomst van het deskundigenoordeel van de verzekeringsarts van het UWV regelmatig inconsistent en afwijkend van het oordeel van de bedrijfsarts.³ Hoe vaak bij een deskundigenoordeel 'ziek-niet ziek' wel of geen overeenstemming wordt bereikt tussen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen is echter niet bekend. Tevens is onbekend welke factoren invloed hebben op het bereiken van wel/ geen overeenstemming. Dit onderzoek is gedaan om dit nader in kaart te brengen. Met deze kennis kunnen naar verwachting aanbevelingen worden gedaan ter verbetering van de huidige werkwijze.

Drs. H. Wilson-Barazite, verzekeringsarts UWV, Sociaal Medische Zaken, 's-Hertogenbosch.

Drs. C.A. Vervoordeldonk, adviseur verzekeringsarts UWV, Sociaal Medische Zaken, 's-Hertogenbosch.

Dr. F.W. Noordik, opleider/adviseur, NSPOH, Utrecht.

Correspondentieadres:

houria.wilson@uwv.nl

De onderzoeksvragen zijn:

1. Hoe vaak stemmen bedrijfs- en verzekeringsartsen overeen in hun beoordeling 'ziek-niet ziek'?
2. Welke factoren zijn bepalend voor het wel of niet overstemmen van hun beoordeling?

Methoden

In de regio Midden- en Oost-Brabant is een dossier-onderzoek uitgevoerd naar deskundigenoordelen 'ziek-niet ziek' die zijn afgegeven door verzekeringsartsen. In dit dwarsdoorsnedeonderzoek zijn dossiers onderzocht met een geschildatum in de periode 1 januari 2012 t/m 31 december 2012. Deze periode is gekozen omdat de aanvraagkosten voor het deskundigenoordeel in dit tijdvak constant zijn gebleven. Ook het omgaan met arbeidsconflicten volgens de STECR werkwijzer is in deze periode hetzelfde gebleven.

Via het bedrijfsbureau Sociaal Medische Zaken van UWV werden 885 dossiers met een deskundigenoordeel 'ziek-niet ziek' aangeleverd. Dit zijn alle dossiers in het district Midden- en Oost-Brabant uit 2012. Na het opschonen van het aantal dossiers aan de hand van diverse exclusiecriteria (zie figuur 1), resteerden nog 404 dossiers van 36 verschillende verzekeringsartsen. Van elke verzekeringsarts zijn vervolgens willekeurig maximaal 15 dossiers geïncludeerd. Dit werd gedaan om te voorkomen dat er van één of enkele verzekeringsartsen naar rato te veel dossiers geïncludeerd zouden worden. Op deze wijze werden in totaal 254 dossiers geselecteerd. Van de 254 onderzochte dossiers werden in tweede instantie nog eens 73 geëxcludeerd (zie figuur 1 voor de exclusiecriteria) waardoor 181 dossiers van 30 verzekeringsartsen overbleven. Van 18 verzekeringsartsen konden 5 tot maximaal 11 dossiers geïncludeerd worden. Van 1 verzekeringsarts 13 dossiers en van 11 verzekeringsartsen 1 tot maximaal 4 dossiers. Aan deze 181 dossiers bleek het oordeel van 119 verschillende bedrijfsartsen ten grondslag te liggen. Van 4 dossiers bleek de naam van de bedrijfsarts onbekend.

Op basis van de resultaten van het klantonderzoek naar deskundigenoordelen van UWV en de praktijkervaring van de eerste en tweede auteur zijn 10 factoren geselecteerd die de uitkomst 'wel of geen overeenstemming' zouden kunnen beïnvloeden (zie figuur 2).⁴ Tevens was vereist dat de dossiers informatie bevatten over deze factoren. Als er geen opleidingsniveau in het dossier beschreven stond, werd dit geschat op basis van de maatgevende arbeid. Gegevens over de bedrijfsgrootte werden in eerste instantie verkregen via www.bedrijvenstek.nl en in tweede instantie werd gezocht op internet of werd op basis van de dossiergegevens een schatting gemaakt. Bij het oordeel van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts werd de (arbeids)ongeschiktheid ('ziekte') voor het eigen werk als uitkomstmaat gehanteerd. Als de verzekeringsarts of bedrijfsarts concludeerde dat er sprake was van ziekte en tevens een (functionele) mogelijkhedenlijst opstelde ten behoeve van het arbeidsdeskundig onderzoek dan werd de uitslag van het arbeidsdeskundig onderzoek (wel of niet geschikt voor het eigen werk) als uitkomst aangehouden.

De resultaten zijn beschreven in een overzicht door de uitkomst (wel of geen overeenstemming) te koppelen aan het oordeel (ziek of niet ziek) van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts. Hierdoor ontstond een beschrijving van de resultaten in vier groepen: groep 1, als bedrijfsarts en verzekeringsarts beiden ziek beoordeelden; groep 2, als bedrijfsarts en verzekeringsarts beiden niet ziek beoordeelden; groep 3, als bedrijfsarts ziek en verzekeringsarts niet ziek beoordeelt en groep 4, als bedrijfsarts niet ziek en verzekeringsarts ziek beoordeelt.

Ten behoeve van de statistische analyse zijn de resultaten van respectievelijk groep 1 en 2 (wel overeenstemming) en van groep 3 en 4 (geen overeenstemming), samengevoegd. De data zijn statistisch geanalyseerd met SPSS versie 23.0. In welke mate de factoren geassocieerd zijn met de uitkomstmaat 'wel/geen overeenstemming' werd eerst onderzocht met een univariate en daarna met een multivariate lineaire regressie analyse. Bij de multivariate analyse werden alle factoren tegelijk in het model opgenomen.

Naast deze kwantitatieve analyse is in beperkte mate kwalitatief geëxploreerd welke andere factoren mogelijk een rol kunnen spelen bij het bereiken van wel/geen overeenstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsarts. Voor een beschrijving van het profiel van iedere groep, aan de hand van het overzicht met de verdeling van de 10 factoren per groep, zijn eveneens voor elke groep van ongeveer de helft van de dossiers de argumenten uit de beschouwing in het verzekeringsgeneeskundig rapport geëxtraheerd. Deze dossiers zijn telkens willekeurig geselecteerd. Per groep zijn de meest voorkomende argumenten beschreven.

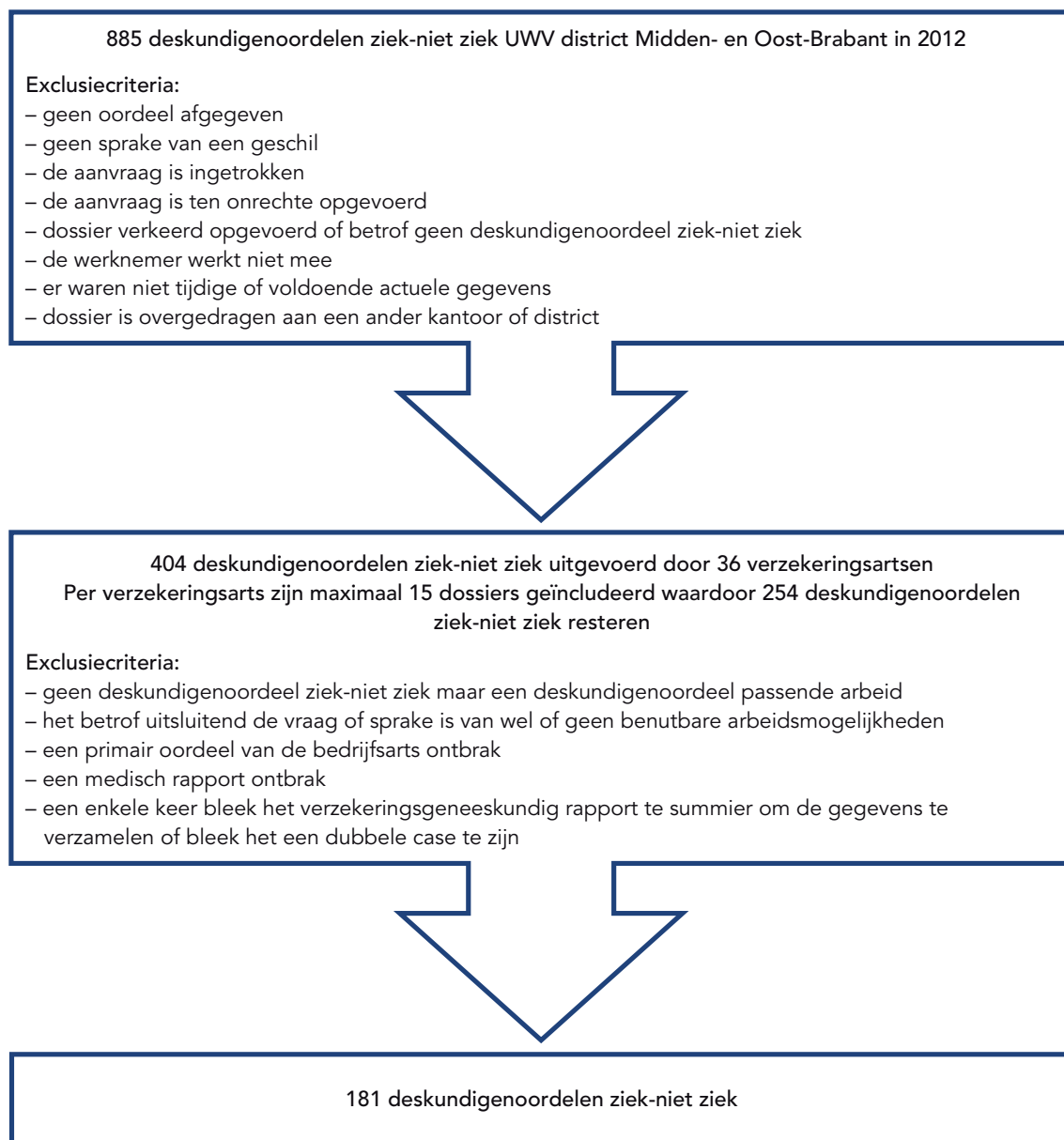
Resultaten

Het deskundigenoordeel werd 151 keer aangevraagd door een werknemer (83%) en 30 keer door een werkgever (17%). In 61 (34%) aanvragen is er sprake van een arbeidsconflict of een verstoorde arbeidsverhouding. De leeftijd van de werknemers varieert tussen 22 en 64 jaar en de gemiddelde leeftijd is 46 jaar. Bij 99 werknemers blijkt de hoofddiagnose een psychische aandoening te zijn (55%), bij 39 werknemers een locomotore aandoening (22%) en bij de overige 43 werknemers betreft het een andere somatische aandoening (23%). Voor een meer gedetailleerde weergave van de verdeling van de dossiers per factor wordt verwezen naar tabel 1.

De verdeling van het aantal dossiers per factor is beschreven in vier groepen. In twee groepen stemt het oordeel van bedrijfs- en verzekeringsarts overeen (groep 1 en groep 2) en in de twee andere groepen (groep 3 en 4) is het oordeel verschillend (zie figuur 3).

Figuur 1

Per stap van het dossierselectieproces het aantal geïncludeerde dossiers en de gehanteerde exclusiecriteria



Kans op overeenstemming tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

De kans dat het oordeel van bedrijfsarts en verzekeringsarts overeenstemt is 51%. De kans dat de verzekeringsarts afwijkt van het oordeel van de bedrijfsarts is daarmee dus 49% (zie figuur 3). Dit zijn de kansen op overeenstemming en geen overeenstemming ongeacht of de bedrijfsarts de werknemer nu als ziek of niet ziek beoordeelt. Uit tabel 2 blijkt dat de mate van overeenstemming tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, behalve met 'het eigen oordeel van de werknemer over wel of geen ziekte', geen significante samenhang vertoont met de verschillende onderzochte factoren. Alleen als de werknemer zichzelf ziek vindt neemt de kans dat de verzekeringsarts afwijkt

van het oordeel van de bedrijfsarts, na correctie voor de invloed van de andere factoren, met 34% af.

Aanvullend werd een beperkte kwalitatieve exploratie verricht naar andere factoren die mogelijk van belang kunnen zijn bij het bereiken van wel/geen overeenstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsarts. Voor een profielbeschrijving van elke groep aan de hand van het overzicht met de verdeling van de 10 factoren per groep, zijn eveneens voor ongeveer de helft van de dossiers de meest voorkomende argumenten uit de beschouwing in het verzekeringsgeneeskundig rapport beschreven.

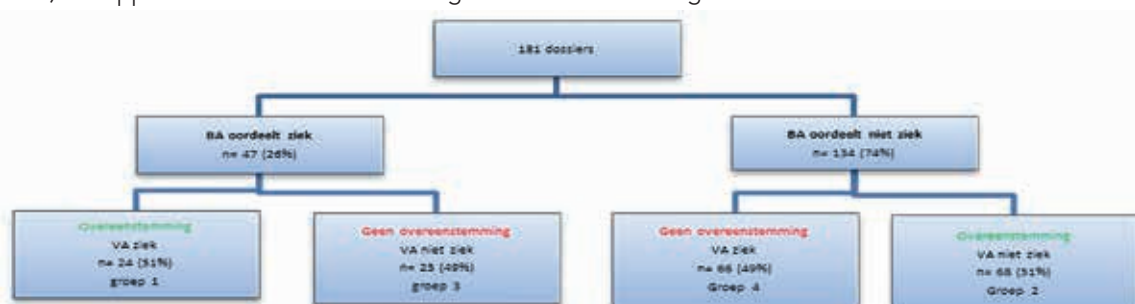
Figuur 2

Overzicht van onderzochte factoren en bijbehorende antwoord categorieën

Factoren	Antwoordcategorieën
Oordeel bedrijfsarts	Ziek of niet ziek
Oordeel verzekeringsarts	Ziek of niet ziek
Oordeel werknemer	Ziek of niet ziek
Oordeel werkgever	Ziek, niet ziek of onbekend
De aanvrager van het deskundigenoordeel	Werknemer of werkgever
Een arbeidsconflict of verstoorde arbeidsverhouding	Wel of niet aanwezig (zoals vermeld in het verzekeringsgeneeskundig rapport)
Verzuimduur	In dagen: geschildatum – 1° arbeidsongeschiktheidsdag Categorieën: kort verzuim (0 t/m 15 dagen), middellang verzuim 15 t/m 91 dagen, lang verzuim (92 t/m 365 dagen), zeer lang verzuim (366 t/m 730 dagen)
Ziektebeeld	Hoofd CAS-code en eventueel 2 neven CAS-codes uit het rapport Categorieën: geen ziektebeeld, psychisch ziektebeeld, somatisch ziektebeeld, psychisch én somatisch ziektebeeld
Bedrijfsgrootte	Categorieën: klein (0 t/m 20 werknemers), midden klein (21 t/m 50), middel groot (51 t/m 100), groot (meer dan 100 werknemers)
Opleidingsniveau werknemer conform indeling van CBS	Categorieën: laagst (basisonderwijs/speciaal onderwijs), laag (Lbo, Mavo, Vmbo, Mbo-1, LTS, Mavo-onderbouw (eerste drie jaren van Havo en Vwo), middelbaar (Havo, VWO, MBO niveau 2-4), Hoog (HBO, WO en/of post WO)
Geslacht werknemer	Man of vrouw
Leeftijd werknemer	In jaren

Figuur 3

Verdeling van het aantal dossiers in vier groepen door oordeel van bedrijfs- en verzekeringsarts (ziek-niet ziek) te koppelen aan de uitkomst wel of geen overeenstemming



Als de bedrijfsarts en verzekeringsarts beiden ziek beoordelen (groep 1)

Van de 181 dossiers oordeelt de bedrijfsarts in slechts 47 dossiers dat er sprake is van ziekte. In 24 dossiers conformeert de verzekeringsarts zich aan dit oordeel (zie figuur 3). Bij 7 van de 24 dossiers heeft de werkgever het deskundigenoordeel aangevraagd en de werknemer beschouwt zich in 8 dossiers niet ziek. De werkgever vindt de werknemer in 14 dossiers niet ziek. Uit 15 van de in totaal 24 dossiers zijn aanvullend de argumenten uit de verzekeringsgeneeskundige beschouwing geëxtraheerd. In 2 dossiers wordt expliciet vermeld dat er sprake is van duidelijke medische pathologie, bij 4 dossiers wordt

beschreven dat de functiebelasting de belastbaarheid van de werknemer overschrijdt en bij 2 dossiers wordt vermeld dat de bedrijfsarts terecht twijfelt aan de duurzaamheid van werkhervatting gelet op de structurele beperkingen, de lange voorgeschiedenis met medische problematiek of het risico op terugval bij structurele inzet waarbij de behandelbaar deze kwetsbaarheid eveneens bevestigt. De aanvragen in deze groep kunnen bedoeld zijn om het oordeel van de bedrijfsarts te toetsen, bijvoorbeeld omdat de werknemer zich niet ziek vindt (en kennelijk onvoldoende ziekte-inzicht heeft) of omdat de werkgever meent dat er geen sprake is van ziekte maar bijvoorbeeld een arbeidsconflict.

Tabel 1

Aantal dossiers waarin een factor voorkomt van het totale aantal dossiers (n=181)

Factor	Aantal dossiers	% van het totaal
Oordeel BA ziek	47	26%
Oordeel VA ziek	90	50%
Oordeel wkn ziek	141	78%
Oordeel wkg ziek	33	18%
wkg niet ziek	112	62%
Onbekend	36	20%
Aanvrager wkn	151	83%
Aanvrager wkg	30	17%
Wel arbeidsconflict	61	34%
Aantal vrouwelijke wkn	91	50%
Hoofd CAS-code psychische aandoening wkn	99	55%
P 109 (spanningsklacht)	31	
P 611 (burn-out)	14	
P 619 (aanpassingsstoornissen)	26	
Overige	28	
Hoofd CAS-code locomotore aandoening	39	22%
L 103 (aspecifieke rugpijn, chronisch)	4	
L 621 (HNP L4-S1)	3	
L 689 (overige aandoening weke delen)	3	
L 698 (fibromyalgie)	3	
Overige locomotore aandoeningen	26	
Hoofd CAS-code overige somatische aandoeningen*	43	23%
Psychische én somatische aandoening	28	15%
Opleidingsniveau wkn		
Laagst	32	18%
Laag	53	29%
Middelbaar	43	24%
Hoog	53	29%
Bedrijfsgrootte		
Klein	42	23%
Midden klein	29	16%
Midden groot	17	9%
Groot	93	51%
	Gemiddelde	Min-Max
Aantal dagen verzuim wkn	224	0-873
Leeftijd wkn in jaren	46	22-64

* Het betreft CAS-codes beginnend met A, C, D, E, H, N, O, R en S

Als de bedrijfsarts en verzekeringsarts beiden niet ziek beoordelen (groep 2)

Van de 181 dossiers oordeelt de bedrijfsarts in 134 dossiers dat er geen sprake is van ziekte (zie figuur 3). In 68 dossiers is er overeenstemming over de arbeidsgeschiktheid (niet ziek zijn) tussen bedrijfs- en verzekeringsarts. In 25 van de 68 dossiers blijkt sprake van een arbeidsconflict of een verstoorde arbeidsverhouding en in 42 dossiers is sprake van middellang en zeer lang verzuim. Uit 32 van de in totaal 68 dossiers zijn aanvullend de argumenten uit de verzekeringsgeneeskundige beschouwing geëxtraheerd. In 13 dossiers wordt beschreven dat de klachten onderhouden worden of een reactie zijn op een conflict, aankondiging van ontslag of op een belaste privésituatie. Bij arbeidsconflicten wordt beschreven dat de problemen op de werkvloer moeten worden opgelost. Ook wordt in 5 dossiers beschreven dat de STECR werkwijzer adequaat is gevolgd; er is bijvoorbeeld twee weken een time-out gegeven en in alle redelijkheid een opbouwschema opgesteld. Deze ziekmeldingen zouden opgevat kunnen worden als een 'protest-ziekmelding' van de werknemer (61 van de 68 werknemers beschouwt zichzelf wel ziek) of kunnen door de bedrijfs- en verzekeringsarts geïnterpreteerd worden als twijfel over werkherhvatting na langdurig verzuim.

Als de bedrijfsarts ziek en de verzekeringsarts niet ziek beoordeelt (groep 3)

Bij 23 van de in totaal 47 dossiers beoordeelt de verzekeringsarts in tegenstelling tot de bedrijfsarts dat de werknemer niet meer ziek is (zie figuur 3). In deze groep vinden alle werknemers zichzelf niet ziek en vindt de werkgever de werknemer in 17 dossiers ziek. In enkel 2 dossiers komen arbeidsconflicten voor en in 22 dossiers is sprake van langdurig en vooral zeer langdurig verzuim. Uit 19 van de in totaal 23 dossiers zijn aanvullend de argumenten uit de verzekeringsgeneeskundige beschouwing geëxtraheerd. In zes dossiers wordt expliciet beschreven dat de bedrijfsarts ten behoeve van het arbeidsdeskundig onderzoek een re-integratie blokkerende of niet meer actueel zijnde (functionele) mogelijkhedenlijst heeft opgesteld op basis waarvan de werknemer onterecht arbeidsongeschikt wordt beschouwd voor het eigen werk. In 6 dossiers wordt expliciet aangegeven dat er bij de aanvrager of bedrijfsarts twijfel bestaat over de duurzame inzetbaarheid en de kans op recidief. In 2 dossiers geeft de verzekeringsarts aan dat de werknemer inmiddels twee maanden duurzaam inzetbaar is gebleken en weer hersteld gemeld kan worden. In deze groep zou de bedrijfsarts de werknemer mogelijk (preventief) arbeidsongeschikt kunnen houden om de duurzaamheid van het herstel te toetsen.

Als de bedrijfsarts niet ziek en de verzekeringsarts wel ziek beoordeelt (groep 4)

Bij 66 van de in totaal 134 dossiers beoordeelt de verzekeringsarts anders dan de bedrijfsarts dat er wel sprake is van

Tabel 2

Univariate en multivariate lineaire regressie analyse voor de uitkomst geen overeenstemming

Factor	Coding Code 0 is referentie	B-coëfficiënt Univariate analyse	(95% BI)	B-coëfficiënt Multi-variate analyse	(95% BI)
Aanvrager	Wkn = 0 Wkg = 1	-0,15	[-0,35 ; 0,05]	-0,16	[-0,37; 0,05]
Oordeel wkn	Niet ziek = 0 Ziek = 1	-0,17	[-0,35 ; 0,01]	-0,34*	[-0,58 ; -0,09]
Oordeel wkg	Geen oordeel = 0 Niet ziek = 1 Ziek = 2	0,04	[-0,08 ; 0,16]	-0,06	[-0,21 ; 0,08]
Arbeidsconflict	Geen = 0 Wel = 1	-0,03	[-0,18 ; 0,13]	-0,04	[-0,14 ; 0,22]
Verzuimduur	Kort, middellang = 0 Lang, zeer lang = 1	-0,03	[-0,17 ; 0,12]	-0,10	[-0,28 ; 0,07]
Diagnose	Psychisch, Somatisch = 0 Psychisch en somatisch = 1	0,04	[-0,17 ; 0,25]	0,05	[-0,16 ; 0,27]
Opleidings-niveau	Laagst, laag = 0 Middelbaar, hoog = 1	-0,006	[-0,15 ; 0,14]	-0,02	[-0,17 ; 0,13]
Geslacht wkn	Vrouw = 0 Man = 1	-0,05	[-0,20 ; 0,10]	-0,09	[-0,26 ; 0,08]
Leeftijd	In jaren	-0,001	[-0,01 ; 0,01]	0	[-0,01; 0,01]
Bedrijfsgrootte	Klein, midden klein = 0 Midden groot, groot = 1	-0,002	[-0,15 ; 0,15]	-0,04	[-0,20 ; 0,12]

*significant verschil $p = 0,01$;

Verklaarde variantie van de multivariate lineaire regressie analyse $R^2 = 0,06$

95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval

ziekte (zie figuur 3). Het deskundigenoordeel is dan in 59 dossiers aangevraagd door de werknemer die zich in 64 dossiers arbeidsongeschikt acht. In 27 dossiers komt een arbeidsconflict of verstoorde arbeidsverhouding voor en in 42 dossiers blijkt sprake van kort en middellang verzuim. Uit 42 van de in totaal 66 dossiers zijn de argumenten uit de verzekeringsgeneeskundige beschouwing geëxtraheerd. In 10 dossiers vermeldt de verzekeringsarts expliciet dat informatie van de behandelende sector in de overwegingen is meegewogen. Bij 4 dossiers wordt in het verzekeringsgeneeskundig rapport expliciet aangegeven dat de klachten niet alleen een fysiologische reactie zijn op een verstoorde arbeidsrelatie of arbeidsconflict maar ook het gevolg zijn van een ziektebeeld waarvoor behandeling en begeleiding nodig blijkt. In 3 dossiers wordt vermeld dat een volledige inzetbaarheid per geschildatum voorbarig is en een stapsgewijze opbouw en uitbreiding van werken geprefereerd wordt conform het protocol NVAB. In deze groep kan het voorkomen dat de bedrijfsarts in bepaalde situaties zoals een arbeidsconflict mogelijk sneller oordeelt dat er geen sprake is van ziekte. Hoewel de STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten aangeeft dat er naast een conflict ook sprake van arbeidsongeschiktheid kan zijn.⁵

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat bij deskundigenoordelen 'ziek-niet ziek', de bedrijfsarts de werknemer veelal als niet ziek heeft beoordeeld (74%). Er is een kans van 49% dat de verzekeringsarts afwijkt van het oordeel van de bedrijfsarts, ongeacht het oordeel van de bedrijfsarts. Er is dus 51% kans op overeenstemming. Kortom, de verzekeringsarts neemt het oordeel van de bedrijfsarts bijna even vaak over als dat deze het verwerpt. Wij vonden verder dat de mate van overeenstemming in het oordeel ziek-niet ziek tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen alleen beïnvloed wordt door de eigen perceptie van de werknemer over het al of niet ziek zijn. Indien de werknemer zichzelf als ziek beschouwt daalt de kans dat de verzekeringsarts afwijkt van het oordeel van de bedrijfsarts met 34%. De andere onderzochte factoren (aanvrager van het deskundigenoordeel werkgever/werknemer, arbeidsconflict, verzuimduur, ziektebeeld, bedrijfsgrootte, opleidingsniveau werknemer, geslacht werknemer, leeftijd werknemer) blijken geen invloed te hebben op de mate van overeenstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsarts.

Hoe deze resultaten zich verhouden tot de bevindingen van andere onderzoeken is onbekend, aangezien wij geen ander onderzoek naar factoren van wel/geen overeenstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsarts bij de beoordeling ziek-niet ziek vonden.

Sterke punten van dit onderzoek zijn de praktijkrelevantie en het vernieuwende aspect, want dergelijk onderzoek is (in Nederland) niet eerder gedaan. Daarnaast is een groot aantal factoren (10) onderzocht op hun invloed op wel/geen overeenstemming. In alle dossiers was informatie beschikbaar over de geselecteerde factoren. Door een willekeurige selectie van dossiers is de kans op selectie-bias beperkt gehouden, hetgeen ten goede komt aan de validiteit van de resultaten. Voorts dient opgemerkt te worden dat dit onderzoek is opgezet als een dwarsdoorsnede onderzoek. Dit maakt dat de relatie tussen factor en uitkomst niet mag worden opgevat als een oorzaak-gevolg relatie, maar uitsluitend als een associatie.

Bij het generaliseren van de resultaten van dit onderzoek naar andere districten is het van belang in ogenschouw te nemen dat de deskundigenoordelen in dit onderzoek betrekking hebben gehad op 30 verzekeringsartsen die uitsluitend werkzaam waren in het district Midden- en Oost-Brabant. Voorts is het onduidelijk in hoeverre de resultaten landelijke geldigheid hebben.

Waarom verzekeringsartsen regelmatig afwijken van het oordeel van bedrijfsartsen weten we dus nog maar ten dele en in beperkte mate. De verklaarde variantie (R^2) van het onderzochte multivariate model is immers klein (0,06). Dit geeft aan dat andere niet-onderzochte factoren grotendeels bepalend zijn voor het bereiken van wel/geen overeenstemming. Op basis van het profiel van de vier onderscheiden groepen kunnen we hierover wel enkele hypothesen formuleren. Ten eerste, in die gevallen waarin de verzekeringsarts anders dan de bedrijfsarts concludeert dat er geen sprake is van ziekte, houdt de bedrijfsarts de werknemer mogelijk (preventief) arbeidsongeschikt om de duurzaamheid van het herstel te toetsen (zie groep 3). Als een werknemer kort na een herstelmelding opnieuw uitvalt, loopt de werkgever immers het risico opnieuw 104 weken loon te moeten doorbetalen. Ten tweede kan bij een deel van de aanvragen ten behoeve van het arbeidsdeskundig onderzoek door de bedrijfsarts een re-integratie blokkerende of niet meer actueel zijnde (functionele) mogelijkhedenlijst zijn opgesteld; zodat op basis daarvan de werknemer voor het eigen werk ten onrechte als arbeidsongeschikt wordt beschouwd (zie groep 3). Ten derde zou de bedrijfsarts in bepaalde situaties zoals een arbeidsconflict mogelijk sneller kunnen oordelen dat er geen sprake is van ziekte (zie groep 4). Hoewel de STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten aangeeft dat er naast een conflict ook sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid.⁵ De verzekeringsarts kan zich daarentegen in de oordeelsvorming mogelijk laten leiden door de emotio-



nele en subjectieve klachtenpresentatie van de klant. De verzekeringsarts ziet de klant namelijk veelal eenmalig op het spreekuur en het kan lastig zijn om ziekte van gedrag te onderscheiden. Dit onderzoek laat immers zien dat bij een groot deel van de aanvragen sprake kan zijn van een “protest-ziekmelding”, hetgeen te beschouwen is als gedrag (zie groep 2). Ten vierde is het mogelijk dat er aan de verschillen in oordeelsvorming andere medisch-inhoudelijke factoren ten grondslag liggen; zoals bijvoorbeeld of, en hoe vaak de verzekeringsarts overleg heeft gehad met de bedrijfsarts en de behandelende sector, en welke medische argumenten aan het oordeel ten grondslag liggen.

Indien er verschil van inzicht is tussen bedrijfs- en verzekeringsarts is het, conform de UWV instructie deskundigenoordeel, verplicht om hierover in overleg te treden.¹ Hoe vaak dit is gebeurd en hoe vaak er na overleg alsnog overeenstemming werd bereikt, is echter niet duidelijk. Het zou interessant zijn dit nader te onderzoeken.

Belangenconflicten/ financiële ondersteuning

Er is geen sprake van belangenconflicten/financiële ondersteuning.

Geïnteresseerden kunnen een uitgebreide versie van figuur 3, waarin ook de verdeling van de tien factoren over de vier onderscheiden groepen is opgenomen, opvragen bij de redactie via tbvredactie@bsl.nl.

Literatuur

1. Handboeken UWV 2009 Deskundigenoordelen.
2. UWV Kwantitatieve informatie 2012, versie 2.1, pp. 1-77.
3. Ouwens R. Deskundigenoordeel bij ziekteverzuim onwerkbaar. Medisch contact, 2016; 5: 39-41.
4. Berkhout A, Mur J. Klantonderzoek deskundigenoordeel UWV, regioplan publicatienummer 1229 (februari 2005), pp. 1-70.
5. STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten, versie 6, oktober 2014, pp. 1-39.

Een loonsanctie voorkómen met een deskundigenoordeel re-integratie-inspanningen?

Rocco Kloots, Marja Kelder

De toets van het re-integratieverslag (RIV-toets) bij de WIA-aanvraag leidt in bijna 10% van de aanvragen tot een loonsanctie. Volgens het Jaarverslag UWV 2015: 3618 loonsancties op 38.569 beoordeelde RIV. Zo'n loonsanctie knelt niet alleen vanwege de financiële last die het meebrengt maar werkt ook negatief door in de relatie werkgever en arbodienstverlener. Immers, de loonsanctie kan opgevat worden als een boete voor iets dat niet goed is gegaan en waarbij de werkgever de arbodienstverlener verwijten maakt.

In de praktijk worden de kosten van de loonsanctie dan 'doorgeschoven' naar de arbodienstverlener door middel van een civiele claim. Werkgevers en hun adviseurs hebben er dus groot belang bij om een loonsanctie te voorkomen en zij zoeken naar manieren om al tijdens de re-integratie te voorspellen of er een loonsanctie gaat volgen. Dan kunnen zij nog tijdig hun beleid aanpassen om alsnog te voldoen aan de eisen van het leveren van voldoende en geschikte re-integratie-inspanningen.

Een van die manieren is het deskundigenoordeel (DO) 're-integratie-inspanningen'. De huidige uitvoeringspraktijk kent echter knelpunten waardoor de bruikbaarheid als voorspeller van een loonsanctie beperkt is. De effectiviteit van een bij uitstek geschikt middel om de participatie van zieke werknemers te versterken, is hierdoor onnodig beperkt. Dit artikel beschrijft de door werkgevers en hun adviseurs ervaren uitvoeringsproblemen en voorstellen voor verbetering.

Achtergronden

Na de WIA-aanvraag verricht het UWV de toets op de re-integratie-inspanningen. Dat doet het UWV aan de hand van het beleidskader Wet verbetering poortwachter (WVP) en de daarvan afgeleide UWV-werkwijzer 'RIV-toets in de praktijk'. Zowel in het veld als in de jurisprudentie is er tegen dit toetsingskader nauwelijks verzet.

De vereiste inspanningen zijn echter complex en ook met adequate advisering van deskundigen niet eenvoudig te achterhalen of praktisch te realiseren. De door de be-

drijfsarts vastgestelde medische beperkingen zijn voor de werkgever lastig om te toetsen omdat de medische beoordeling onder de geheimhoudingsplicht valt. Daarnaast kan de werkgever zich niet verschuilen achter een verkeerd gegeven advies van zijn deskundigen: hij blijft daarvoor aansprakelijk (zie CRvB 18 november 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BK3713). De normen waaraan UWV de medische advisering van de bedrijfsarts toetst zijn in beginsel wel duidelijk: de bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en de verzekeringsgeneeskundige protocollen. In de praktijk blijkt echter dat het UWV de normen verschillend toepast en uit onderzoek blijkt dat deze beoordeling ook tussen verzekeringsartsen verschilt.¹

Behalve de werkgever heeft ook de werknemer er alle belang bij om tijdig te weten of de re-integratie-inspanningen van zijn werkgever (en hemzelf natuurlijk!) voldoende zijn want alleen zo kan hij zijn werkgever aansporen te doen wat hij moet doen en zijn eigen belangen veilig stellen.

Eén van de manieren om de gewenste rechtszekerheid te verkrijgen is het DO 're-integratie-inspanningen' en dit DO wordt dan ook in toenemende mate ingezet. In 2014 is het DO 'inspanning werkgever' 6362 keer aangevraagd, in 2015 7262 keer (+14%).

Problemen met de uitvoering

Hieronder volgt een opsomming, met een korte toelichting, van problemen die het veld ervaart bij de uitvoering van het DO re-integratie-inspanningen, gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Het UWV is bekend met deze problemen. De ervaren problemen met het DO vallen uiteen in enkele categorieën waarbij voor dit artikel vooral item 5 en 6 van belang zijn, aangezien die waarschijnlijk voor de meeste problemen en loonsancties leiden.

Formele gronden om het DO niet uit te voeren

1. Ontbreken *first opinion*
2. 'Er is geen geschil'
3. Verstreken tijd, bijvoorbeeld: 'na 18^e maand geen DO'
4. Geen aanvullende informatie verstrekt door bedrijfsarts

R. Kloots en M. Kelder zijn bedrijfsarts en jurist, resp. bestuurslid NVAB en lid van de Commissie Wet & Regelgeving NVAB.

Inhoudelijke uitvoeringsproblemen

5. Ontbreken wederhoor: de tuchtrechter en de ombudsman hebben herhaaldelijk het belang van hoor en wederhoor als zorgvuldigheidseis bij deskundigenoordelen benadrukt. Daarbij heeft het de voorkeur dat de verzekeringsarts de werknemer zelf spreekt en onderzoekt, ook al is dat formeel niet altijd nodig.
6. Gebruik disclaimers: vele, zo niet alle, DO'en bevatten een disclaimer waarin het UWV, in vele varianten, nadrukkelijk een voorbehoud maakt ten aanzien van de medische beperkingen. De arbeidsdeskundige beoordeelt dan de re-integratie-inspanningen op basis van de door de bedrijfsarts vastgestelde medische beperkingen. Daarbij wordt nadrukkelijk vermeld dat de medische beperkingen later, bij de RIV-toets, separaat door de verzekeringsarts beoordeeld zullen worden en het oordeel over het geheel van de re-integratie-inspanningen dan een andere uitkomst kan hebben. Het gebruik van deze disclaimers verliest overigens aan betekenis gezien de jurisprudentie waarin de rechter een totaal verschillende uitkomst tussen DO en RIV-toets niet zonder meer aanvaardt. Zo stelde de rechter in een casus waarbij het DO en de RIV-toets een tegenovergestelde conclusie hadden, dat het UWV de eigen keuze om bij het DO geen verzekerings-geneeskundig onderzoek te doen niet in het nadeel van de werkgever mag laten uitvallen. De werkgever mag volgens de rechter in beginsel vertrouwen op de conclusie van een DO. Het UWV was dan ook gehouden aan het bij het DO gegeven oordeel dat de re-integratie-inspanningen voldoende waren tenzij het zelf inhoudelijk motiveert waarom het oordeel in dit geval dan zo verschillend kon uitpakken (CRvB 20 juli 2011 ECLI:NL:CRVB:2011:BR2382).

Praktijkperikel

Bij een 33-jarige hr-medewerkster wordt na de bevalling acute lymfatische leukemie geconstateerd. Zij krijgt een driejarig programma met continue chemotherapie en revalidatie. De bedrijfsarts ziet gedurende die behandeling geen arbeidsmogelijkheden en adviseert een deskundigenoordeel. De arbeidsdeskundige schrijft: 'uitgangspunt zijn de beperkingen zoals vastgesteld door de bedrijfsarts en er wordt expliciet geen uitspraak gedaan over de plausibiliteit daarvan' en concludeert dat de re-integratie-inspanningen voldoende zijn.

Per brief vraagt de bedrijfsarts om alsnog een oordeel over de medische beperkingen aangezien die juist reden zijn om helemaal af te zien van re-integratie-inspanningen. Het UWV weigert dat te doen.

Er ontstaan daarna spanningen in de arbeidsrelatie omdat de werkgever een sanctie vreest en aandringt op alsnog een (gedeeltelijke) werkhervatting hetgeen werkneemster, gesteund door de bedrijfsarts, meent niet te kunnen.

Beschouwing

Hét doel van de WVP is dat alle inspanningen ten dienste staan van de arbeidsparticipatie van zieke werknemers. De loonsanctie als sluitstuk van de toets op de re-integratie-inspanningen speelt daarbij een belangrijke en nuttige rol als 'stok achter de deur' en wij bepleiten zeker niet de afschaffing ervan. Maar het is alleen nuttig als het uiteindelijk een bijdrage levert aan de arbeidsparticipatie van zieke werknemers. En dat is precies waar hier de schoen wringt. De beste manier om een loonsanctie te voorkomen is natuurlijk een tijdige en adequate re-integratie en daar levert de huidige praktijk ons inziens geen bijdrage aan. Twee belangrijke knelpunten:

1. Er is geen overleg tussen het UWV en de begeleiders in de eerste twee ziektejaren om een succesvolle re-integratie te bereiken. Twee jaar re-integreren is lang en de financiële, praktische en morele inspanning die begeleiding vergt, vraagt om een mogelijkheid het tijdig bij te kunnen sturen, dat niet alles uiteindelijk voor niets blijkt te zijn geweest omdat het achteraf allemaal toch anders had moeten. Het is ook niet goed te begrijpen waarom een werknemer beter af zou zijn als hij (ruim) een jaar zou moeten wachten voor hij weet of zijn werkgever en arbodienstverlener het goed hebben gedaan. Natuurlijk krijgt hij in geval van een loonsanctie nog een tijdje langer zijn loon doorbetaald maar hij zal toch altijd beter af zijn met een tijdige re-integratie in passend werk. Het ontbreken van een mogelijkheid om tijdig het re-integratiebeleid bij te kunnen stellen dient niet de arbeidsparticipatie van zieke werknemers.
2. De huidige uitvoeringspraktijk faalt met het gebruik van disclaimers. Hierdoor wordt de werknemer in de regel niet door de verzekeringsarts gezien en vindt er zelfs geen beoordeling op de stukken plaats. De ombudsman heeft al herhaaldelijk uitgesproken moeite te hebben met deze praktijk ook al is het dan niet altijd formeel noodzakelijk dat de verzekeringsarts de werknemer zelf ziet en onderzoekt. Het geheel niet oordelen over de medische beperkingen is in onze ogen onaanvaardbaar omdat alle re-integratie-inspanningen natuurlijk de resultante zijn van de vastgestelde medische beperkingen. Het gebruik van disclaimers maakt het DO tot een dode letter, want een oordeel over de re-integratie-inspanningen, zonder een oordeel over de medische beperkingen die de grondslag vormen voor die inspanningen, is praktisch zonder waarde.

Voorstellen tot verbetering

Het DO 're-integratie-inspanningen' is in potentie een nuttig instrument. Op grote schaal zijn er ergernissen over de uitvoering. Werkgevers en arbodienstverleners ervaren verspilling van middelen als zij ondanks de goedbedoelde inspanningen een loonsanctie krijgen met als

Het deskundigenoordeel 're-integratie-inspanningen'

Dit DO is terug te vinden in art 32 lid 3 sub b SUWI en luidt:

'Het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen stelt op verzoek van een werkgever of een werknemer dan wel een eigenrisicodragers ... een onderzoek in naar en geeft een oordeel over.....

a....

b.de vraag of de werkgever ten aanzien van zijn zieke werknemer, respectievelijk de eigenrisicodragers ten aanzien van de persoon aan wie hij ziekengeld moet betalen, voldoende en geschikte re-integratie-inspanningen heeft verricht'

Het DO is niet gericht op enig rechtsgevolg en derhalve géén bestuursbesluit in de zin van Art.1:3 Awb; CRvB 19 augustus 2009 (ECLI:NL:CRVB:2009:BJ5998). Er staat daarom geen bezwaar en beroep open en is de dwangsomregeling om die reden niet van toepassing (afd 4.1.3.2 Awb). Er staat dus geen sanctie op het

simpelweg niet of niet volledig uitvoeren van een aanvraag om een deskundigenoordeel.

Hoewel het DO formeel niet gericht is op enig rechtsgevolg zijn die gevolgen er praktisch gesproken natuurlijk wel: de werkgever mag bij zijn re-integratiebeleid wel vertrouwen op het antwoord dat het UWV zonder voorbehoud heeft gegeven op de specifieke vraag of zijn re-integratie-inspanningen voldoende waren (zie CRvB 20 juli 2011, ECLI:NL:CRVB:2011:BR2382) en CRvB 21 mei 2014, ECLI:NL:CRVB:2014:1766).

In verband met de scheiding tussen het publieke en private domein mag het DO niet het karakter of werking van een advies krijgen, omdat het publiekrechtelijke UWV dan private partijen zou adviseren in plaats van controleren. Een dergelijk DO zou de werkgever zelfs kunnen verleiden tot het volledig afzien van inzet van deskundige ondersteuning en blind te varen op het 'advies' van het UWV.

Het UWV kent een (niet gepubliceerde) interne werkinstructie 'Deskundigenoordelen'.

bijkomend gevolg een verstoorde relatie tussen arbo-dienstverlener en klant. De werknemer krijgt weliswaar zijn loon maar moet wachten op adequate re-integratie. De uitvoering moet en kan beter en dat kan zonder wetwijziging of stelselwijziging en ook zonder dat de scheiding van privaat- en publiek domein onaanvaardbaar doorbroken wordt.

Een goed DO omvat een compleet oordeel over de re-integratie-inspanningen. Er wordt *altijd* een oordeel gegeven over de medische beperkingen; liefst in een persoonlijk onderzoek, maar minimaal een papieren beoordeling, in combinatie met een toelichting door de bedrijfsarts. Dan kunnen de werkgever en zijn adviseurs zelf wel bepalen of en hoe de re-integratie bijgesteld moet worden.

Voor het UWV staat ook ná een compleet DO de mogelijkheid open alsnog een loonsanctie op te leggen als bij de RIV-toets blijkt dat de werkgever het daarna toch niet goed gedaan heeft. Daar verzet de jurisprudentie zich nadrukkelijk niet tegen, mits het UWV een verschillende uitkomst voldoende motiveert. De scheiding publiek-privaat blijft dan in stand.

Gewenst is een openbaar beleidskader voor de uitvoering van een DO, net zoals nu geldt voor de RIV-toets. Wellicht kan daartoe de huidige interne UWV-werkwijzer 'Deskundigenoordelen' als basis dienen. In afwachting van dat beleidskader zou het UWV alvast kunnen beginnen om de interne werkinstructie 'deskundigen oordelen' openbaar te maken zodat het veld in ieder geval weet hoe het UWV het DO uitvoert en daarmee rekening kan houden. Dat is enige jaren geleden ook gebeurd met de aanvankelijk niet gepubliceerde praktijkwijzer 'RIV-toets' en die openbaarmaking heeft zeker bijgedragen aan het vergroten van de transparantie van de uitvoeringspraktijk.

Wij pleiten er niet voor dat het DO een bestuursbesluit wordt waartegen bezwaar en beroep open staat, aangezien dat ongetwijfeld gaat leiden tot een onaanvaardbare stroom aan bezwaar en beroepszaken. Misbruik door eindeloos herhaalde aanvragen van het DO dient te worden tegengegaan.

Literatuur

1. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: regels, richtlijnen en rapporten. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2016; 24: 53-57.

Second opinion bij een andere bedrijfsarts

Voorgenomen wijzigingen in de Arbeidsomstandighedenwet

Ben Lindeman

In december 2015 is bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend met de titel: 'Wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet in verband met de versterking van de betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij de arbodienstverlening, de preventie in het bedrijf of de inrichting van de werkgever, en de randvoorwaarden voor het handelen van de bedrijfsarts'. Het voorstel is op 6 september 2016 door de Tweede Kamer behandeld en, ondanks de tegenstem van de VVD, op 13 september aangenomen.

Achtergrond van het wetsvoorstel is het SER-advies *Betere zorg voor werkenden*, dat in september 2014 is uitgebracht. Mede op basis van dit advies heeft het kabinet in januari 2015 in een brief aan de Kamer het voornemen geuit om door middel van nieuwe wettelijke voorschriften verbeteringen op dit terrein te bewerkstelligen.

In het wetsvoorstel worden diverse onderwerpen geregeld, zoals het instemmingsrecht van de ondernemingsraad bij het aanstellen van de preventiemedewerker, het verduidelijken van de adviserende rol van de bedrijfsarts bij de verzuimbegeleiding en het opnieuw invoeren van het op preventie gerichte arbeidsomstandighedensprekuur. Ook worden enkele maatregelen ingevoerd die de bedrijfsarts meer ruimte moeten bieden voor een professionele taakuitoefening. Eén van die maatregelen is het vastleggen van de mogelijkheid van een second opinion door een andere bedrijfsarts.

Voor de preventiemedewerker in het bedrijf wordt geregeld dat de ondernemingsraad instemmingsrecht krijgt bij het aanstellen van deze medewerker en bij het regelen van diens positie binnen de onderneming. Het kabinet wil hiermee het draagvlak voor de preventiemedewerker vergroten. Het kiest daarbij voor het zwaardere instemmingsrecht, omdat de preventiemedewerker het volle vertrouwen van de werknemers moet genieten.

De taak van de bedrijfsarts bij de verzuimbegeleiding wordt in de wet nu nog aangeduid met de woorden

'bijstand verlenen'. De regering wil benadrukken dat de bedrijfsarts hier geen uitvoerende, maar uitsluitend een adviserende rol heeft. Op grond van de Wet verbetering poortwachter is de werkgever verantwoordelijk voor de aanpak van het ziekteverzuim. De werkgever en de werknemer worden hierbij ondersteund door de bedrijfsarts, op wiens advies zij zelf een plan van aanpak opstellen en uitvoeren. In de praktijk komt het voor dat de werkgever de verzuimbegeleiding grotendeels aan de bedrijfsarts overlaat. Deze komt daardoor in de positie waarin hij taken van de werkgever uitvoert en het risico loopt dat de belangen van de werkgever zwaarder worden gewogen dan die van de gezondheid van de werknemer. De regering vindt dat de term 'bijstand' die nu in de wet wordt gebruikt te algemeen is en tot verwarring kan leiden. Daarom wordt voorgesteld om uitdrukkelijk in de wet op te nemen dat de rol van de bedrijfsarts hier alleen adviserend is.

Tot 2007 bestond er een wettelijke regeling over preventieve consultatie van de bedrijfsarts en andere arbodienstverleners over gezondheidkundige vraagstukken in verband met de arbeid, het zogenaamde arbeidsomstandighedensprekuur. Dit hield in dat werknemers ook indien er geen sprake was van ziekteverzuim, rechtstreeks toegang hadden tot de bedrijfsarts. Rechtstreekse toegang tot de bedrijfsarts is nu voor driekwart van de werknemers open. In het advies *Betere zorg voor werkenden* uit 2014 heeft de SER gepleit voor herinvoering van het arbeidsomstandighedensprekuur. De regering neemt dit over in het wetsvoorstel, echter alleen voor de bedrijfsarts. Toegang tot de bedrijfsarts is meer rechtstreeks in het belang van de gezondheid van de werknemer. Het bieden van toegang tot andere arbodienstverleners hoeft niet wettelijk te worden voorgeschreven, maar kan door werkgevers en werknemers zelf worden geregeld.

Voor de consultatie van de bedrijfsarts door de werknemer moeten zodanige regelingen zijn getroffen dat deze toegang ook adequaat is. Werknemers moeten ervan op de hoogte zijn dat zij hiervan gebruik kunnen maken en dat

Mr. B.J. Lindeman, beleidsadviseur Centraal Expertise Centrum UWV.
Correspondentieadres:
ben.lindeman@uwv.nl

hiervoor geen toestemming van de werkgever nodig is. Er mogen geen onnodige drempels zijn naar tijd en plaats, en de werkgever mag niet worden geïnformeerd over het consult of de uitkomsten daarvan, ook niet indirect, bijvoorbeeld door een gespecificeerde nota.

Meer ruimte voor professionaliteit van de bedrijfsarts

De regering constateert een aantal knelpunten rond de vereiste onafhankelijkheid van de bedrijfsarts van de werkgever. Uit een onderzoek van AStri ('De positie van de bedrijfsarts' uit 2011) blijkt dat bedrijfsartsen vaak het idee hebben dat werknemers bij de verzuimbegeleiding onvoldoende vertrouwen hebben in hun onafhankelijkheid. Een deel van de bedrijfsartsen geeft aan zelf regelmatig in de situatie te verkeren waarin niet meer geheel onafhankelijk kan worden gewerkt. De regering wil de professionaliteit van de bedrijfsarts vergroten om daarmee diens onafhankelijke positie te versterken.

De contracten tussen werkgevers en arbodienstverleners zijn soms zo beperkt dat op basis daarvan geen toereikende arbozorg kan worden verleend. Om zeker te stellen dat bedrijfsartsen hun professie op volwaardige wijze kunnen uitoefenen, vindt de regering het noodzakelijk om enkele rechten en plichten van de bedrijfsarts uitdrukkelijk in de wet op te nemen. Deze rechten en plichten moeten worden vastgelegd en verder uitgewerkt in de arbocontracten. Die contracten moeten dus aan bepaalde minimumeisen gaan voldoen. Voor nieuwe contracten geldt dit meteen na inwerkingtreding van de wetswijziging, voor bestaande arbocontracten geldt een overgangstermijn van één jaar.

De nieuwe rechten en plichten van de bedrijfsarts hebben betrekking op de algemeen ingevoerde mogelijkheid van een second opinion, de verplichte klachtenregeling, het melden van beroepsziekten en enkele andere onderwerpen. Zo krijgt de bedrijfsarts het recht om elke werkplek te bezoeken. Hij hoeft dit niet zelf te doen, maar kan ook een andere deskundige daarvoor inschakelen. Ook het recht om geregeld overleg te voeren met de preventie-medewerker en de medezeggenschap wordt in de wet vastgelegd. Volgens de regering vergroot dit de betrokkenheid van de bedrijfsarts bij het bedrijfsbeleid voor gezond en veilig werken.

In de huidige Arbeidsomstandighedenwet is voor de bedrijfsarts al de verplichting opgenomen om beroepsziekten te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Uit onderzoek van de Inspectie SZW en de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2014 is gebleken dat deze meldingen zeer beperkt plaatsvinden. In het SER-advies *Betere zorg voor werkenden* uit 2014 wordt gesignaleerd dat door het niet voldoende uitvoeren van deze wettelijke taak minder onderzoek naar beroepsziekten kan worden

gedaan en daardoor een adequaat preventiebeleid wordt belemmerd. Om de naleving van de meldingsplicht te verbeteren wil de regering een boete stellen op het niet melden van beroepsziekten door de bedrijfsarts. De wetswijziging die dit regelt zal nog niet worden ingevoerd, omdat eerst wordt afgewacht of het aantal meldingen ook zonder invoering van een sanctiebepaling substantieel zal kunnen toenemen.

Verder gaat voor elke bedrijfsarts en arbodienst de verplichting gelden om een adequate regeling te hebben voor het behandelen van klachten, en deze regeling in het arbocontract met de werkgever vast te leggen. Een goede klachtbehandeling draagt bij aan de kwaliteit van de dienstverlening, en kan voor de werknemer die het vertrouwen in zijn bedrijfsarts is verloren, een weg zijn om te vragen om een andere bedrijfsarts toegewezen te krijgen.

Tot slot wordt de mogelijkheid van een second opinion bij een andere bedrijfsarts als verplichting in de wet opgenomen. In de praktijk bieden veel bedrijfsartsen en arbodiensten dit al aan, maar dit wordt nu de algemene regel. Vraagt de werknemer een second opinion, dan verwijst de bedrijfsarts hem door naar een andere bedrijfsarts, die niet verbonden mag zijn aan dezelfde werkgever of aan dezelfde arbodienst. De keuze is niet vrij voor de werknemer, de andere bedrijfsarts wordt aangewezen door de eerste bedrijfsarts. Het verzoek om een second opinion wordt alleen geweigerd indien daarvoor zwaarwegende redenen bestaan, zoals het volledig ontbreken van enige redelijke grond, of herhaalde verzoeken zonder nieuwe reden. De kosten voor de second opinion zijn voor de werkgever.

De eerste bedrijfsarts bespreekt de resultaten van de second opinion met de andere bedrijfsarts en met de werknemer, en stelt zijn eerdere beoordeling op grond hiervan al dan niet bij. Uitgangspunt is dat dezelfde bedrijfsarts de begeleiding voortzet. Leidt de second opinion er echter toe dat de werknemer niet meer voldoende vertrouwen heeft in de bedrijfsarts, dan moet deze in overweging nemen om met het oog op een tijdig herstel en terugkeer naar het werk de begeleiding aan een andere bedrijfsarts over te dragen. Overdracht is geen recht van de werknemer, maar het moet wel overwogen worden.

Second opinion en deskundigenoordeel

Het algemeen invoeren van de second opinion is uitdrukkelijk niet bedoeld om de plaats in te nemen van het deskundigenoordeel van het UWV. De regering benadrukt dat beide een verschillend karakter hebben. Verwacht wordt dat de second opinion vooral in een vroeg stadium van het ziekteverzuim zal worden gevraagd, en meestal betrekking zal hebben op gezondheidsvragen, terwijl het deskundigenoordeel meer aan de orde komt als er verschil van mening is over werkhervatting of het al dan niet

inzetten van re-integratieactiviteiten. Het deskundigenoordeel kan zowel door de werknemer als de werkgever worden aangevraagd, de second opinion staat alleen open voor de werknemer. Bij de second opinion is de inhoud van de vraagstelling niet beperkt, een deskundigenoordeel kan alleen gaan over de ongeschiktheid tot werken, de passendheid van bepaalde arbeid of de re-integratie-inspanningen van de werkgever of de werknemer.

Ondanks de verschillen tussen de beide instrumenten kan toch worden verwacht dat werknemers vaker om een second opinion zullen vragen, en in verband daarmee minder vaak een deskundigenoordeel zullen aanvragen. De second opinion bij een andere bedrijfsarts sluit aan bij wat in de behandelende sector gebruikelijk is. Daardoor bestaat er voor de werknemer een minder hoge drempel dan bij het deskundigenoordeel. Dit geldt ook in financieel opzicht. De second opinion maakt deel uit van het arbocontract met de werkgever, een deskundigenoordeel kost de werknemer € 100,-. De relatie tussen de werknemer en de bedrijfsarts wordt door een second opinion ook minder belast. De bedrijfsarts houdt de regie, en kan met de uitkomst naar bevind van zaken handelen. Na overleg met de tweede bedrijfsarts en met de werknemer kan het aanvankelijke oordeel geheel of gedeeltelijk worden bijgesteld, en kunnen eventueel aangepaste afspraken worden gemaakt.

Als een deskundigenoordeel wordt aangevraagd, is er relatief vaak sprake van een conflictsituatie. Het conflict

beperkt zich meestal niet tot de vraag die het UWV op grond van de wet moet beantwoorden, zodat het deskundigenoordeel geen oplossing biedt voor het onderliggende probleem. Omdat bij de second opinion een meer flexibele aanpak mogelijk is, kan daarvan eerder een de-escalerende werking worden verwacht. In dit opzicht is de second opinion in veel situaties wellicht een meer effectief instrument om een stagnerend re-integratieproces vlot te trekken, dan het deskundigenoordeel.

De combinatie van eerst een second opinion en daarna alsnog een deskundigenoordeel lijkt minder gelukkig. Het opstellen van een deskundigenoordeel zal in dat geval voor de verzekeringsarts lastiger en ingewikkelder worden, omdat niet het oordeel van één maar van twee bedrijfsartsen moet worden getoetst. Bovendien is de werkgever, die bij de second opinion niet aan bod is gekomen, bij het deskundigenoordeel wél partij. Door de inmiddels verstreken tijd kan het conflict verder zijn verhard. Het oplossend vermogen van het deskundigenoordeel wordt er waarschijnlijk niet groter op indien daaraan een second opinion is voorafgegaan.

Het algemeen invoeren van de second opinion zal zowel de kwaliteit als de acceptatie van de advisering door de bedrijfsarts kunnen verbeteren. Het is daarbij te hopen dat dit ook zal leiden tot een vermindering van het aantal deskundigenoordelen, vooral in die situaties waarin de second opinion een beter alternatief kan zijn.

Deskundig oordelen

Wim Otto

Na het lezen van de artikelen over het deskundigenoordeel kun je je afvragen hoe deskundig het oordeel eigenlijk is. Daarbij doel ik op twee dingen die naar voren komen:

- Het veelal achterwege blijven van een oordeel over de mogelijkheden en beperkingen bij het deskundigenoordeel re-integratie-inspanningen.
- De (grote) verschillen bij de beoordeling die worden gesignaleerd en vastgesteld, zowel in het kader van de beoordeling van de re-integratieinspanningen als bij het oordeel over de geschiktheid voor het eigen werk.

Zoals terecht wordt gesteld leidt een verkeerd vertrekpunt tot een onjuiste uitkomst. En dat betekent dat de kans groot is dat de re-integratie-inspanningen zich niet in de goede richting bewegen en letterlijk hun doel voorbij-schieten. Het is dan ook geen optie om bij de toetsing van het re-integratieverslag de uitslag van een eerder afgegeven deskundigenoordeel leidend te laten zijn, als dat deskundigenoordeel zelf niet een betrouwbare basis heeft omdat er geen degelijke beoordeling van de belastbaarheid heeft plaatsgevonden.

Met een toets op de door de bedrijfsarts vastgestelde belastbaarheid en een eventueel aangepast oordeel zijn we er nog niet. En dan kom ik terug op het tweede punt: de grote verschillen in beoordeling. Van verzekeringsartsen wisten we dat al, al wil ik dat wel nuanceren: grootschalig onderzoek heeft uitgewezen dat systematische verschillen in de uitvoeringspraktijk bij UWV-verzekeringsartsen uitsluitend zijn vast te stellen op de beoordelingsaspecten duurbelastbaarheid en ernst van de beperkingen.^{1,2} Maar duurbelastbaarheid is net wel de factor die het meest van invloed is op zowel het uitkeringsniveau als op de re-integratieactiviteiten en het is dus in dat perspectief een *major problem*.

Te grote verschillen in oordeel?

Het onderzoek naar het deskundigenoordeel ziek-niet ziek laat zien dat in maar liefst de helft van de geval-

len de verzekeringsarts tot een ander (en ook meteen tegenovergesteld) oordeel komt dan de bedrijfsarts. Er valt misschien best iets af te dingen op de representativiteit van dit percentage (het betreft één regio, flink wat dossiers werden geëxcludeerd), maar wie de uitvoeringspraktijk kent kan hierin een bevestiging zien dat we met een serieus probleem te maken hebben. En dan gaat het er niet alleen om dat de werknemer al dan niet terecht zijn werk heeft gestaakt dan wel in staat wordt gesteld te hervatten, ook hier is de impact op de re-integratie groot, zeker als de deskundigen – bedrijfs- en verzekeringsarts – een totaal verschillende visie hebben.

De rode draad in dit verhaal is dan ook dat er te vaak te grote verschillen zijn bij het oordeel over de belastbaarheid. Zowel vanuit professioneel-vakinhoudelijk oogpunt als vanwege het belang voor de werknemers, moeten bedrijfs- en verzekeringsartsen zich dat aantrekken en naar oplossingen zoeken.

Zonder een gedegen analyse geen oplossing. Een begin van die analyse is er. In die zin dat we weten welke factoren volgens het hier gepubliceerde onderzoek géén rol spelen bij de mate van overeenstemming tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen. Alleen het oordeel 'ziek' van de werknemer zelf maakt de kans op overeenstemming groter. Mede op grond van de nadere analyse op dossierniveau kunnen we een paar mogelijke factoren bedenken die een rol spelen bij het verschil in oordeel tussen bedrijfs- en verzekeringsarts:

- verschillend perspectief: het re-integratieperspectief kan tot een andere visie op de belastbaarheid leiden dan een meer statische beoordeling van de actuele belastbaarheid;
- in het verlengde daarvan: het meer of minder laten meewegen van niet medische factoren (in ICF-termen: persoonlijke en externe factoren);
- dit laatste kan te maken hebben met een verschil in opvattingen dan wel normen die men voor zichzelf hanteert;

- verschil in kennis en/of het onvoldoende betrekken van beschikbare kennis;
- complexiteit van de problematiek van de individuele werknemer;
- het gegeven dat het ons nog aan zoveel kennis ontbreekt dat het niet anders kan dan dat er substantiële verschillen ontstaan tussen artsen bij de beoordeling van de belastbaarheid – hoe deskundig zij ook zijn in dit opzicht.

Beoordelen doe je samen

We kunnen hier dus eindigen met de constatering dat meer onderzoek nodig is om de analyse compleet te maken. Dat zal ons zeker verder kunnen helpen, maar daarmee alleen lossen we het probleem van het verschil in oordeel voor de individuele werknemer niet op, zeker niet op korte termijn. Er zit maar één ding op, en dan verwijs ik naar de Zeepkist van vorige maand: beoordelen doe je samen. Samen betekent niet dat we het altijd eens moeten worden. Samen betekent evenmin dat de onaf-

hankelijkheid van het deskundigenoordeel in het geding moet komen. Samen betekent in mijn visie dat je een gedegen onderzoek doet en je onderzoeksbevindingen en afwegingen met elkaar uitwisselt. Dan zal in veel gevallen overeenstemming mogelijk zijn en waar dat niet het geval is is er door beide partijen goed over nagedacht.

Ik zie het als een uitdaging voor de beroepsgroepen om al die belemmeringen weg te nemen die dit 'samen' in de weg staan. Ook als we daarvoor naar Den Haag moeten.

Literatuur

1. Schellart AJM, Besseling JJM, Steenbeek R, Kroneman H. Onderzoek naar interdoktervariatie bij beoordelingen van verzekeringsartsen. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2013; 2: 61-67.
2. Schellart AJM, Mulders HPG, Steenbeek R, et al. Interdoctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. BMC Public Health 2011; 11: 864.



Therapeutisch werk als faciliterende factor voor werkhervatting in betaald werk

Martine van Egmond

Voor veel mensen die vanwege kanker in de Ziektewet of de WIA terechtkomen is de afstand naar de arbeidsmarkt groot. In eerder kwalitatief onderzoek werd door verzekeringsartsen en door vangnetters met kanker gerapporteerd dat therapeutisch werk een belangrijke faciliterende factor kan zijn voor werkhervatting in betaald werk. Hierbij werd ook aangegeven dat de mogelijkheden voor participatie in therapeutisch werk voor de vangnetpopulatie de laatste jaren zijn afgenomen, en dat nu vooral werknemers met kanker nog toegang tot therapeutisch werk hebben. Het doel van dit onderzoek was om te bepalen of participatie in therapeutisch werk geassocieerd is met werkhervatting in betaald werk, in een populatie van vangnetters en werknemers met kanker.

Het volledige artikel 'Therapeutic Work as a Facilitator for Return to Paid Work in Cancer Survivors' is gepubliceerd in het Journal of Occupational Rehabilitation: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10926-016-9641-6>.

Deelnemers

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een cohort van werknemers en vangnetters met kanker. De data van dit cohort zijn verzameld in het kader van het promotie-onderzoek van Peter van Muijen, verzekeringsarts in Breda. Van juli 2011 tot februari 2012 werden mensen die zich bij de WIA-poort meldden vanwege kanker, uitgenodigd voor deelname aan het cohort. Deze deelnemers waren dus al twee jaar met ziekteverlof vanwege kanker. Deelnemers vulden een vragenlijst in bij aanvang van de studie en na één jaar follow-up. Voor het huidige onderzoek is een selectie uit dit cohort genomen; namelijk mensen die bij aanvang van het onderzoek nog geen betaald werk hadden, mensen die geen IVA-uitkering hadden gekregen bij de WIA-beoordeling, en mensen die na één jaar de vervolgvragenlijst hadden teruggestuurd. In

totaal werden in deze studie gegevens van 192 mensen gebruikt, waarvan 60 vangnetters en 132 werknemers. De gemiddelde leeftijd was 51 jaar en 33% was man.

Samenvatting van de resultaten

Uit de analyses bleek dat mensen met kanker in de WIA die bij aanvang van de studie therapeutisch werk deden, een grote kans hadden om een jaar later betaald aan het werk te zijn, ten opzichte van de groep die geen therapeutisch werk deed bij aanvang van de studie. De ruwe 'kans' op werkhervatting was in deze groep ruim twaalf keer zo groot. In de analyses is daarna gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, en de uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Gecorrigeerd voor deze factoren, was de 'kans' op werkhervatting in betaald werk nog steeds bijna zeven keer zo groot voor de groep die therapeutisch werk deed, vergeleken met de groep die geen therapeutisch werk deed. Ook zagen we dat vangnetters met kanker een significant kleinere kans hadden om te participeren in therapeutisch werk, in vergelijking met werknemers met kanker.

Implicaties van het onderzoek

Uit dit onderzoek blijkt dat participatie in therapeutisch werk een belangrijke faciliterende factor is voor werkhervatting in betaald werk voor mensen met kanker in de WIA. Ook blijkt dat vangnetters met kanker in de WIA een veel lagere kans hebben om te participeren in therapeutisch werk, dan (voormalig) werknemers met een diagnose kanker in de WIA. Daarom bevelen wij UWV-professionals aan om mogelijkheden voor participatie in therapeutisch werk voor hun cliënten te zoeken en te realiseren. Ook bevelen wij aan om experimenteel onderzoek te doen naar het aanbieden van therapeutische werkplekken aan mensen met kanker in de WIA. Mogelijk is participatie in therapeutisch werk ook een geschikte methode voor mensen in de WIA met een andere diagnose dan kanker, om zich voor te bereiden op werkhervatting in betaald werk.

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

Correspondentieadres:

ma.vanegmond@vumc.nl

Huh?!?

Wendel Slingerland



Het gaat steeds beter: ik krijg nu voor iedere nieuwe verzuimende werknemer die ik op het spreekuur ga zien een keurig ingevuld formulier met naast naw-gegevens ook andere informatie zoals eerste ziekte dag, functie, aanleiding voor spreekuuroproep en één of meer specifieke vragen. Voordat ik iemand ophaal uit de wachtkamer bereid ik me eerst voor met dit formulier en eventueel nog met gegevens uit het personeelssysteem van de werkgever.

Op het formulier van deze mevrouw had haar leidinggevende gezet: "Betrokkene is energetisch beperkt, is onder behandeling voor haar klachten." Dit is al veel beter dan het geweest is bij deze werkgever, kan ik je vertellen. Er staan nu in ieder geval geen medische termen en data van doktersbezoeken meer in. Echter met in mijn achterhoofd de zaak AP/Abrona* kan dit nog helemaal niet door de beugel natuurlijk. Sterker nog, eigenlijk had de leidinggevende dus helemaal niet mogen vragen naar de beperkingen...

Ik loop naar de wachtkamer om mevrouw op te halen en kom er dan achter dat zij samen met haar leidinggevende is. "Hij moet mee," zegt ze, "anders vertel ik niks." De leidinggevende kijkt strak naar zijn schoenen en ik bespeur een lichte roodheid in zijn nek. "Als u het ook goed vindt hoor", zegt hij. Nadat ik heb gezegd dat als de werknemer het goed vindt, ik het ook goed vind, loopt hij schoorvoetend achter mij en mevrouw aan naar de spreekkamer.

"Ik begrijp dat het al een paar maanden niet zo goed gaat met u, en dat u steeds wel probeert te werken, maar dat het niet lukt? Ook begrijp ik dat u last hebt van verminderde energie?" Mevrouw kijkt me uiterst verbaasd aan en vervolgens naar de leidinggevende. "Huh?" "Ja, dat heb ik je toch uitgelegd," zegt hij, "ik mag niks opschrijven en eigenlijk ook niks aan je vragen vanwege de privacy!" "Maar dat is toch raar?", zegt mevrouw. "Ik ken je al zo lang en ik vertel je altijd alles. Ja sorry hoor," zegt ze, nu tegen mij, "ik ben een heel gesloten type en ik praat niet zo makkelijk. Maar tegen hem vertel ik wel alles omdat ik hem al zolang ken. En ik wilde juist dat hij mee kwam om mij te helpen om te praten!" Geduldig leg ik mevrouw uit dat de leidinggevende vanwege de privacy inderdaad niet meer mag vragen naar de medische zaken, maar ook niet meer naar de beperkingen. Ook vertel ik haar dat de werkgever de kans loopt een boete te krijgen als dit openbaar zou worden. Ze snapt er echt helemaal niks van, zit hoofdschuddend tegenover me. "Maar hoor eens hier, dan zou ik dus thuis moeten gaan zitten, want dan zou hij niet weten waarmee hij mij kan helpen om toch het werk te doen?" "Ja, eigenlijk wel, totdat u een advies zou hebben van de bedrijfsarts."

Mevrouw blijft de rest van het gesprek hoofdschudden, ze snapt er niks van. Op het eind van het gesprek, als ik heb samengevat wat de beperkingen zijn en wat er nog wel zou kunnen in het werk, zegt ze ineens: "Die mensen die dit soort dingen bedenken weten volgens mij echt niet hoe dat gaat op de werkvloer met mensen zoals wij en dat we niet thuis willen blijven zitten. Denken ze nou echt dat ze ons ermee helpen door zo moeilijk te doen?" Ik laat het antwoord daarop in het midden, maar doe mevrouw en haar leidinggevende het idee aan de hand om het voortaan te hebben over de klussen die zij wel zou kunnen doen. "En dat medische, al die klachten en dat wat niet kan," zeg ik, met een knipoog naar de leidinggevende, "dat bewaar je gewoon voor de dokter."

*www.rnvc.nl/nieuws/rnvc-nieuws/471-rapport-autoriteit-persoonsgegevens-over-abrona-zin-of-onzin

Zijn vrouwen met fibromyalgie lichter werk gaan doen?

Sylvia Snoeck-Krygsman

Samenvatting

Fibromyalgiepatiënten hebben vaak al jarenlang gezondheidsklachten. Mogelijk passen zij hun carrière al tijdig aan door fysiek lichter werk te zoeken. Van een eindewachtijds populatie zijn 95 vrouwen met fibromyalgie vergeleken met 96 vrouwelijke controles op hun arbeidsverleden. De hypothese is dat de fibromyalgiegroep lichter werk doet dan de controlegroep.

De beroepswaarte van de baan ten tijde van de ziekmelding werd gescoord met criteria uit de Dictionary of Occupational Titles (DOT). In de controlegroep had 57% zwaar werk (score > 2 op een schaal van 1 t/m 5), versus 51% in de fibromyalgiegroep. Dit effect werd sterker als slechts naar vrouwen met één diagnose werd gekeken: zwaar werk komt dan 51% voor in de fibromyalgiegroep versus 64% in de controlegroep.

Sommige vrouwen met fibromyalgie lijken al vóór het ziekteverzuim voor lichter werk te hebben gekozen. Analyseren waarom zij alsnog zijn uitgevallen, is wellicht zinvoller dan het lichter maken van hun werk.

In de algemene bevolking heeft 30% van de mensen last van chronische musculoskeletale pijnklachten van één of meerdere lichaamsregio's.¹ Mensen voldoen aan de diagnose fibromyalgie als deze pijnklachten over het gehele lichaam voorkomen, er nog andere symptomen zijn, ze minstens drie maanden aanwezig zijn en er géén andere aandoening ter verklaring is vastgesteld.² Fibromyalgie komt voor bij zo'n 2 tot 8% van de bevolking en komt vaker voor bij vrouwen.¹ Er zijn aanwijzingen voor een aangeboren kwetsbaarheid, een *pain-prone phenotype*.¹ De diagnose wordt echter vaak pas gesteld op middelbare leeftijd.³ Ze hebben dan vaak al een

jarenlange voorgeschiedenis met onverklaarde lichamelijke klachten en soms diagnoses van andere SOLK.^{4,5,6} Ten tijde van de diagnose hebben mensen met fibromyalgie al 10 jaar een aanzienlijk hogere zorgconsumptie dan gematchte controles.¹ Fibromyalgie heeft een grote negatieve impact op het leven. In werk levert dit méér ziekteverzuim en minder productiviteit⁷ op. Onderzochte belastende werktaken voor mensen met fibromyalgie zijn⁸: zware fysieke werkzaamheden, werken boven schouderhoogte, frequent dragen en tillen, langdurige statische houdingen, repeterende bewegingen en excentrische spierbelasting. Anderzijds vormt fysieke training een basisonderdeel van de behandeling^{9,10} en heeft fysieke activiteit beschermende effecten op fibromyalgie.¹¹ Iemand die later fibromyalgie blijkt te hebben, heeft vaak eerst onverklaarde lichamelijke klachten en een pain-prone phenotype. Daarmee verwacht hij of zij wellicht overbelastingsklachten bij zwaar werk en switcht vroeg in de carrière naar licht werk. Dit zou gunstig kunnen zijn, vanwege bescherming tegen uitval, maar ook ongunstig vanwege verminderde fysieke activering.

Als uit dit onderzoek blijkt dat mensen met fibromyalgie reeds op de 1^e arbeidsongeschiktheidsdag lichter werk doen, is er misschien geen werkaanpassing nodig. Wel kan geanalyseerd worden waarom men ondanks het lichte werk toch is uitgevallen.

Het doel in dit onderzoek is het nagaan of mensen met fibromyalgie die twee jaar arbeidsongeschikt zijn reeds vóór de eerste ziektedag lichter werk deden. De onderzoekspopulatie is gevormd door vrouwen met een werkgever die twee jaar verzuimen. Hieruit is een groep met fibromyalgie vergeleken met een controlegroep op de zwaarte van het werk. De vraagstelling is of de fibromyalgiegroep lichter werk deed.

S.P. Snoeck-Krygsman is verzekeringsarts en psycholoog, werkzaam bij het UWV in Eindhoven.

Correspondentieadres:
sylvia.krygsman@uwv.nl

**Fibromyalgie,
Zwaar werk,
Arbeidsverleden**

Methode

Onderzoeksdesign

Als onderzoeksdesign is gekozen voor een case-control studie, omdat fibromyalgie weinig frequent voorkomt (enkele procenten). Cases zijn mensen die bij de WIA-beoordeling (onder andere) een diagnose fibromyalgie hadden. De controlegroep ontstond door een steekproef uit de totale populatie WIA-beoordelingen waar de cases uit voortkwamen. De zwaarte van het laatste beroep is de uitkomstvariabele.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit de meest recent voltooide WIA-beoordelingen (jaren 2013 en 2014) in de UWV-regio waarin de auteur zelf werkzaam was. Alleen mensen met benutbare mogelijkheden behoorden tot de populatie, omdat van hen een arbeidsverleden beschreven is ($N = 8704$). Het UWV hanteert het Claim Beoordelings- en BorgingsSysteem (CBBS) om de gegevens over arbeidsmogelijkheden vast te leggen. Uit dit CBBS zijn onder andere diagnose-codes (CAS-codes) verkregen. Deze codes vertegenwoordigen de (maximaal 3) diagnoses die bij de eindewachttijdbeoordeling van iemand zijn vastgelegd. Als één van de CAS-codes luidde 'L698 Fibromyalgie' is de betreffende persoon aan de cases toegewezen ($N = 236$). De gehele groep ($N = 8704$), waaruit ook de cases naar voren zijn gekomen, werd als controlegroep gehanteerd. Hieruit zijn random mensen getrokken totdat er ongeveer evenveel controles ($N = 223$) als cases waren. Door dit 'trekken met teruglegging' en bij een prevalentie van fibromyalgie van 5%, zal 5% van de controles fibromyalgie (moeten) hebben om een representatieve populatie te vormen.¹² Door het moeten benutten van alle geschikte fibromyalgen als 'cases', waren de 5% controles met fibromyalgie zowel deel van de case- als van de controlegroep. Naast de uit het CBBS verkregen gegevens, zijn nog handmatig aanvullende gegevens in het elektronisch dossier (EAED) opgezocht, zoals het beroep. Zodra bleek dat een persoon geen werkgever (meer) had, werd deze geëxcludeerd. Vangnetters hebben namelijk vaak een lagere SES en wellicht ook minder keuzemogelijkheden m.b.t. hun werk. Ook mannen werden geëxcludeerd. Zij maakten slechts 8% van de cases uit en zouden dan in de controlegroep ook slechts met 8% mogen voorkomen. Bovendien geeft het gehanteerde afkappunt voor 'zwaar werk' bij vrouwen een beter onderscheidend vermogen. Dit onderzoek heeft zich daarom beperkt tot vrouwen. Uiteindelijk resteerden er nog 95 cases en 96 controles: allen waren vrouwen met benutbare mogelijkheden die in 2013 of 2014 in de betreffende regio de wachttijd WIA hadden doorlopen en nog een werkgever hadden. Van de cases hadden bij eindewachttijd 52 personen de CAS-code 'L698 Fibromyalgie' als eerste diagnose, 32 hadden hem als tweede en 16 als derde.

Meetmethode

De beroepen van de onderzoekspopulatie zijn alleen op fysieke zwaarte gescoord. Psychische aspecten spelen soms ook een rol bij mensen met fibromyalgie. Zij hebben 2 tot 5x meer angst- en stemmingsstoornissen, maar als nog is de prevalentie daarvan laag.¹³ Mede daarom is dit onderzoek beperkt tot de fysieke werkzwaarte. Een Internet-Search naar beroepszwaarte duidde op het bestaan van de Dictionary of Occupational Titles (DOT).^{14,15,16} Deze deelt beroepen in op basis van fysieke belasting en baseert zich daarbij op intensiteit, kracht, duur van gebruik van gereedschappen en energieverbruik. Er zijn 5 categorieën die lopen van zittend licht werk (S – Sedentary) tot zeer zwaar werk (V – Very Heavy). Appendix C van de DOT beschrijft in paragraaf IV ('Physical Demands – Strength Rating') hoe deze categorieën aan een beroep kunnen worden toegekend.¹⁴ Alleen de beroepen die de mensen deden op het moment dat zij uitvielen, zijn in dit onderzoek onderzocht. Een zestal arbeidsdeskundigen werd blind een lijst voorgelegd met slechts de beroepen en de werkgevers van de geïncludeerde mensen. Hen werd gevraagd de zwaarte van dit beroep volgens de DOT-methode te bepalen, op een schaal van 1 (zittend licht) t/m 5 (zeer zwaar). Elk beroep had 6 zwaartescores (van 6 arbeidsdeskundigen), waaruit het gemiddelde berekend werd dat als uiteindelijke 'werkzwaarte' gehanteerd werd. Er waren twee personen met twee werkgevers, maar hun twee beroepen waren zeer vergelijkbaar, zodat er één zwaarte kon worden bepaald. Om te beoordelen in welke mate de arbeidsdeskundigen van visie verschilden over de zwaarte, is bij elke persoon de standaarddeviatie rond het zwaartegemiddelde bepaald en vervolgens het gemiddelde van al deze standaarddeviaties. Naast de zwaarte van het werk werden tevens de volgende variabelen verkregen: opleidingsniveau, leeftijd, maatmanuurloon, maatmanomvang, arbeidsongeschiktheidspercentage, duur tot ziekte (vanaf aanvang beroep tot eerste arbeidsongeschiktheidsdag), duur ziekteperiode (vanaf 1^e ziektedag tot eindewachttijd) en de duur van het recht op een loongerelateerde uitkering (LGU) (als schatter voor de intensiteit/duur van het totale arbeidsverleden). Tevens werd de aanwezigheid van psychische comorbiditeit geschat met de aanwezigheid van CAS-codes met een 'P'. Comorbide SOLK was niet eenvoudig te meten. Omdat uit de literatuur bekend is dat er een grote overlap is van de symptomen van fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom en irritable bowel syndrome⁵, werd de aanwezigheid van comorbide SOLK geschat met de aanwezigheid van CAS-code N690 (CVS) en/of S643 (IBS)).

Analyse

De werkzwaarte was een getal tussen 1 en 5. Deze score werd vervolgens dichotoom gemaakt: het beroep

Tabel 1

Kenmerken van de fibromyalgiegroep en de controlegroep

	Fibromyalgiegroep N=95 (95 met CAS-code L598)		Controlegroep N=96 (5 met CAS-code L598)	
	gemiddeld	95%-BI	gemiddeld	95%-BI
Leeftijd (jaren)	45,1	43,4 – 46,9	45,5	43,5 – 47,5
Uurloon (euro's)	15,85	14,94 – 16,77	15,12	14,18 – 16,07
Omvang (uren per week)	26,2	24,6 – 27,8	28,3	26,6 – 30,0
Aantal diagnoses (aantal CAS-codes)	2,3	2,2 – 2,5	1,8	1,7 – 2,0 *
Opleidingsniveau (1 t/m 7)	3,9	3,7 – 4,2	3,8	3,6 – 4,1
Duur dienstverband tot uitval (jaren)	8,1	6,9 – 9,4	7,6	6,4 – 8,9
Duur wachttijd (jaren)	2,2	2,1 – 2,3	2,2	2,1 – 2,3
Duur LGU-recht (jaren)	2,3	2,2 – 2,4	2,2	2,1 – 2,4
Arbeidsongeschiktheidspercentage (%)	46,98	39,26 – 54,69	45,75	37,83 – 53,68
Psychische comorbiditeit (aanwezigheid P-codes)	0,32	0,20 – 0,43	0,30	0,18 – 0,42
SOLK comorbiditeit (aanwezigheid CAS N690 of S643)	0,02	0,00 – 0,05	0,00	0,00 – 0,00

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval. * = significantie ($p < 0,05$).

werd 'zwaar' genoemd als deze groter was dan 2. Een werkzwaarte van 2 of minder werd 'licht' genoemd. Dit afkappunt werd gekozen, omdat de zwaartes '4' en '5' nauwelijks voorkwamen en zo een evenwichtiger verdeling over 'zwaar' en 'licht' ontstond.

De groepen werden vervolgens vergeleken op enkele kenmerken, om te kunnen corrigeren voor mogelijke confounders. Er was slechts één kenmerk significant verschillend (het aantal diagnoses). Hiervan werd eerst onderzocht of er sprake kon zijn van effectmodificatie en dit bleek het geval.

De percentages mensen met een zwaar beroep zijn vergeleken voor de beide groepen. Vanwege de effectmodificatie zijn de percentages ook vergeleken als de groepen werden uitgesplitst naar het aantal diagnoses. Het aantal diagnoses (CAS-codes) kon slechts de waarde '1', '2', of '3' hebben en werd gedichotomiseerd naar 'één diagnose' en 'meer dan één diagnose'. Patiënten en controles met één diagnose werden vergeleken op het percentage met zwaar werk. En patiënten en controles

met meer diagnoses werden vergeleken op het percentage met zwaar werk.

Ter controle van de invloed van de effectmodificator (aantal diagnoses) zelf op de werkzwaarte, werden de percentages mensen met zwaar en licht werk bepaald voor de totale groep mensen met één diagnose en voor de totale groep mensen met meer diagnoses. Over alle bepaalde percentages werden betrouwbaarheidsintervallen berekend.

Om een indicatie te krijgen van de sterkte van het verband tussen fibromyalgie en werkzwaarte, werden de aantallen mensen met zwaar en licht werk omgerekend tot proporties. Hieruit kon vervolgens als samenhangsmaat de Phi-coëfficiënt (ϕ) worden berekend.

Resultaten

In tabel 1 worden basisgegevens van de fibromyalgiegroep en de controlegroep weergegeven.

Beide groepen waren op vrijwel alle basisgegevens vergelijkbaar. Alleen de variabele 'aantal diagnoses' was

Tabel 2

Het aantal diagnoses in de fibromyalgiegroep versus de controlegroep

	Fibromyalgiegroep N = 95		Controlegroep N = 96	
	N	(%)	N	(%)
Aantal diagnoses				
1	14	(15%)	39	(41%)
2 of meer	81	(85%)	57	(59%)

Tabel 3

Het aantal mensen met licht werk (zwaarte ≤ 2) en zwaar werk (zwaarte > 2) in de fibromyalgiegroep en de controlegroep

Zwaarte	Fibromyalgiegroep			Controlegroep			Totaal
	N	%	95%-BI	N	%	95%-BI	
≤ 2	47	(49,5%)	39,4% – 59,5%	41	(42,7%)	32,8% – 56,9%	88
> 2	48	(50,5%)	40,5% – 60,1%	55	(57,3%)	47,4% – 67,2%	103
	95	(100%)		96	(100%)		191
							$\phi = 0,125$

anders verdeeld. In tabel 2 is te zien dat het hebben van méér dan één diagnose vaker voorkwam in de fibromyalgiegroep (85% versus 59%).

In tabel 3 is de verdeling te zien van de uitkomstvariabele ‘werkzwaarte’.

Van de mensen in de controlegroep had 57% zwaar werk (BI 47,4 – 67,2). Bij de mensen met fibromyalgie was dit 51% (BI 40,5 – 60,1). $\phi = 0,125$.

Het gemiddelde van de standaarddeviaties tussen de arbeidsdeskundigen (als maat voor de interbeoordelaarsverschillen) was bij de controlegroep 0,35 (BI 0,30 – 0,39) en bij de fibromyalgiegroep 0,35 (BI 0,29 – 0,40). In tabel 4 is de invloed bekeken van het aantal diagnoses op de zwaarte van het werk. $\phi = 0,08$.

Wanneer echter nogmaals gekeken wordt naar de werkzwaarte van cases en controles en er wordt gespecificeerd naar het aantal diagnoses, ontstaan de kruistabellen van tabel 5.

Het interactie-effect uit tabel 3 en tabel 5 is nader geïllustreerd in grafiek 1. Het uitsplitsen naar aantal diagnoses verandert het verband tussen werkzwaarte en fibromyalgie.

Discussie

Het aantal personen met zwaar werk was groter in de controlegroep (57%) dan in de fibromyalgiegroep (51%). De Phi-coëfficiënt van 0,125 duidt hier op een zwak verband tussen fibromyalgie en werkzwaarte. Het aantal diagnoses bleek hierbij een effectmodifier te zijn. Zelf had het aantal diagnoses maar een zeer zwak verband met werkzwaarte $\phi = 0,08$, waarbij het hebben van meer diagnoses samenging met lichter werk.

Het verband tussen fibromyalgie en werkzwaarte werd sterker als naar mensen werd gekeken met slechts één diagnose (64% van de controles met één diagnose had zwaar werk versus 50% van de fibromyalgiegroep met één diagnose, $\phi = 0,127$). Bij mensen met meer diagnoses waren de percentages vergelijkbaarder tussen de fibromyalgiegroep en de controlegroep (51% versus 53%) en was het verband tussen fibromyalgie en werkzwaarte dan ook zwakker: $\phi = 0,020$. Wellicht zijn de groepen met één diagnose ‘zuiverder’: ‘pure fibromyalgen’ (geen storende andere diagnoses) worden vergeleken met controles met één willekeurige diagnose. Deze trends waren statistisch niet significant, wellicht door een te kleine steekproef. Een deel van het effect zou bovendien nog gemaskeerd kunnen zijn door individuele aanpassingen, waardoor men werk dat als ‘zwaar’ te boek staat toch op een lichtere manier uitvoert.

Een beperking is dat het onderzoek alleen betrekking heeft op vrouwen en er slechts beperkte aspecten van de arbeidsvoorgeschiedenis gemeten konden worden. Ook

Tabel 4

Het aantal mensen met licht werk (zwaarte ≤ 2) en zwaar werk (zwaarte > 2) bij mensen met één diagnose versus meerdere diagnoses

Zwaarte	Eén diagnose			Meerdere diagnoses			Totaal
	N	%	95%-BI	N	%	95%-BI	
≤ 2	21	(39,6%)	18,7% – 60,5%	67	(48,6%)	36,6% – 60,5%	88
> 2	32	(60,4%)	43,4% – 77,3%	71	(51,4%)	39,8% – 63,1%	103
	53	(100%)		138	(100%)		191
							$\phi = 0,08$

Tabel 5

Het aantal mensen met licht werk en zwaar werk bij de fibromyalgiegroep en de controlegroep, uitgesplitst naar één of meerdere diagnoses

Eén diagnose				Meerdere diagnoses			
	Fibromyalgiegroep	Controlegroep	Totaal		Fibromyalgiegroep	Controlegroep	Totaal
Zwaarte	N (%)	N (%)	N	Zwaarte	N (%)	N (%)	N
< = 2	7 (50%)	14 (36%)	21	< = 2	40 (49%)	27 (47%)	67
> 2	7 (50%)	25 (64%)	32	> 2	41 (51%)	30 (53%)	71
	14 (100%)	39 (100%)	53		81 (100%)	57 (100%)	138
			$\phi = 0,127$				$\phi = 0,020$

Links: Kruistabel van fibromyalgie en werkzwaarte voor mensen met één diagnose. Rechts: Kruistabel van fibromyalgie en werkzwaarte voor mensen met meerdere diagnoses.

zouden nog confounders kunnen meespelen die nu niet onderzocht zijn, zoals culturele achtergrond, burgerlijke staat of woonomgeving. Deze factoren zouden kunnen bijdragen aan kwetsbaarheid voor fibromyalgie of in een neiging tot het kiezen van zwaar werk.

Er is een selectiebias in de onderzoekspopulatie, omdat alleen mensen die twee jaar ziek zijn werden bestudeerd. De mensen die succesvol hun werk hebben aangepast of juist succesvol hun zware werk hebben volgehouden, zijn niet meegenomen. Een informatiebias lijkt niet aan de orde, omdat voor de WIA-beoordeling van beide groepen vergelijkbare informatie aanwezig was en deze ook op dezelfde manier vergaard werd. De scoring van de uitkomstvariabele gebeurde door arbeidsdeskundigen die niet geïnformeerd waren over de diagnoses.

Het inschatten van de fysieke zwaarte in één maat, is een beperking van deze studie. Verschillen in de aard van de belasting verbleken, terwijl die relevant zouden kunnen zijn. Zo dragen excentrische spierbelasting en repeterende handelingen relatief weinig bij aan de zwaartescore, terwijl die door mensen met fibromyalgie vaak als struikelblok in arbeid worden ervaren.⁸ Daarnaast zou ook

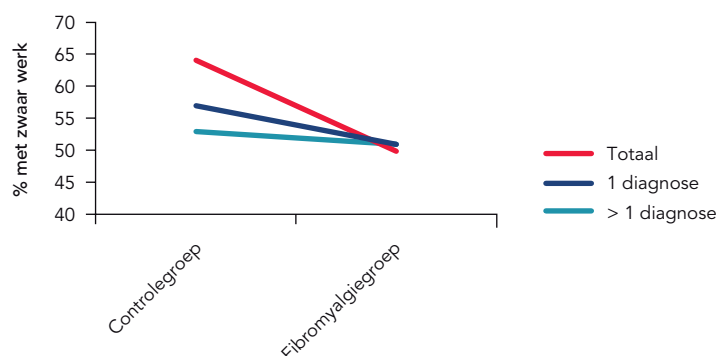
de psychische arbeidsbelasting een rol kunnen spelen bij de ervaren werkzwaarte, maar deze kon in dit onderzoek niet bepaald worden.

Ook is het een nadeel dat de zwaartescore gebaseerd is op Amerikaanse normen t.a.v. arbeidsbelasting. Er is geen Nederlands alternatief waarin werkzwaarte in één getal uitgedrukt wordt. Het KAZO-model uit de private AOV¹⁷, doet dit indirect op basis van de kans op uitval, niet op basis van daadwerkelijke fysieke eigenschappen van het werk.

Concluderend komen uit dit onderzoek aanwijzingen naar voren dat vrouwelijke fibromyalgiepatiënten met een werkgever die 2 jaar verzuimen, reeds wat lichter werk lijken te hebben. Het verlichten van hun werk, is dan misschien niet zinvol: Ten eerste is hun werk relatief licht en zijn ze toch uitgevallen. Het lijkt niet zinvol om tijdens de wachttijd mensen met fibromyalgie toe te leiden naar lichter werk: Ten eerste hebben ze al relatief licht werk en heeft dat uitval niet voorkómen. En ten tweede kan het hebben van wat zwaarder werk een beschermende factor zijn.

Grafiek 1

Percentage mensen met zwaar werk (zwaarte > 2) in de controlegroep versus de fibromyalgiegroep voor de totale onderzoekspopulatie en bij uitsplitsing naar het aantal diagnoses



Aandachtspunten

- Fibromyalgie kan ertoe leiden dat mensen fysiek lichter werk gaan doen, al vóór een ziekmelding. In plaats van te re-integreren naar lichter werk, is het in deze gevallen zinniger om tijdens de wachttijd te analyseren waarom men ondanks relatief licht werk alsnog is uitgevallen. Misschien draagt het werk zelfs bij aan verdere deconditionering.
- Omdat mensen met fibromyalgie al ruim voor hun diagnose en ziekteverzuim in beeld zijn met SOLK, kan het zinvol zijn om voorlichting te geven over passend duurzaam werken zodra een behandelaar bij een patiënt SOLK vaststelt.

Summary

Due to years of health complaints, people diagnosed with fibromyalgia may already have adjusted their careers towards physically lighter jobs. In a population with two years of sick leave, 95 women with fibromyalgia are compared with 96 female controls. It is hypothesized that the people with fibromyalgia have physically lighter jobs.

The job strength at the onset of sick leave was determined with criteria from the Dictionary of Occupational Titles (DOT). In the control group 57% had a high job strength (score > 2 on a 1 to 5 scale) versus 51% in the fibromyalgia group. The effect size increased when only people with 1 diagnosis were analysed: 51% of the cases did heavy work versus 64% of the controls.

Some women with fibromyalgia appear to have chosen lighter jobs before sickness absence. Analysing their sick leave, might be preferable to adjusting the job to lower physical demands.

Literatuur

1. Hughes G, Martinez C, Myon E, et al. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 177-183.
2. Geenen R, Jacobs JWG. De nieuwe diagnostische criteria voor fibromyalgie. *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie* 2010; 4: 52-54.
3. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21: 403-425.
4. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA* 2014; 311: 1547-1555.
5. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med*; 2001; 134: 868-881.
6. Chodick G, Weitzman D, Bar-On Y, et al. Factors associated with time to diagnosis in fibromyalgia. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*; 2015; 2: 103-104.
7. Straube S, Moore RA, Paine J, et al. Interference With Work in Fibromyalgia - Effect of Treatment with Pregabalin and Relation to Pain Response. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011; 12: 125.
8. Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2005; 27: 685-694.
9. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ. Clinical approach to fibromyalgia: Synthesis of Evidence-based recommendations, a systematic review. *Reumatol Clin* 2015; 12: 65-71.
10. Binkiewicz-Glińska A, Bakula S, Tomczak H, et al. Fibromyalgia Syndrome - a multidisciplinary approach. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 801-810.
11. Flodin P, Martinsen S, Mannerkorpi K, et al. Normalization of aberrant resting state functional connectivity in fibromyalgia patients following a three month physical exercise therapy. *Neuroimage Clin* 2015; 18: 134-139.
12. Groenwold RHH, Hoes AW, Vandenbroucke JP. Patiënt-controleonderzoek: het belang van de juiste controlepersonen. *Nederlands Tijdschr Geneesk* 2013; 157: A5697.
13. Janssens KA, Zijlema WL, Joustra ML, et al. Mood and Anxiety Disorders in Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia and Irritable Bowel Syndrome: Results from the LifeLines Cohort Study. *Psychosom Med* 2015; 77: 449-457.
14. United States Department of Labor. Appendix C. In: Dictionary of Occupational Titles. [Online] Photius Coutsoukis & Information Technology Associates, 05 Jun 2003. [Citaat van: 09 Feb 2016.] www.occupationalinfo.org/appendxc_1.html.
15. Kersnovske S, Gibson L, Strong J. Item validity of the physical demands from the Dictionary of Occupational Titles for functional capacity evaluation of clients with chronic back pain. *Work* 2005; 24: 157-169.
16. Lee GK, Chan CC. Use of Dictionary of Occupational Titles (DOT) on formwork carpentry--a comparison between the United States and Hong Kong. *Work* 2003; 20: 103-110.
17. Usman A, Boog J. Schatten van invalidering en revalidering met het Cox Proportional Hazards Model. *De Actuaris* 2013; mrt: 36-37.

Good practices (6)

Praktijkvoorbeeld PMO

Jacques van der Vliet

Dit praktijkvoorbeeld betreft een middelgroot bedrijf op het gebied van chemische procesindustrie. Op basis van de Risico Inventarisatie en Evaluatie was er sprake van de volgende risico's:

1. Lawaai (op sommige plaatsen meer dan 85 dB(A));
2. blootstelling aan chemicaliën en irriterende stoffen die konden leiden tot contactdermatitiden.

Daarnaast had ik op basis van verzuimgesprekken de indruk dat er op een aantal afdelingen sprake was van een gebrekkige communicatie tussen de leidinggevenden en de medewerkers. Mijn advies aan de directie om een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) te starten werd overgenomen. Het PMO behelsde het maken van een audiogram bij de productiemedewerkers, het invullen van een vragenlijst arbeidsbeleving door alle medewerkers en een onderzoek naar de huidklachten van een aantal medewerkers.

Uitkomst van het onderzoek

- Uit de resultaten van het **audiologisch onderzoek** bleek dat er lawaaischade geconstateerd werd bij een aantal productiemedewerkers. Dit betrof vooral de groep oudere medewerkers. Onze conclusie was dat de schade die bij deze medewerkers werd vastgesteld, opgelopen was in de tijd voor de introductie van persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit bleek ook na vergelijking met eerder gemaakte audiogrammen. Bij de groep jongere medewerkers bleek de gehoorbeschadiging aanzienlijk minder te zijn. In principe wordt door alle medewerkers die in lawaai werken gehoorbescherming gedragen, maar in de gesprekken die tijdens het maken van het audiogram werden gevoerd leek de draagdiscipline hier en daar voor verbetering vatbaar.
- **Huidklachten:** de huidklachten die bij een aantal medewerkers waren vastgesteld, leken te wijzen op een allergische of ortho-ergische reactie. Contactallergisch onderzoek door een door mij geraadpleegde arbeidsdermatoloog bij de medewerkers van de betreffende afdeling leverde geen allergieën op. Er was dus sprake van niet-allergische contactdermatitiden.
- Uit de ingevulde **vragenlijsten** over de werkbeleving bleek dat er sprake was van gebrekkige communicatie tussen een aantal leidinggevenden en medewerkers.

Advies

- **Lawaai:** het advies over het dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen werd in samenspraak met de veiligheidskundige aangescherpt en intensievere voorlichting en begeleiding op de werkplek werd in gang gezet en gerealiseerd.
- **Huidklachten:** na de uitkomsten van het contactallergisch onderzoek adviseerde ik een voorlichtingsbijeenkomst door de arbeidsdermatoloog. Na akkoord van de directie heeft deze vervolgens stilgestaan bij het werken met irriterende stoffen en adviezen gegeven over een betere hygiëne op de werkplek. Naast het belang van een schone werkplek en hygiënisch werken werden adviezen gegeven op het gebied van verzorging en reiniging van de huid.
- **Communicatie:** het belang van goede communicatie werd benadrukt. Mijn advies om te komen tot een training aan alle leidinggevenden werd overgenomen. In de training is vervolgens door mij stilgestaan bij de communicatie door leidinggevenden met medewerkers ook in het kader van verzuimbegeleiding (zie ook TBV 4/2016: 'Verzuimtraining voor leidinggevenden werkt preventief'). Ik heb uitvoerig stilgestaan bij het belangrijke aspect van de stijl van leidinggeven. Ook heb ik het concept van 'de gezonde organisatie' geïntroduceerd. Daarbij hanteerde ik de door mij geformuleerde 'definitie': *De gezonde organisatie is een organisatie die zijn doelen efficiënt realiseert, de verwachtingen van klanten, aandeelhouders en medewerkers recht doet en gebruik maakt van modern gezondheidsmanagement. Medewerkers zijn in staat zich ten volle te ontplooien en gezondheid en veiligheid maken integraal deel uit van de bedrijfsdoelen.*

De gezonde organisatie bestaat uit drie pijlers:

1. **Gezonde en veilige arbeidsomstandigheden:** de bedrijfsarts adviseert over het terugdringen van ongezonde invloeden van fysische, chemische, biologische en psychosociale aard.
2. **Een positief werkklimaat** waarin medewerkers zich naar vermogen kunnen ontplooien. Dit stelt

hoge eisen aan leiderschapskwaliteiten. Training van leidinggevenden behoort tot het werkterrein van de bedrijfsarts.

- 3. Gezonde medewerkers:** hoe blijven die gezond? Bij positieve beïnvloeding van het werkklimaat hoort ook training van medewerkers in het omgaan met verandering en met werkdruk, in het hanteerbaar maken van stressmomenten, in het verhogen van de weerbaarheid en het ontwikkelen van veerkracht.

Conclusie

Het nut van een **PMO** is met deze aanpak duidelijk bewezen. De gezondheidsrisico's waren met de RIE opnieuw in kaart gebracht. De gezondheidsschade was met het medisch onderzoek vastgesteld en dankzij een aantal preventieve adviezen kon een aanzet worden gegeven de omstandigheden te verbeteren waaronder medewerkers aan het werk zijn.

Alles bij elkaar een goed resultaat waarbij ook de samenwerking met de veiligheidskundige van groot belang bleek.

Wetsvoorstel wijziging Wet publieke gezondheid

Dit voorstel van wet beoogt de Wet publieke gezondheid (Wpg) aan te passen opdat daarin een aanbod van de overheid van vaccinaties en bevolkingsonderzoeken wordt opgenomen. Daarnaast is in dit voorstel een regeling opgenomen waarmee zogeheten invasieve exotische vectoren, zoals exotische muggen, beter kunnen worden bestreden. Beoogd wordt om deze wijzigingen per 1 januari 2018 in werking te doen treden.

Wetsvoorstel: <http://download.parlementaireinformatie.nl.s3.amazonaws.com/2016/05%20May/kst-34472-2.pdf>.

Memorie van Toelichting: <http://download.parlementaireinformatie.nl.s3.amazonaws.com/2016/05%20May/kst-34472-3.pdf>.

Minister wil health checks makkelijker toelaten tot de markt

Minister Schippers heeft een brief gestuurd naar de Tweede Kamer met daarin haar standpunt over health checks. Door een wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek wil zij burgers makkelijker in staat stellen om gebruik te maken van health checks. Dat strookt met haar opvatting over zelfbeschikking. Tegelijkertijd wil zij waarborgen m.b.t. de informatievoorziening aan de burger. Uiteindelijk wil zij, via de wet, drie soorten health checks onderscheiden: onderzoek zonder medisch risico, onderzoek met een medisch risico en vergunningplichtige health checks gericht op ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is. Deze laatste categorie onderzoeken moet kleiner worden in vergelijking met de huidige Wet op het bevolkingsonderzoek. De minister verwacht begin 2017 een voorstel van wet naar de Kamer te sturen.

Standpunt health checks: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/27/kamerbrief-over-nader-standpunt-health-checks>.

Gedetineerde WAO'er kan geschikt zijn voor werkzaamheden in detentie

Een gedetineerde WAO'er klaagt een huisarts, werkzaam in een penitentiaire inrichting, aan omdat zij hem geschikt had bevonden voor het verrichten van werkzaamheden. Ook het onderzoek zou ondeugdelijk zijn. Het CTG is van oordeel dat de beoordeling van de geschiktheid van een gedetineerde om in detentie werkzaamheden te verrichten van een wezenlijk andere orde is dan de beoordeling van arbeidsgeschiktheid door een arts van het UWV.

Onderzoek niet-ondeugdelijk. Klacht afgewezen.

CTG 12 juli 2016, nr. C2015/430, ECLI:NL:TGZCTG:2016:247.

Psychiater mag informatie delen met bedrijfsarts en maatschappelijk werkster

Een psychiater wordt verweten dat zij zonder klaagsters toestemming medische gegevens aan haar bedrijfsarts en aan de maatschappelijk werkster heeft verstrekt. Het RTG stelt vast dat de psychiater een brief had ontvangen met verzoek om (medische) informatie over klaagster te verstrekken aan de bedrijfsarts. Die brief was voorzien van een machtiging waarop de adresgegevens, de geboortedatum en het Burgerservicenummer (BSN) van klaagster waren vermeld en die door haar was ondertekend. Het kan de psychiater daarom niet worden verweten dat zij de informatie heeft verstrekt. Voorts was de maatschappelijk werkster als medebehandelaar betrokken bij de behandeling van klaagster en had zij op grond van de WGBO toegang tot het medisch dossier van klaagster. Zij had daar geen toestemming van klaagster voor nodig. Alle klachtonderdelen zijn ongegrond.

RTG Zwolle 28 juli 2016, nr. 153/2015. ECLI:NL:TGZR-ZWO:2016:76.

Zes-stappenplan beroepsziekten pakt goed uit

Het zes-stappenplan voor bedrijfsartsen voor het signaleren, diagnosticeren, melden en preventie van beroepsziekten is positief uit een eerste evaluatie gekomen. Dit blijkt uit een onlangs verschenen evaluatierapport. Het NCvB breidde het stappenplan niet alleen uit met een extra preventiestap, maar slaagde er ook in de gebruiksvriendelijkheid te vergroten. Bedrijfsartsen die het stappenplan testten, konden hun beoordeling van beroepsziekten beter onderbouwen en zij ondernamen daarop volgend meer preventieve activiteiten.

Zes stappenplan beroepsziekten: <http://www.beroepsziekten.nl/tags/zes-stappenplan-beroepsziekten>

Bron: NCvB

Promotion of sustainable employability; occupational health in the meat processing industry

Berry van Holland. Promotores: prof. dr. M.F. Reneman, prof. dr. S. Brouwer. Co-promotores: dr. R. Soer, dr. M.R. de Boer. Rijksuniversiteit Groningen, 13 april 2016.

Bas Sorgdrager

Duurzame inzetbaarheid in een zwaar beroep als werken in de vleesverwerkende industrie. Wat is daarvoor nodig? Kan bedrijfsgezondheidszorg hier een bijdrage leveren? Deze industrie wordt gekenmerkt door diverse gezondheidsrisico's zoals hoge werkdruk, repeterende arbeid, bovenhands werk, blootstelling aan lawaai, koude en infectierisico's, en door het optreden van beroepsziekten. Overbelastingsblessures (schouders, polsen) zijn de meest voorkomende (zie www.beroepsziekten.nl). De *systematic review* in dit proefschrift bevestigt deze risico's en gevolgen. Bedrijfsgezondheidszorg in de vleesverwerkende industrie is letterlijk handelen op het scherpst van de snede. Voedselveiligheid is prioriteit in de sector; bedrijfseconomisch is het spannend. Meer dan de helft van de werknemers in de sector vormt de flexibele schil van de bedrijven.

Berry van Holland (bewegingswetenschapper) kreeg de mogelijkheid om Preventief Medisch Onderzoek bij het grootste vleesverwerkende bedrijf in Nederland, de Vion Food Group, uit te voeren. De energetische belastbaarheid vormde de kern van het onderzoek bij 50-plussers. Een sub-maximale fietstest bepaalde de energetische capaciteit. De gemiddelde hartfrequentie is gemeten gedurende een hele werkdag. Gemiddeld gebruikten werknemers 33% van hun energetische capaciteit om hun werk uit te voeren. Ongeveer 15% van de onderzochte groep is geclassificeerd als overbelast.

Hoofdstuk 4 beschrijft een PMO-concept; een stapsgewijze benadering om duurzame inzetbaarheid te bereiken. Een vragenlijst, screening op gezondheidsmaten (biometrie), Functionele Capaciteit Evaluatie en adviesgesprek vormen de inhoud. Vervolgens wordt de deelnemer geclassificeerd naar het risico op verminderde inzetbaarheid en volgt advies voor interventie. Met verschillende vragenlijsten (half jaar en jaar na interventie) wordt het

effect nagegaan. Uitkomstmaten zijn vooral gericht op werkvermogen, productiviteit, verzuim. De haalbaarheid van het PMO is geëvalueerd in hoofdstuk 5. Tevredenheid van deelnemers is hoog (95% zou het PMO collega's aanbevelen). Organisatorische perikelen, zoals sluiting vestiging, bleken belemmerend voor de uitvoering. Door de korte tijdspanne van de onderzoeksperiode (drie jaar) konden geen resultaten van het PMO worden vastgesteld. Het gegeven dat interventies niet structureel een onderdeel van het PMO waren, kan hier uiteraard een rol hebben gespeeld.

De relatie tussen werkvermogen (WAI) en PMO-uitkomsten is onderwerp van studie in hoofdstuk 7. Is het werkvermogen te verbeteren door interventies te richten op PMO-uitkomsten? PMO-uitkomsten waren persoonskenmerken, leefstijl, gezondheidsrisico's, functionele capaciteit en werkgerelateerde factoren. Een voldoende capaciteit op bovenhands werk was een belangrijke beïnvloedbare bepalende factor die sterk gerelateerd is aan WAI.

Tijdens de verdediging van het proefschrift kreeg Berry van Holland van meerdere opponenten vragen over de eenzijdige benadering van het proefschrift. Waarom zoveel aandacht voor de energetische belastbaarheid, en gevolgen van de fysieke arbeidsbelasting zoals repeterend werk en bovenhands werk niet nader geanalyseerd? Het was immers bekend dat schouderblessures veel voorkomen in de sector en het was te verwachten dat voldoende capaciteit op bovenhands werk bepalend is voor inzetbaarheid. Zijn voor de werkgever interventies op de persoon interessanter dan preventieve maatregelen in het werkproces? 'The cutting edge' op de kaft van het proefschrift symboliseert deze kwestie.

Arbeidsdeskundig Kennis Centrum: werk is een goed medicijn

Netwerkbijeenkomst 21 april en symposium 30 juni 2016

Bas Sorgdrager

Niet iedereen heeft het vermogen om te voldoen aan eisen die het werk stelt. Er zijn mensen die zich onvoldoende kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden zoals het ontwikkelen van functionele beperkingen en ontwikkelingen in de functie-eisen. Volgens de website van het Arbeidsdeskundig Kennis Centrum (AKC) zoeken arbeidsdeskundigen naar antwoorden op de belasting- en belastbaarheidsvragen van vandaag en morgen, in het belang van alle mensen op zoek naar duurzame participatie in arbeid naar vermogen: 'Creatieve aanpak van de inrichting van arbeids- en bedrijfsprocessen is hiervoor noodzakelijk.' Onlangs heeft het AKC twee evenementen georganiseerd met als doel de kennisinfrastructuur uit te bouwen en te onderhouden voor arbeidsdeskundigen. Het AKC heeft voor die kennisontwikkeling resultaten van wetenschappelijk onderzoek nodig en er loopt inmiddels een eigen onderzoekprogramma: Professionalisering Arbeidsdeskundig Handelen.

Voorzitter van de programmaraad Lex Burdorf (hoogleraar Determinanten van Volksgezondheid, Erasmus Medisch Centrum), schetst een aantal problemen:

- Nederland loopt in Europa achter bij duurzame inzetbaarheid van chronisch zieken. Er is geen trend die verbetering laat zien.
- Nederland heeft een verkeerd systeem om arbeidsgerelateerde zorg te financieren.
- In Nederland ontbreekt multidisciplinaire samenwerking met arbeidsparticipatie als doel.

Netwerkbijeenkomst verbinding kliniek en bedrijf

Het thema van de netwerkbijeenkomst op 21 april was de verbinding kliniek (behandeling) en bedrijven (werken): het kan en het moet, maar hoe? Deelnemers vanuit verschillende disciplines hebben hun visie toegelicht om arbeidsparticipatie te bevorderen.

Het ontschotten van de domeinen zorg en werk/sociale zekerheid is een voorwaarde. Zoals in de agrarische sector, waar de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar investeert in zorg vanuit oogpunt schadelastbeperking en arbeidsparticipatie. Zorgverzekeraars dienen diagnose-behandelcombinaties te faciliteren die worden gebruikt voor arbeidsgeneeskundig onderzoek en arbeidsgeneeskundige behandeling.

Leo Elders (bedrijfsarts en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde, NVKA) geeft het belang aan: "Een derde van alle werkenden heeft één of meer chronische aandoeningen. Daarnaast weten we uit onderzoek wat de kosten van aandoeningen zijn. Zo kosten maag- en darmklachten werkgevers jaarlijks 1,6 miljard. Voor hoofdpijn, astma en COPD is dit respectievelijk 1,4, 1,4 en 1,2 miljard." Desiree Wierper (ooit sportarts en nu verzekeringsarts van medisch expertisecentrum Ergatis): "Dossieronderzoek naar problematisch ziekteverzuim liet zien dat er in de helft van de gevallen geen sprake was van adequate behandeling. In twee derde van de gevallen bleek dat betrokkenen (nog) niet werkten, terwijl er geen sprake was van ernstige medische beperkingen die de re-integratie belemmeren."

Michiel Reneman (fysiotherapeut, bewegingswetenschapper en hoogleraar arbeidsrevalidatie UMC Groningen) pleit ervoor om al direct vanuit de klinische setting één werkhervattingsplan te maken. Dit plan zou gedragen moeten worden door zoveel mogelijk betrokkenen: mensen die allemaal een belang hebben bij herstel en werkhervatting zoals de behandelend arts, de patiënt zelf en diens eventuele partner, maar ook de leidinggevende (het bedrijf) en de bedrijfsarts van de patiënt. Het zou Renemans ideaal van integrale ketenzorg dichterbij brengen. Een keten waarbij er op regionale schaal korte lijnen

Een behandelend arts die een bejaarde vrouw als onderdeel van haar revalidatie een thuisbezoek van een ergotherapeut aanbiedt, kan rekenen op vergoeding via de zorgverzekeraar. Want het gaat hier om een concreet zorgdoel. Dezelfde arts krijgt een werkbezoek niet geregeld voor een metselaar van in de veertig die weer aan de slag wil. Er is in dit geval ook een concreet zorgdoel; maar de zorgverzekering voorziet niet in het vergoeden van voorzieningen die bedoeld zijn om mensen weer gezond aan het werk te krijgen. Het mag niet zo zijn dat een werknemer afhankelijk is van de werkgever om voorzieningen vergoed te krijgen.

zijn tussen poliklinische zorg, curatieve zorg, revalidatie, arbeidsrevalidatie, arbeidsdeskundigheid en bedrijfs-geneeskunde. De terugkeer naar werk begint hierbij al in het ziekenhuis. Volgens Annelies Boonen (reumatoloog en hoogleraar reumatologie bij UMC Maastricht) is er wel degelijk een beweging gaande richting integratie van de twee domeinen: “Er is steeds meer bewustwording van het feit dat arbeid een belangrijke factor is voor gezondheid en beleving van gezondheid. Dat zien we terug in de curricula van geneeskundestudenten en in medische richtlijnen: arbeid krijgt hierin steeds meer aandacht.” Johannes van der Wal (arbeidsdeskundige en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen) vat de beoogde verbinding tussen zorg en werk later nog een keer bondig samen: “Hoe mooi zou het niet zijn als zorgprofessionals werk als mogelijk medicijn gaan zien? Dan gaan ze als vanzelf ook breder kijken en zullen ze soms ook andere keuzes maken.”

Symposium werk en participeren als medicijn!?

Wie langer gezond blijft, kan langer met plezier blijven werken en doet een geringer beroep op de zorg, ook na het pensioen. Dit is het uitgangspunt van het programma Arbeidsparticipatie en Gezondheid (2009-2015) dat onderzoek heeft gefinancierd om de duurzame inzetbaarheid van werknemers te verbeteren. Fleur Boulogne presenteerde een aantal resultaten. Zij is programmasecretaris bij ZONmw (financier in opdracht van Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en Nederlandse Organisatie Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) van gezondheidsonderzoek én stimulator om de ontwikkelde kennis te gebruiken – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren). Er zijn dwarsverbanden gelegd tussen onderzoek en praktijk door veel onderzoek in bedrijven uit te voeren, zoals Preventief Medisch Onderzoek, en door coaching op de werkvloer met als doel een verbetering van vitaliteit, een gezonde leefstijl en veiligheid op de werkvloer. Zij ontkende niet de ervaren problemen bij het ontbreken van regelruimte voor werkenden en de moeilijke positie van mensen met een lagere sociaal-economische status en chronisch zieken.

Michiel Reneman (UMC Groningen) hoopt dat elke behandelaar de patiënt een aantal vragen stelt: “Werk u? Hoeveel uur per week? Heeft u problemen om uw werk te doen? Heeft u hulp nodig?” Vroegtijdige aanpak is noodzakelijk. Een ziekmelding die langer gaat duren eindigt in een ‘Tweede Spoor’ en dat is een ‘Dood Spoor’. Arbeidsdeskundigen moeten hier niet aan meewerken! Zo luidt zijn boodschap.

Later op de middag liet Rienk Prins (Lector Arbeidsdeskundigheid Hogeschool Arnhem/Nijmegen, opgevolgd door Shirley Oomens) verschillen zien tussen Europese landen in het omgaan met duurzame inzetbaarheid. Opvallend voor de Nederlandse situatie is een vrij open relatie tussen werkgever en werknemer als het gaat om belemmeringen in het functioneren. De Autoriteit Persoonsgegevens lijkt hier een stokje voor te steken; een zorgpunt geuit door de deelnemers. Een gesprek tussen leidinggevende en medewerker over inzetbaarheid, over bevorderende en belemmerende factoren zoals gezondheid, is immers essentieel en bovendien een verplichting volgens de Wet verbetering poortwachter.

Lex Burdorf (Erasmus MC) presenteerde trends. Het werkaanbod voor lager opgeleide mensen gaat afnemen. Flexibilisering neemt toe. De baaninhoud gaat veranderen; beroepen als melkboer zijn reeds verdwenen, beroepen als caissière zullen gaan verdwijnen, nieuwe beroepen zullen ontstaan. De boodschap hier is basaal: scholing en opleiding gericht op maatschappelijk en technologische ontwikkelingen.

In sessies konden deelnemers succesverhalen uitwisselen. Werkgevers moeten leren de vraag te stellen: wat heb je nodig om te kunnen blijven werken? Werknemers moeten leren deze vraag te beantwoorden. Er zijn werkgevers die werknemers ondersteunen om de belastbaarheid te verbeteren én aanpassingen in de arbeidsbelasting regelen. Een strak ‘functiehuis’ vormt hierbij een bedreiging; een opdracht voor hr-managers. Prikkels zijn echter nodig voor werkgevers. Wettelijke verplichtingen vormen een belangrijke drijfveer om iets met gezondheid te doen. Goed werkgeverschap en bewustzijn van gezondheidsrisico’s spelen ook mee, evenals motieven als het verhogen van de productiviteit of imagoverbetering.

Conclusies van de twee bijeenkomsten

- Een bedrijf moet een cultuur hebben van ‘regelruimte’, zodat medewerkers met een beperking toch aan het werk kunnen blijven.
- Arbeidsparticipatie moet een zorguitkomstmaat zijn waarin zorgprofessionals, bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen, de werknemer én leidinggevenden samenwerken.
- Financiering van arbeidsgerelateerde zorg is afhankelijk van de werkgever. Dit betekent een tweedeling in de maatschappij.

Michiel Reneman: 'Eén betrouwbaar, valide belastbaarheidsinstrumentarium moet mogelijk zijn'

Rolf Blijleven, Bas Sorgdrager

Michiel Reneman (1964) is hoogleraar revalidatiegeneeskunde, in het bijzonder pijnrevalidatie en arbeidsparticipatie, aan het UMC Groningen. TBV sprak met hem over zijn ambities en zijn onderzoeksprogramma. De kijk van een bewegingswetenschapper in het werkveld revalidatie op arbeid en gezondheid.

Hoe ben je gekomen waar je nu bent?

Na de middelbare school heb ik eerst fysiotherapie gestudeerd. Ik heb een jaar als fysiotherapeut gewerkt, daarna ben ik drie jaar bewegingswetenschappen gaan doen in Groningen, met de focus op arbeid en gezondheid. Vervolgens heb ik twee en een half jaar in Amerika gewerkt in de arbeidsrevalidatie (in Baytown, Texas, vlakbij Houston, en in Pueblo, Colorado.) In '95 ben ik teruggekomen en toen kon ik hier in Beatrixoord de afdeling Arbeidsexploratie gaan opzetten. Sinds de fusie maakt Beatrixoord deel uit van het UMC Groningen. In de Verenigde Staten heb ik veel gewerkt met Functionele Capaciteitsevaluaties (FCE's, red.), dat is in wezen een testbatterij om fysieke belastbaarheid voor arbeid te kunnen meten. Die heb ik meegenomen hierheen en die heb ik hier geïntroduceerd, maar toen werd al snel duidelijk dat er in feite geen wetenschappelijke basis voor was. Dus die leemte wilde ik opvullen. In 2004 ben ik gepromoveerd op de FCE bij mensen met chronische lage rugpijn. Van daaruit heeft het zich stap voor stap verder ontwikkeld. Eind 2011 ben ik benoemd tot hoogleraar; de leerstoel heet pijnrevalidatie en arbeidsparticipatie.

Kun je iets vertellen over je oratie? Wat heb je geconstateerd, wat zijn je boodschappen?

In de afgelopen decennia weten we steeds beter dat pijnrevalidatie toegevoegde waarde heeft, maar ook dat die toegevoegde waarde gemiddeld genomen beperkt is. We weten ook dat verbeteringen op dit gebied in de afgelopen decennia maar marginaal zijn. Mijn ambitie is dus om de pijnrevalidatie effectiever en efficiënter te maken. Het was al langer bekend dat arbeidsrevalidatie voor mensen met chronische pijn een efficiënte en kosten-

effectieve interventie is. Dat geldt algemeen. Van rugpijn weten we het meest – dat komt ook het meeste voor – maar het maakt in de chronische fase, en na uitsluiting van specifieke diagnoses, op zich niet zoveel uit waar de pijn zit. We kunnen op wetenschappelijk verantwoorde gronden stellen dat arbeidsrevalidatie helpt, en dat dat komt doordat we zowel in de diagnostiek als in de behandeling een biopsychosociaal model hanteren. Dus niet zuiver biomedisch maar biopsychosociaal. Arbeid maakt nadrukkelijk deel uit van die sociale component. En we weten ook dat de kans op verbetering toeneemt naarmate je eerder begint met revalideren – niet in de acute, maar in de sub-acute fase. Het optimale *window* om met revalidatie te starten ligt tussen de één en de zes maanden. Wel jammer is dat we er in Nederland meestal later mee beginnen.

Hoe komt dat? Zitten mensen te lang in de medische molen?

Je praat in wezen over *stepped care*, en daar zijn geldige redenen voor. Je wilt geen multidisciplinaire interventie doen als dat niet nodig is, als monodisciplinair voldoende is. De uitdaging zit hem in de indicatiestelling: wie komt wanneer voor welke interventie in aanmerking. Dat is een kwalitatieve triage. Op grond van een goede anamnese en lichamelijk onderzoek, en zo nodig aanvullende diagnostiek, kun je wel veel specifieke diagnoses uitsluiten, maar hoe we zo'n triage goed kunnen doen, op grond van kenmerken, dat weten we nog onvoldoende. Daar ligt ook een uitdaging.

Er is een veelheid aan disciplines die zich bezighoudt met lage rugklachten: huisarts, fysiotherapeut, bedrijfsarts, neuroloog, orthopeed, en nog meer. Is het een ratjetoe?

Dat zou ik niet zo stellen. De oprechte intentie is, in al die disciplines, om mensen met lage rugpijn te helpen. We weten alleen wel, helaas, dat de effectiviteit van veel interventies matig is. We moeten het dus anders gaan aanpakken.



Ik zie binnen de revalidatie twee strategieën. De ene is selectie: we moeten beter worden in het inschatten wanneer we toegevoegde waarde kunnen hebben, en wanneer niet of minder. Dat zou al een hoop tijd, energie en geld schelen, zowel van ons, als van de patiënt, als van de zorgverzekeraars et cetera. Ongeveer 20% van de mensen valt uit tussen de intake en het eind van de pijn-revalidatie. Daar hebben we nog geen goede verklaring voor, en we kunnen het dus ook nog niet goed voorspellen. We zijn nu bezig om te onderzoeken waarom mensen uitvallen, en of het te voorkomen is.

Daarnaast moet je antwoord zien te vinden op de vraag 'wat werkt voor wie?' Dat is de tweede strategie. We hebben toegevoegde waarde, maar we weten niet precies welke ingrediënten van onze aanpak voor wie welke toegevoegde waarde hebben. We schieten als het ware met tien verschillende pijlen; meestal zijn er drie raak, dan heb je dus 30% winst, maar 70% had je niet hoeven doen. Het probleem is dat we niet goed kunnen voorspellen welke pijlen voor een bepaalde persoon doeltreffend zullen zijn. Daarvoor is goede functionele diagnostiek nodig, en die kunnen we nog onvoldoende betrouwbaar en valide doen.

Met de ICF – een biopsychosociaal model, zoals je zegt – is het vaststellen van bevorderende en belemmerende factoren voor een bedrijfsarts niet heel moeilijk.

Als wetenschapper weet ik dat de betrouwbaarheid en de validiteit van de anamnese nog wel te wensen overlaat. De ene dokter maakt een andere functionele analyse dan de andere, bij dezelfde patiënt. Of laat twee verzekeringsartsen een belastbaarheidsprofiel opstellen van één en dezelfde patiënt en je krijgt verschillende profielen. Dat is overigens geen nieuws, dat is al jaren zo.

Hoe zou dat beter moeten?

We moeten consistentier gaan beoordelen. Op alle fronten, dus niet alleen anamnese, maar ook belastbaarheidsanalyses, claimbeoordeling, enzovoort. Idealiter zou elk patiëntenonderzoek binnen een bepaalde discipline op een bepaald moment reproduceerbaar moeten zijn, zoals wetenschappelijk onderzoek reproduceerbaar moet zijn om dat predicaat te mogen dragen. Dat zou één van de hoekstenen moeten zijn van zowel de verzekeringsgeneeskunde als van de bedrijfsgeneeskunde, en ook van de revalidatiegeneeskunde. We zouden de handen ineen moeten slaan en dat verder moeten gaan ontwikkelen, niet alleen met de klinici maar ook met de wetenschappers. Onze gemeenschappelijke deler is dat we mensen helpen om beter te functioneren zodat ze weer werk kunnen doen. Zowel de revalidatiearts als de verzekeringsarts als de bedrijfsarts zoeken het antwoord op hoe iemand functioneert in zijn werk op dit moment – het is vergelijkbare of dezelfde informatie. Als het huidige niveau van functioneren onvoldoende is ten opzichte van het beoogde niveau van functioneren, dan moet daar iets overbrugd worden. Arbeidsrevalidatie is één van de middelen tot dat doel. Maar je kunt ook, samen met de bedrijfsgeneeskunde, het doelniveau proberen te veranderen, tijdelijk of langdurig. Binnen de revalidatie is de ICF natuurlijk onze *bread and butter*, en dat is in principe vergelijkbaar aan het Model Arbeidsbelasting dat Van Dijk heeft ontwikkeld. Daar moet een match komen, daar vinden we elkaar.

Vinden jullie elkaar ook inderdaad?

Wij bellen de bedrijfsarts wel, de bedrijfsarts belt ons minder. Je hoort over en weer veel positieve intenties, maar het gebeurt in de praktijk minder dan we zouden willen. Hier in het revalidatiecentrum hebben we het beleid dat we minimaal één keer in het revalidatietraject contact hebben met de bedrijfsarts als dat relevant is – uiteraard mits de patiënt daarmee instemt. Bij dat contact stemmen we onze plannen op elkaar af, zodat er één plan komt. Dat lukt ook, en daar wordt ik ook echt wel blij van.

Zijn bedrijfsartsen makkelijk bereikbaar?

Soms zit de bedrijfsarts achter drie schildwachten waar je niet zomaar langs komt. Dat heet dan helpdesk, maar die

proberen je af te poeieren. Dat helpt niet. De bedrijfsarts moet bereikbaar zijn voor ons. Maar meestal hebben we een e-mailadres en een telefoonnummer, en dan gaat het heel soepel. Ik zou het wel fijn vinden als bedrijfsartsen ons wat vaker bellen om het beleid af te stemmen.

Het zou fijn zijn als de bedrijfsarts wat vaker de revalidatiearts zou bellen om het beleid af te stemmen

Eén van de succesfactoren voor een geslaagde interventie is dat er één plan is, met als centrale factor de cliënt en zijn leidinggevende en daarnaast de behandelende sector, de bedrijfsarts, en de naasten van de cliënt. Mogelijk zit er nog een arbeidsdeskundige in, of een verzekeringsarts.

Een patiënt die al wat langer klachten heeft, legt vaak een zoektocht af, dus dan is het lastig om al die partijen bij elkaar te krijgen.

Dat is zo. Maar gelukkig gaat het ook vaak goed. Bij voorkeur bel ik de bedrijfsarts met de patiënt erbij. Sommige patiënten maken zich zorgen over wat de bedrijfsarts ervan vindt. In de meeste gevallen blijkt dat we het a priori al met elkaar eens zijn. Ik merk ook heel vaak dat het voor de patiënt een hele zorg minder is dat we zaken goed hebben afgestemd.

Hoe is de verhouding met verzekeringsartsen?

Dan heb je het over de WIA. We hebben wel mensen in revalidatie die tegen de twee jaar arbeidsongeschikt zijn, maar wat het UWV doet is een eigenstandig proces, waar wij verder geen samenwerking mee hebben. We kunnen alleen aan de cliënt uitleggen hoe het ongeveer in zijn werk zal gaan.

Vraagt de verzekeringsarts jullie niet naar de fysieke belastbaarheid?

Nee, dat komt nagenoeg niet voor. We zouden daar zeker wel een bijdrage kunnen leveren, maar er wordt vrijwel nooit gebruik van gemaakt. Er is Zwitsers onderzoek waaruit blijkt dat capaciteitsbepaling een positieve bijdrage levert. Dat gaf – in Zwitserland – minder beperkingen en meer klanttevredenheid. Ook in Nederland is het onderzocht, in de introductiejaren, door Haije Wind en collega's. Inmiddels is er veel meer onderzoek gedaan naar dit soort tests en weten we veel beter wat we er wel en niet van kunnen verwachten. Ik heb ook wel eens voorgesteld om dat in Nederland te gaan pilot testen, bij het UWV in een daar in te richten testlabje, maar daar is nog niets mee gebeurd.

Je zei dat de meeste winst van revalidatie te behalen is in maand één tot zes, dus ver voordat er sprake is van WIA. Wat is dan de toegevoegde waarde van revalidatie na die twee jaar?

We werken op dit moment samen met het UWV Groningen en Sociale Geneeskunde UMCG in een project van het KCVG, waarin we onderzoeken wat die toegevoegde waarde kan zijn. Er zijn wel casussen die onduleren, of die progressief zijn, en dan kan het pas na twee jaar zin hebben om met revalidatie te beginnen. Maar voor het overgrote deel van de patiënten denken we inderdaad dat het beter is om voorin het traject met revalideren te beginnen.

Maar dan schiet je met tien pijlen waarvan er maar drie doel treffen.

(lacht) Ja, maar dat is wel wat simpel gezegd. We hebben bij pijnrevalidatie gemiddeld 30% effectiviteit, dus mensen worden gemiddeld 30% minder beperkt. Dus je hebt mensen die na revalidatie weer heel goed functioneren, en mensen die totaal niet opknappen, en alles wat er tussenin zit. Wij moeten onderzoeken welke factoren nou bepalend zijn voor succes. Dat is één van mijn wetenschappelijke uitdagingen. Daarnaast wil ik voor de groep pijnpatiënten de (arbeids-) revalidatie effectiever en efficiënter maken. Met andere diagnosegroepen zijn we daar nog niet aan toe. Bij die groepen moeten we eerst maar eens beoordelen hoe effectief en efficiënt arbeidsrevalidatie nou eigenlijk is. Hier in Beatrixoord krijgen we binnenkort een promovendus die gaat onderzoeken wat de effectiviteit van arbeidsrevalidatie is bij mensen met dwarslaesies, en er loopt ook een project met MS en arbeidsparticipatie. Daarnaast zijn er nog heel veel diagnosegroepen waar nog helemaal geen onderzoek naar is gedaan, of alleen in het buitenland. En buitenlands onderzoek naar arbeidsparticipatie gebeurt tegen de achtergrond van het sociale stelsel daar. Dat kun je meestal niet één op één overnemen in Nederland.

Tweede spoor is dood spoor

Eén van jouw stellingen is 'tweede spoor is dood spoor'. Kun je dat toelichten?

De bedoeling van tweede spoor is om mensen bij een andere werkgever aan het werk te krijgen. De effectiviteit van het tweede spoor is niet onderzocht, dus harde cijfers zijn er niet; maar ik zie in de praktijk dat het te vaak mislukt. Dat is natuurlijk zonde van de tijd en de moeite en het geld. Daar staat tegenover dat wij bij revalidatie wel degelijk een verbetering én verbeterpotentieel zien. Om dat verbeterpotentieel te verzilveren moet de context meewerken. Dat gebeurt vaak niet. Na een jaar verzuim vindt er evaluatie plaats. Dat is een losstandig onderzoek,

wij worden daar niet bij betrokken. De uitkomst van die evaluatie is een plan van aanpak. Je ziet vaak dat er parallel 'voor de zekerheid' een tweede spoortraject wordt gestart, maar dat betekent soms dat die weg gewoon wordt ingeslagen. En als je daar eenmaal inzit, is de kans zeer gering dat het succesvol is. Dus ik vind dat je daarmee moet ophouden, óf de bakens verzetten.

Is dat wel te realiseren? Een werkgever kan essentiële taken niet zomaar uit een functie halen. Een werkgever die iemand met een handicap in dienst neemt, zal die persoon ook moeten ondersteunen. Niet iedere werkgever kan en wil dat.

Ik begrijp dat bedrijven geen charitatieve instellingen zijn, maar dat wil niet zeggen dat er niks kan op dit vlak. Ik denk dat daar een verantwoordelijkheid ligt voor werkgever, arbeidsdeskundigen en bedrijfsartsen, en mogelijk ook voor het UWV. We worden nu eenmaal steeds ouder en we moeten tot ons 67ste of langer doorwerken. De gemiddelde werknemer zal dus last krijgen van één of meer chronische ziektes. Onze fysieke belastbaarheid gaat onherroepelijk achteruit naarmate we ouder worden. Moeten we dan allemaal maar in dat tweede spoor? Natuurlijk niet! We moeten mensen binnenboord houden. Er zijn genoeg bedrijven die dat kunnen en willen. Dan heb je het tweede spoor helemaal niet nodig, tenzij het écht niet anders kan.

Er is een hele begeleidingsindustrie rond dat tweede spoor. Daar is niks op tegen, maar het moet effectief zijn en in het leeuwendeel van de gevallen die ons bekend zijn, is het dat niet – het lijkt alsof er meer belang wordt gehecht aan dossiervorming dan aan effectiviteit. Dus de mensen in die begeleidingsindustrie moeten hun bakens verzetten. Werkgevers en particuliere verzekeraars betalen ervoor. Het is ook in hun belang dat het effectief is. Vergelijk het met een sportclub die BV Nederland heet. Niet ieder lid is geschikt voor het eerste team, maar ieder clublid heeft een volwaardige rol om te zorgen dat er gepresteerd wordt: zonder de mensen in de kantine, en de mensen die de lijnen krijten, wordt er op zondag niet gepresteerd.

De revalidatiesector kan helpen om dat potentieel beter te benutten. Nou heb je binnen de revalidatiesector wel verschillen. Niet iedereen heeft arbeid als belangrijk domein bovenaan staan.

Vanuit de BGZ hoor je wel dat de curatieve sector de factor arbeid helemaal niet op het netvlies heeft.

Voor mij is het een wezenlijk onderdeel van de biopsychosociale context. Wij als centrum hebben van nature meestal wel contact met de bedrijfsarts, en dat contact is ook vrijwel altijd productief. Op papier hebben alle curatieve specialismen de arbeid in beeld. In de praktijk wordt het nog wel vergeten, maar daar komt langzaam verbetering in. Ik ben voorzitter van een Zorgstandaard Chronische Pijn, en daar hoort standaard een module Arbeid in.

Er zijn gezondheidscentra waar een praktijkondersteuner GGZ, meestal een psycholoog, de biopsychosociale context in kaart brengt. Zou dat standaard praktijk moeten worden?

Ja. Het moet natuurlijk wel van toepassing zijn. Iemand met een onschuldig zweertje hoeft je niet naar alle levensgebieden te gaan vragen. Maar in principe moet je niet alleen naar oorzaken, maar ook naar gevolgen van de ziekte kijken. Ik ben lid van *Fit for Work*, dat richt zich op werkbehoud voor mensen met chronische aandoeningen. Bij de reumatologie wordt er hard aan gewerkt om arbeid in de spreekkamer te krijgen. En vergis je niet, het is heel simpel. De vraag is gewoon: 'Wat zijn de gevolgen van de reuma voor uw werk? En de vervolgvraag, indien nodig, is: 'Heeft u hulp nodig?' En dat geldt natuurlijk niet alleen voor reuma, maar voor alle invaliderende aandoeningen.

Wat is voor jou een belangrijk doel?

Eén betrouwbaar, valide belastbaarheidsinstrumentarium. We zijn al een eind, maar het moet beter. De FML die het UWV gebruikt is in de basis een mooi systeem omdat het belasting en belastbaarheid aan elkaar koppelt. Niettemin valt er in de uitvoering nog veel te verbeteren, alleen al omdat de beoordeling in zijn huidige vorm zeer slecht reproduceerbaar is. De interdoktervariantie is ook groot. Voor mij is het onbegrijpelijk dat we dat goed vinden. Dus zou het niet mooi zijn als we één basismethodiek hebben die gebruikt kan worden door de verzekerings-, bedrijfs- en de revalidatiegeneeskunde?

Moet de wetenschap daar instrumentarium voor aandragen, zodat dat verbetert?

Zeker. Maar de uitvoerders moeten ook bereid zijn om vernieuwingen te implementeren in de praktijk. Als de nieuwe gele pleisters aantoonbaar beter zijn dan de oude blauwe pleisters, en de dokter blijft toch blauwe pleisters plakken, dan zijn die betere pleisters voor niks ontwikkeld.

Gedoe rond wifigerelateerde gezondheidsproblemen: klacht ongegrond

Bas Sorgdrager (eindredactie)

Een werknemer voelt zich slecht behandeld door de bedrijfsarts. Zij stelt werkgerelateerde gezondheidsklachten te hebben van de elektromagnetische straling afkomstig van de wifi op haar afdeling. De bedrijfsarts zou de werkgerelateerdheid van haar gezondheidsklachten onvoldoende serieus nemen en haar dwingen terug te keren in een ziekmakende werksituatie. Uiteindelijk is mevrouw haar baan kwijtgeraakt en bij de psychiater terechtgekomen. De bedrijfsarts heeft zich echter voldoende ingespannen. Zij heeft bijvoorbeeld hulptroepen ingeschakeld om het traject in goede banen te leiden. De klacht van de werknemer is dan ook ongegrond, zowel bij het Regionaal Tuchtcollege als in beroep bij het Centraal Tuchtcollege.

De feiten

Klaagster werkte ruim zeven jaar als juridisch consulent toen zij zich op 11 juni 2012 heeft ziek gemeld met klachten van onder meer vermoeidheid, huidklachten, oorsuizen, dubbelzien, hoofdpijn, maag-darmklachten en griepachtige verschijnselen. Op 12 juni 2012 bezocht zij het arbeidsongeschiktheidssprekuur van verweerster, waarbij zij heeft aangegeven problemen te ondervinden

van de wifi-installatie op het werk. Verweerster heeft klaagster en de werkgever begeleid en geadviseerd bij het ziekteverzuim en het onderzoeken van de re-integratiemogelijkheden.

Klaagster heeft met haar klachten ook gesproken met haar huisarts, die haar heeft doorverwezen naar een gespecialiseerde huisarts. Deze schrijft op 6 juni 2012:

“Ze heeft zeer veel klachten welke ze niet heeft als ze niet aan wifi wordt blootgesteld. Doet haar werk met veel plezier en heeft er veel moeite mee zich ziek te melden.

Via het Kennisplatform Elektromagnetische Velden heb ik de Zweedse vragenlijst voor elektrohooggevoelige mensen ontvangen. In Zweden wordt deze handicap erkend en wordt deze vragenlijst ter objectivering gebruikt. Naar mijn idee zijn de klachten reëel. De vragenlijst bevestigt haar klachten. Zou haar werkgever willen adviseren om het ziekteverzuim in de toekomst te beperken door de wifi te verwijderen of over te stappen naar een wifi met een lagere stralingsbelasting of te zorgen voor wifvrije werkplekken (...).”

Toetsingskader Tuchtcollege bij verzuimbegeleiding

- De Arbeidsomstandighedenwet stelt dat werkgevers verplicht zijn een bedrijfsarts in te schakelen teneinde zich van deskundige bijstand te voorzien.
- De bedrijfsarts houdt zich aan wetgeving zoals de Wet verbetering poortwachter en de Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar.
- Professionele normen van de beroepsgroep bepalen de invulling van de taken (Professioneel Statuut van de Bedrijfsarts, NVAB, 2003). Wat betreft de verzuimbegeleiding is daarin bepaald dat de bedrijfsarts een begeleidende taak heeft. Hiertoe behoort de beoordeling van arbeids(on)geschiktheid voor eigen werk binnen de wettelijke kaders en het geven van werkhervattingsadviezen.
- Standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde over de positione-

ring van de bedrijfsarts (NVAB, 2007) stelt dat de expertise van de bedrijfsarts complementair is aan die van andere professionals in de eerste lijn: kennis van belasting, belastbaarheid en arbeidsomstandigheden, met als focus de functionaliteit in relatie tot arbeid en niet de klacht.

- Voor begeleiding van een persoon bij wie een psychisch probleem een rol speelt, geldt de Richtlijn Psychische problemen (NVAB, 2007). Hieruit volgt dat de bedrijfsarts de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer en de werkomgeving moet ondersteunen door het probleemoplossend vermogen van de werknemer en het werksysteem te versterken. Daarbij dient de bedrijfsarts te controleren in welke mate bij de werknemer sprake is van mogelijkheden tot probleemoplossend denken en toepassen van oplossingen.

In augustus 2012 heeft de werkgever van klagster in overleg met verweerster het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) ingeschakeld wegens een impasse in de ziekteverzuimbegeleiding en een dreigend arbeidsconflict. De klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) van het NCvB heeft aanbevelingen gedaan voor aanpassing van de werkplek van klagster.

Met de kanttekening *“Honorering van de adviezen houdt niet in dat daarmee een verband erkend wordt tussen gezondheidsrisico’s in het algemeen, en voor patiënte in het bijzonder, en de bestaande voorzieningen in het pand”*, geeft de KAG adviezen voor werkplekaanpassing, maar benoemt ook dat psychische en gedragscomponenten een rol kunnen spelen bij de klachten. In de daaropvolgende periode heeft de werkgever van klagster diverse aanpassingen gedaan om de straling op de werkplek van klagster te verminderen. Re-integratie start in december 2012, maar mislukt met ziekmelding op 25 maart 2013. Verweerster schrijft op 2 april 2015:

“(...) In mijn visie is mevrouw inzetbaar voor eigen werk in ieder geval vanuit huis en in principe ook vanuit kantoor. Hierbij beroep ik mij op de huidige stand van de wetenschap, waarin nog geen onomstotelijk verband tussen de ervaren gezondheidsklachten en straling is vastgesteld. Zoals bekend en ook het rapport van de (KAG) aangeeft, zijn er op dit moment verschillende zienswijzen hieromtrent.(...) In die zin is er mijns inziens geen medische noodzaak voor het doen van nieuw onderzoek. Echter vanuit perspectief van mevrouw kan ik mij voorstellen dat zij twijfels heeft over de kwaliteit en de uitkomst van het uitgevoerde onderzoek naar netwerkvervuiling (...) Vanuit dat oogpunt valt herhaling van onderzoek naar netwerkvervuiling te overwegen, als nadrukkelijk laatste stap in het hele proces van metingen naar straling. De beslissing hierover ligt uiteindelijk bij werkgever.”

Op 16 april 2013 schrijft verweerster: *“Mevrouw is nu niet inzetbaar voor werk. Huidige beperkingen: heeft geen controle meer over eigen emoties, overziet situatie niet, veel stressklachten, hetgeen samenhangt met de afgelopen periode. Mevrouw heeft mij gemachtigd om met haar huisarts te overleggen. Aan de hand van de uitkomst hiervan maak ik een nieuwe afspraak.”*

De maanden erop volgend consulteert klagster psycholoog en ook psychiater, terwijl ook een internistisch onderzoek plaatsvindt. Verweerster ontving van hen in september 2013 de informatie dat klagster baat zou kunnen hebben bij *mindfulness* en/of de SOLK-poli. De polikliniek psychosomatiek is het uiteindelijke behandeladres. De werkgever vraagt bij het UWV een deskundigenoordeel om te vernemen of de re-integratie-inspanningen goed werden uitgevoerd. Tevens heeft de werkgever verweerster gevraagd klagster te beoordelen op haar belastbaarheid op korte- en lange termijn. De conclusie van het deskundigenoordeel (15 oktober 2013) luidde volgens verweerster (onder meer) dat de werkgever

niet voldoende re-integratie-inspanningen had verricht, maar ook dat klagster kan re-integreren vanuit kantoor. Klagster leverde enige documentatie over de elektrogevoeligheid.

Op 22 oktober schrijft verweerster: *“Ik heb van het UWV de uitslag van het deskundigenoordeel werkgever ontvangen. Op grond van alle aanwezige informatie adviseer ik werkgever en werknemer zich te richten op terugkeer in eigen werk vanaf kantoor. NB: Mevrouw reageerde emotioneel op het gesprek en heeft het gesprek voortijdig verlaten.”*

Klagster heeft uiteindelijk een vaststellingsovereenkomst met haar werkgever gesloten tot beëindiging van het dienstverband, waarna zij in de WW terechtgekomen is. Haar klachten verergerden.

De klacht en het verweer

Klachtonderdeel a: Klagster stelt dat verweerster bij beantwoording van de vraag of zij gezien haar medische situatie kon werken in haar eigen werk vanuit kantoor ten onrechte niet is uitgegaan van haar klachten, haar beperkingen niet heeft vastgesteld en (aldus) een verkeerd criterium heeft gebruikt voor de vraag of klagster kon werken. Verweerster heeft hierbij tevens de curatieve sector onvoldoende betrokken en de stand van de wetenschap over de wifigerelateerde klachten verkeerd uitgelegd. Door te miskennen dat haar klachten zo ernstig waren dat zij niet op kantoor kon werken, heeft verweerster niet gehandeld volgens het professioneel statuut van de bedrijfsarts. Verweerster lijkt zich bij haar advisering te hebben laten leiden door het deskundigenoordeel van het UWV. Verder stelt klagster dat door het advies van verweerster tot tweemaal toe een situatie is gecreëerd, waarbij haar werkgever de gelegenheid heeft gekregen de situatie op de spits te drijven.

Klachtonderdeel b: Verweerster heeft volgens klagster voornamelijk getracht een oplossing te vinden voor de werkgever. De genomen maatregelen in de werksituatie bleken onvoldoende effectief te zijn. Op het moment dat de situatie niet opgelost bleek, koos zij voor de beste oplossing voor de werkgever. Zij stelt dat verweerster haar met haar oordeel in feite dwong om in een omgeving terug te keren, die haar geen bescherming kon bieden en waar haar klachten toenamen. Daarmee heeft verweerster zich volgens klagster schuldig gemaakt aan een onmenselijke en vernederende behandeling en haar fysieke en psychische integriteit (alsmede die van haar kind) geschonden, aldus nog steeds klagster.

Het verweer: De bedrijfsarts stelt dat zij zorgvuldig heeft gehandeld en alle informatie heeft meegenomen in haar advisering.

Overwegingen Regionaal Tuchtcollege

Het college overweegt dat verweerster zowel de klachten van klagster als de door klagster genoemde (mogelijke)

oorzaak serieus heeft genomen door zich in de verzuimbegeleiding mede te richten op het onderzoek naar straling op de werkplek en de door de werkgever te nemen verbetermaatregelen. Verweerster is hierna de door klaagster geuite klachten in haar rapportages blijven benoemen. Het advies van 22 oktober 2013 is gebaseerd op het verloop van de verzuimbegeleiding, de medische informatie van de eerste lijn en het deskundigenoordeel van UWV. Het college heeft geen aanwijzingen dat verweerster de verkregen informatie uit de eerste lijn op onjuiste waarde heeft geschat. De verslagen van de huisartsen waar klaagster naar verwijst geven vooral de (subjectief ervaren) klachten weer, die klaagster zelf heeft geuit. De objectief door de huisartsen waargenomen verschijnselen zoals de huidproblemen en de oogontsteking, staan niet in de weg van een gefaseerde opbouw van werkzaamheden vanaf kantoor. Bovendien staat – los van de stand van de wetenschap op dit punt – in het geval van klaagster niet vast dat deze klachten veroorzaakt worden door wifistraling op kantoor. Het verwijt van klaagster dat verweerster in haar advies van 22 oktober 2013 onvoldoende acht heeft geslagen op de psychische klachten van klaagster is niet onderbouwd. De informatie van psycholoog/psychiater levert geen aanwijzingen dat klaagster niet (gefaseerd) zou kunnen re-integreren. Klachtonderdeel a) faalt derhalve. Het college oordeelt dat niet van partijdigheid van verweerster is gebleken. Ook vóór het deskundigenoordeel van het UWV gaf verweerster in haar adviezen aan dat kon worden toegewerkt naar re-integratie in haar eigen werkplek via een opbouwschema. Dit was slechts anders toen verweerster klaagster in het advies van 16 april 2013 tijdelijk niet geschikt voor haar werk achtte wegens psychische (spannings)klachten, waarna verweerster heeft besloten eerst de uitkomsten van onderzoek en behan-

deling in de curatieve sector af te wachten. Verweerster heeft verder toegelicht dat zij in haar adviezen (slechts) heeft aangegeven dat zij betwijfelde of klaagster zelf zonder verdere aanpassingen wel wilde terugkeren op de werkplek. Klachtonderdeel b) is daarmee ongegrond. Het college concludeert dat verweerster binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven en dat daarmee de klacht ongegrond is. Klaagster gaat in beroep.

Conclusie Centraal Tuchtcollege

Het Centraal Tuchtcollege bevestigt het oordeel en de conclusie van het Regionaal Tuchtcollege. De bedrijfsarts heeft zich naar behoren ingespannen om tot een juiste beoordeling van de (mate van) arbeids(on)geschiktheid van klaagster voor haar werk te komen. De bedrijfsarts heeft de klachten van klaagster serieus genomen en heeft meegedacht in het zoeken naar oplossingen voor de klachten van klaagster via het inwinnen van deskundig advies, aanpassing van haar werkplek, het raadplegen van andere hulpverlening en het proberen werkhervatting op te starten (deels) vanuit de thuissituatie van klaagster. Dit heeft helaas niet geleid tot een succesvolle re-integratie; klaagster en haar werkgever zijn in onderling overleg uit elkaar gegaan. Dit betekent niet dat de door de bedrijfsarts gevolgde route onjuist of onlogisch was. Er kan in ieder geval niet uit worden afgeleid dat de bedrijfsarts zich slechts heeft laten leiden door het belang van de werkgever.

Kijk voor de volledige tekst van deze uitspraak op www.tuchtrecht.nl > Gezondheidszorg en zoek met zaaknummer C2015-459. Wilt u reageren? Stuur een mail naar tbvredactie@bsl.nl.

Elektromagnetische velden in arbeidssituaties: wanneer een risico?

Bas Sorgdrager

In dit TBV is een tuchtzaak beschreven over een bedrijfsarts die onvoldoende aandacht zou hebben geschonken aan wifigerelateerde gezondheidsklachten.¹ De aangeklaagde bedrijfsarts blijkt juist te hebben gehandeld en heeft zich gerealiseerd dat in sommige situaties elektromagnetische straling inderdaad een gezondheidsrisico kan zijn. De kwestie roept de vraag op wanneer we te maken kunnen hebben met gezondheidsrisico's.

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft in juli 2016 een gids gepubliceerd op basis van de Europese richtlijn: 'Richtlijn 2013/35/EU betreffende de minimumvoorschriften inzake gezondheid en veiligheid met betrekking tot de blootstelling van werknemers aan de risico's van fysische agentia (elektromagnetische velden)'.² De gids is een handvat om zorgvuldig te kunnen omgaan met vragen over het effect van elektromagnetische straling in het werk. Het gaat om werkomgevingen met hoogspanningslijnen, elektromotoren en lasapparatuur. In de tweede plaats kunnen elektromagnetische velden bewust worden opgewekt om materialen op te warmen of informatie te verzenden zoals zendinstallaties voor mobiele communicatie. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geeft informatie over onderzoek naar risico's van elektromagnetische velden.³

De gids bestaat uit risicoprofielen voor welke werksituatie nadere actie gewenst is. Het vereiste actieniveau is afhankelijk van de hoogte van de frequentie en de sterkte van het elektromagnetische veld (in volt per meter). Hoe hoger de frequentie hoe sneller het actieniveau wordt bereikt. De grenswaarden voor effecten op de zintuigen dienen ter voorkoming van effecten op het netvlies (het zien van lichtflitsen of fosfenen) en het evenwichtsorgaan (duizeligheid, misselijkheid of verlies van evenwicht). Deze effecten treden vooral op bij frequenties tot 400 hertz. De hogere grenswaarden voor effecten op de gezondheid dienen ter voorkoming van prikkeling van zenuwen of spieren, die met tintelingen, pijn of spier-trekkingen gepaard kunnen gaan.

Voor elektromagnetische velden met frequenties van 100 megahertz tot 300 gigahertz zijn er grenswaarden voor effecten op de gezondheid, die dienen ter voorkoming van overmatige opwarming van het lichaam of delen daarvan. Voor frequenties van 100 megahertz tot 6 gigahertz zijn deze grenswaarden gesteld in termen van de energie die per tijdseenheid in het lichaam wordt geabsorbeerd. In dit frequentiegebied vindt energieafzetting vooral plaats aan het oppervlak van het lichaam. De effecten die elektromagnetische velden op het lichaam hebben hangen af van de frequentie en de sterkte van de velden. De sterkte van elektromagnetische velden is het grootst dichtbij de bron en neemt af als de afstand tot de bron groter wordt. Velden met relatief lage frequenties, zoals die van hoogspanningslijnen, kunnen zintuigen of zenuwen prikkelen als ze sterk genoeg zijn. Velden met relatief hoge frequenties, zoals die van zendmasten voor mobiele telecommunicatie, kunnen het lichaam of delen daarvan overmatig opwarmen als ze sterk genoeg zijn.

In de gids is een aparte kolom opgesteld voor risicogroepen. Risicogroepen zijn werknemers die actieve geïmplanteerde medische hulpmiddelen dragen, bijvoorbeeld pacemakers, defibrillators, cochlea-implantaten, neurostimulators, geïmplanteerde medicatiepompen. Daarnaast kan nadere beoordeling nodig zijn van risico's voor zwangere werknemers, werknemers met op het lichaam gedragen medische hulpmiddelen (bv. infusiepompjes) en werknemers die passieve geïmplanteerde medische hulpmiddelen, voorwerpen of deeltjes met metaal op of in het lichaam hebben (bv. kunstgewrichten, osteosynthese materiaal, stents, hartklepprotheses). Overleg met behandelend medisch specialist, bijvoorbeeld cardioloog, en stralingsarts levert handvat op voor individuele aanpak.

Literatuur

1. Sorgdrager B. (eindredactie). Uitspraken tuchtcollege. Gedoe rond wifigerelateerde gezondheidsproblemen: klacht ongegrond. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2016; 24: 396-398.
2. Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Elektro-magnetische velden in arbeidssituaties, een beknopte gids voor de Nederlandse situatie. Juli 2016.
3. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/E/Elektromagnetische_Velden.



Kwaliteitsbureau
NVAB

Postbus 2113
3500 GC Utrecht

(030) 2040620

nvab@nvab-online.nl

www.nvab-online.nl

Bedrijfsarts en preventie centraal bij aanpassing Arbowet

Op 7 september debatteerde de Tweede Kamer over wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet. Met zijn voorstel om de Arbowet aan te passen, wil Asscher de duurzame inzetbaarheid van de beroepsbevolking verbeteren. Het gaat daarbij om de betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij arbodienstverlening, preventie en de positie van de bedrijfsarts.

Op 13 september heeft de Tweede Kamer ingestemd met de wijzigingen en ook is een amendement aangenomen waardoor in de Arbowet is vastgelegd dat 'de bedrijfsarts adviseert over preventieve maatregelen betreffende het algemeen arbeidsomstandighedenbeleid'. Verder is de motie goedgekeurd waarin een werkprogramma arbocuratieve samenwerking wordt voorgesteld. In de aanloop van de wetsbehandeling schreef de NVAB aanbevelingen aan de minister en de Tweede Kamer. Die vindt u bij de nieuwsberichten op onze website: 11 februari 2016 'Visie NVAB op wijzigingsvoorstel Arbowet'.

Landelijk Opleidingsplan

In september is het (nieuwe) Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot bedrijfsarts afgerond met als basis KOERS en het Kwaliteitskader (zie hieronder). Bij de ontwikkeling van het plan is steeds afstemming geweest met de NVVG en de KAMG. In de commentaarroude in september is het plan voorgelegd aan de commissies en werkgroepen van de NVAB, aan opleidingsinstituten en aan praktijkopleidingen (via OVAL en KoM). Ook is het besproken in de ledenbijeenkomst van 19 september. Na goedkeuring door het NVAB-bestuur wordt het plan gepresenteerd in de ledenvergadering van 3 november en vervolgens aangeboden aan het College Geneeskundig Specialisten. De implementatie van het Landelijk Opleidingsplan vindt plaats in 2017, zodat vanaf 2018 de opleiding volgens het nieuwe plan kan starten.

KOERS, Kwaliteitskader en Handreiking Praktijkopleiders

In het kader van het programma Modernisering Medische Vervolgopleidingen (MMV) is het project 'Kwaliteitsborging van opleidingen tot sociaal geneeskundige' uitgevoerd in opdracht van de drie wetenschappelijke verenigingen KAMG, NVVG en NVAB. Doel van het project is om de kwaliteit van de opleidingen tot sociaal geneeskundige systematisch te borgen. Er is een cyclisch systeem van toetsing en monitoring ontwikkeld, gericht op continue verbetering. Opleidingsinstituten en -instellingen, wetenschappelijke verenigingen, opleiders en de RGS krijgen hiermee meer greep op de kwaliteit van de opleiding. Het cyclisch systeem is beschreven in het rapport KOERS (Kwaliteitsvisie Opleidingen En Raamplan Sociale geneeskunde).

Intern toezicht

Uitgegaan is van een gelaagde vorm van toezicht. Daarin zorgt het veld zelf voor de interne kwaliteitsbevordering en -borging (continu en cyclisch, door middel van kwaliteitsevaluaties) en is er extern toezicht door de RGS. Als het interne toezicht transparant en cyclisch wordt uitgevoerd, kan het toezicht van de RGS via de vijfjaarlijkse erkenning meer op afstand en aan de hand van minder gedetailleerde eisen worden uitgevoerd. De kwaliteitsevaluatie vindt plaats aan de hand van het Kwaliteitskader dat kwaliteitsaspecten beschrijft.

In de periode oktober 2016 tot mei 2017 vindt een pilot plaats met deze kwaliteitscyclus bij de verschillende sociaal geneeskundige opleidingen (bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde en arts maatschappij & gezondheid).

Naast het Landelijk Opleidingsplan is op basis van KOERS en het kwaliteitskader ook 'De Handreiking Praktijkopleiders' ontwikkeld. De Handreiking gaat in op de positie en rol van praktijkopleiders, geeft inhoud aan het begrip goed opleiderschap en biedt een profielschets voor sociaal-geneeskundige praktijkopleiders.

Meer lezen?

KOERS: www.medischevervolgopleidingen.nl/wp-content/uploads/2015/11/MMV_KOERS_-_OKT_-_DEF_LR.pdf

Kwaliteitskader: www.medischevervolgopleidingen.nl/wp-content/uploads/2015/12/kwaliteitskader_OKT_DEF_-_LR.pdf

Handreiking Praktijkopleiders: <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=4962fff3-3e2b-4971-8ef4-9f118ba694ad&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=143&elementid=108106>

Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

In september is de richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gepubliceerd. Deze richtlijn is ontwikkeld door de beroepsorganisaties van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen: de NVAB, NVVG en GAV. Aanleiding voor de richtlijn was het beschikbaar komen van nieuwe gegevens over:

- De relatie tussen depressie en werk.
- Factoren die van belang zijn voor werkbehoud en werkhervatting.
- De effectiviteit van interventies.
- het vaststellen van mogelijkheden, beperkingen en prognose.

U vindt de richtlijn en het achtergronddocument op onze website (bij 'Richtlijnen & Kennisproducten').

Marjolein Bastiaanssen, projectleider NVAB

Agenda

3 november Najaarsledenvergadering, Domus Medica te Utrecht, 14:00 - 20:00 u

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



Secretariaatsbureau NVVG

Domus Medica
Postbus 24095
3502 MB Utrecht

(030) 6868764

secretariaat@nvvvg.nl
www.nvvvg.nl

Zo kort na de zomervakantie is er ditmaal relatief weinig nieuws vanuit de NVVG. De vrijgekomen ruimte biedt echter wel de gelegenheid om aan te geven dat het bestuur dringend behoefte heeft aan enkele nieuwe bestuursleden. Er komt veel op ons af, niet alleen vanuit het eigen vak maar ook vanuit de omgeving om ons heen. Het vraagt van de zittende bestuursleden behoorlijk wat inspanning en tijd om dat allemaal bij te benen. Van de andere kant is het bestuurslidmaatschap ook leuk, uitdagend en zeker een uitbreiding van kennis en kunde. Hierbij dus de oproep om eens te overdenken of een bestuursfunctie iets voor u of voor jou is. Bij twijfel is het altijd mogelijk om een keer een bestuursvergadering bij te wonen of een vrijblijvend gesprek aan te gaan met de voorzitter of een ander bestuurslid.

Landelijk Onderwijsplan (LOP)

Afgelopen periode is er door de verschillende beroepsgroepen hard gewerkt aan een nieuw landelijk opleidingsplan (LOP). In het verenigingsnieuws van de NVAB (zie hiervoor) hebt u kunnen lezen wat de achtergrond is van het nieuwe opleidingsplan. De weg naar het definitieve plan is voor de opleiding tot verzekeringsarts hetzelfde als voor de bedrijfsartsen. In de laatste bestuursvergadering heeft Tineke Woldberg verslag gedaan van haar noeste arbeid en het conceptplan nader toegelicht. Het concept zal, voor zover daartoe aanleiding is, aangepast worden naar aanleiding van de input uit de commentaarronde waarbij o.a. de commissie Opleiding NVVG/GAV betrokken is. Gegeven de inhoud van het conceptplan heeft het bestuur vertrouwen in de realisatie van een toekomstbestendig onderwijsplan.

Missie NVVG

Directeur en voorzitter werken thans samen aan een concept missie NVVG. Dit zal besproken worden tijdens de komende bestuursheidag. Met de input van die dag zal dan later een definitieve publicatie volgen, waarschijnlijk via de website.

Website

Het zal u waarschijnlijk opgevallen zijn dat de website van onze vereniging niet meer volledig bij de tijd is. Het bestuur is in gesprek met diverse aanbieders om tot een meer eigentijdse, meer interactieve en beter toegankelijke versie van de site te komen. U zult begrijpen dat er heel mooie oplossingen zijn maar dat daaraan ook een prijskaartje hangt. In die zin is het bestuur zich uiteraard bewust van de herkomst van het vermogen van de vereniging – uw lidmaatschapsgeld – en zal daarmee prudent omgesprongen worden.

Hans de Brouwer, secretaris

Agenda

13 oktober NVVG najaarsledenvergadering met aansluitend dr. Roland Dietvorst in het wetenschappelijk programma – Van der Valk Almere

2-4 november VG-dagen

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, adres 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 basis 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.



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) (hoofdredacteur) / B. (Bas) Sorgdrager (NCvB, UMCG) (plv. hoofdredacteur) / J. (José) Huijden (BSL) (redactiesecretaris) / J.H. (Jurjen) Breedijk (Diatriba Vinkeveen) / C.A.W.M. (Kees) Hertog (Maëts Ardyn, Arnhem) / F.H.W. (Frank) Jungbauer (Rijksuniversiteit Groningen) / 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) / S. (Simon) Knepker, Laren / R.G.P.M. (Rulanda) van Kruijsbergen (Arbo Unie Almelo) / 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)

Adviesraad

A.J. (Allard) van der Beek (EMGO Instituut, VUmc Amsterdam) / J.R.M. (Jurriaan) Blekemolen (NVAB, Utrecht) / L. (Lutgart) Braeckman (VWVA, Gent) / S. (Sandra) Brouwer (UMCG Groningen) / M. (Marc) Du Bois (WV 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 media.
marketing@bsl.nl, Sophie van Asperen, tel: 030 – 638 3714

Abonnementen

TBV verschijnt 10 keer per jaar. Abonnementprijs: (print + online toegang) € 137,00. Online-only abonnement (enkel online toegang) € 82,20. 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 tenaamstelling 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 verspreiden 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



15% korting
bij aanschaf van een combinatie tekst- en werkboek

PROTOCOLLEN
VOOR VOLWASSENEN EN JEUGD
2016

Bohn Stafleu van Loghum
www.bsl.nl/protocollen

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-learnings, web-tv's en meer

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 oudejaarsconference 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