tbv

6
Jaargang 24
juni 2016

Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde

ZEEPKIST
Pleidooi voor een inclusieve samenleving

VOOR DE PRAKTIJK
Ethische Code ICOH grondslag voor professioneel handelen

RICHTLIJNEN
Overspanning en burn-out als beroepsziekte

VOOR DE PRAKTIJK
Sociale hulpbronnen als buffer tegen stress

INTERVIEW
André Weel: 'Conflicten zijn leerzaam'

www.tbv-online.nl

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

Cover.indd 245 25-05-16 13:45

We teach...

SUMMERSCHOOL
VOOR ARBEID & GEZONDHEID
- 17 t/m 19 augustus, Otterlo
- 24 t/m 26 augustus, Otterlo
- 29 t/m 31 augustus, Otterlo

BASISMODULE REIZIGERSADVISERING
EN -IMMUNISATIE VOOR ARTSEN
6, 13 en 27 september, 4 en 11 oktober en
1 november 2016, Utrecht

NIEUW
GROEPSTRAINER VOEL JE VRIJ!
STOPPEN MET ROKEN
8 en 22 september 2016, Utrecht

INTRODUCTIE BOUW
13 en 27 september 2016, Harderwijk

PMO ANNO 2016: NIEUWE KANSEN
VOOR DE BEDRIJFSARTS!
14 september 2016, Utrecht

KENNISMAKEN MET EVIDENCE
BASED PRACTICE
15 september 2016, Utrecht

COPD EN BELASTBAARHEID
20 september 2016, Utrecht

INTRODUCTIE ARBOWET EN
VERZUIMBEGELEIDING
20 en 27 september en 11 oktober 2016
(17:00-20:15), Utrecht

NIEUW
ETHIEK VAN MEDISCHE
TECHNOLOGIE EN APPLICATIES
Topclass Arbeid en Gezondheid
3 oktober 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.

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.

BOHN STAFLEU VAN LOGHUM ZOEKT PANELLEDEN VOOR ONLINE ONDERZOEK DOET U MEE?

BSL Gezondheidszorgpanel

- Deel uw professionele mening
- Ontdek hoe collega's naar hun vak kijken
- En maak kans op leuke prijzen

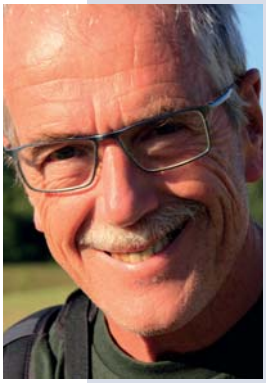
Meld u nu aan voor ons panel via www.bsl.nl/panel

Bohn Stafleu van Loghum
BAANBREKEND. BETROUWBAAR.

Meer informatie op www.bsl.nl/panel

Met het Oog op Morgen

André Weel



Gute Nacht, Freunde,
es wird Zeit für mich zu gehen.
Was ich noch zu sagen hätte
dauert eine Zigarette
und ein letztes Glas im Stehen.

De originele versie gezongen door Reinhard Mey hoort u op https://www.youtube.com/watch?v=6YnQc-AdNCI. Het is de tune van het radioprogramma Met het Oog op Morgen. Elke avond om 23:05 uur op NPO Radio 1. Ik ben van dit programma gaan houden toen ik eind jaren zeventig vanwege een grote woonwerkafstand vaak 's avonds laat in de auto zat. Het heeft mij door een moeilijke periode heen geholpen. En nu zit ik opnieuw in een overgangssituatie. Ik draag het hoofdredacteurschap over aan Wim Otto, verzekeringsarts en al drie jaar lid van de redactie. Wim gaat het anders aanpakken dan ik. Hij gaat in elk geval door met het verder verbeteren van TBV. Op de achtergrond, als vaste medewerker, blijf ik nog actief. Maar op een laag pitje.

Op 22 april jongstleden hebben SBBV en uitgever gezamenlijk een invitational conference georganiseerd, onder de titel: **TBV, klaar voor de toekomst?** Bestuur, medewerkers van de uitgever, redactie, TBV-medewerkers en adviesraadsleden waren aanwezig, alsmede vertegenwoordigers van onze doelgroepen: lezers en auteurs. Ik mocht de resultaten van het recent gehouden lezersonderzoek presenteren. Vier van onze beste auteurs poneerden elk een stelling hoe het verder moet met TBV. Daarbij keken zij naar het proces van digitalisering; de levensvatbaarheid van de papieren editie; en het op gang houden van een kopijstroom met voldoende verscheidenheid en diepgang om daarmee oudere en jongere lezers te binden. Er werd zeer levendig gediscussieerd. Er was nu en dan stevige kritiek, maar er kwamen ook veel goede suggesties hoe het beter kan. Eén ding is heel duidelijk geworden: TBV heeft zijn eigen plek onder de Nederlandstalige medische tijdschriften. De doelgroep, bedrijfs- en verzekeringsarts-en, wil verder met TBV. Een uitgebreid verslag van deze invitational houdt u nog tegoed.

Dit laatste TBV is een beetje 'mijn' nummer. Jac van der Klinks pleidooi voor een inclusieve samenleving is mij uit het hart gegrepen. En de Ethische Code van de ICOH gaat de grondslag vormen voor het professioneel handelen van de bedrijfsarts. De Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek van de NVAB heeft zich verdiept in deze Ethische Code en doet een poging deze te 'vertalen' voor de Nederlandse situatie. Ik mocht meedenken en meeschrijven.

Overspanning en burn-out als beroepsziekte: er is een nieuwe registratierichtlijn, schrijft Gerda de Groene. En sociale hulpbronnen bufferen tegen stress, daar moeten we gebruik van maken, betoogt Rob Hoedeman: Een blinde vlek voor deze hulpbronnen kan verklaren waarom het psychisch verzuim blijft stijgen en preventie maar niet van de grond komt.

Mijn goede vriend en collega-hoofdredacteur Arnoud Brok geniet allang van zijn pensioen, maar blijft toch schrijven. In dit nummer staat een column van zijn hand. En ik bespreek zijn boek Nu Even Diep Zuchten.

In het interview ben ik ditmaal de ondervraagde. Mijn collega's dagen mij uit het achterste van mijn tong te laten zien. *Conflicten zijn leerzaam* is mijn persoonlijke eindconclusie. Maar ook: *als ik het over kon doen, zou ik het zeker anders doen.*

Jurriaan Penders, Kees van Vliet en Carel Hulshof steken mij vervolgens de loftrompet toe in een speciale NVAB-bijdrage. Ik kan weinig anders dan dit gelaten over mij heen te laten komen en bescheiden te blozen. Ik heb mijn best gedaan. Minder dan dat is voor mij nu eenmaal geen optie. Dat ik ook wenkbrauwen heb doen fronsen beschouw ik dan ook maar als een compliment. Fronsen is een fysieke uiting van diep en kritisch nadenken. Als je dat met je schrijfsels kunt bewerken mag je tevreden zijn. Fronsen wijst ook op een botsing van opinies. Het kan zelfs op boosheid wijzen. Ook dat is goed, zeker voor een tijdschrift. Immers: *Du choc des opinions jaillit la verité.*

Hoofdredactioneel.indd 247 25-05-16 13:45

We zijn met TBV op de goede weg. Samen met de redactie, de vaste medewerkers, onze uitgever, het SBBV-bestuur en de TBV-adviesraad. En met onze lezers die ons scherp houden, zoals uit het juist afgeronde lezersonderzoek blijkt. Maar er zijn ook zorgen. Om tien keer per jaar met een heel klein redactiebureau een blad als TBV te maken, met standaard 48 pagina's hoogwaardige inhoud, inclusief een *high quality* themanummer, wordt een steeds zwaardere opgave. Het vergt steeds meer van een slinkend aantal vrijwilligers. De beroepsgroepen zullen in het blad moeten blijven investeren, financieel maar ook personeel. Een eigen tijdschrift is immers een exponent van een volwassen professie. **Het domein Arbeid en Gezondheid verdient een volwaardig wetenschappelijk, opiniërend en praktijkgericht tijdschrift dat de beide disciplines op niveau bedient. Met het Oog op Morgen moeten we daar met zijn allen aan blijven werken.**

En verder heb ik niet zoveel meer te zeggen. Drinkt u het laatste glas nog met mij uit? Het wordt tijd om te gaan. Ik wil u bedanken voor het vertrouwen. En voor alle opmerkingen, loftuitingen, complimenten, maar ook de bezwaren, de kritiek, de verwijten, de klachten. Ik heb er veel van geleerd. Reinhard Mey zingt het zo mooi:

Habt Dank für die Zeit, die ich mit euch verplaudert habe
Und für eure Geduld, wenn es mehr als eine Meinung gab.
Dafür, da ihr nie fragt, wann ich komme oder gehe,
Für die stets offene Tür, in der ich jetzt stehe.

Gute Nacht, Freunde,
es wird Zeit für mich zu gehen.
Was ich noch zu sagen hätte
dauert eine Zigarette
und ein letztes Glas im Stehen.

Bert Cornelius fecit

Hoofdredactioneel.indd 248 25-05-16 13:45

inhoud

tbv Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

6

Jaargang 24 – Juni 2016

hoofdredactioneel Met het Oog op Morgen 247

zeepkist Ieders waarde aan het werk 250

lezersforum Nooit een urenbeperking bij SOLK! + repliek Zeg niet 'nooit' 252

e-learning Nieuwe TBV-e-learning Overspanning en burn-out 253

column Cholesterol: de kruipolie van het PMO 254
Ab van Deutekom

voor de praktijk Good practices (4) Preventie in de thuiszorg en de verpleeghuiszorg 255
Remi Severeijns
De rol van de bedrijfsarts bij OSAS 257
Reynout van Wanroij
'Schuin met de stroom mee leren zwemmen' 261
Rob Hoedeman
De betekenis van de ICOH Code of Ethics voor de Nederlandse praktijk 266
Monique Loo, Peter van Wenum, Sabrina Kwint, Ineke van Werven, Bea Groenenberg, André Weel
Project herziening CAS 271
Wim Otto, Jurjen Breedijk
Het Zikavirus: bedrijfsgeneeskundige begeleiding 272
Jaap Maas, Fleur Meerstadt-Rombach, Martin Grobusch

boekbespreking Humor en ironie als tegenwicht voor gewichtigdoenerij 276

interview André Weel: 'Van elk conflict kun je leren' 277
Rolf Blijleven, Wim Otto, Bas Sorgdrager

afscheid Afscheidswoord voor André Weel, van collega's NVAB 282

uitspraken tuchtcollege Verzekeringsarts berispt om te veel eigenzinnigheid 284
Bas Sorgdrager (eindredactie)

richtlijnen Overspanning/burn-out als beroepsziekte. Update 286
Gerda de Groene, Karen Nieuwenhuijsen, Monique Frings-Dresen, Henk van der Molen

congresverslag 6th International FOHNEU Congress 290
Passend werk in uitvoering 292

beroepsziekten NCvB Peilstation Intensief Melden: drie leerpunten 294
Bas Sorgdrager, Teus Brand

van de verenigingen NVAB 296
NVVG 297

Inhoud.indd 249 25-05-16 13:46

Ieders waarde aan het werk

Participatie voor iedereen kan alleen bij een inclusieve samenleving

Jac van der Klink

Prof. dr. J.J.L. van der Klink is hoogleraar psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid aan Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University en strategisch adviseur bij de NSPOH en bij Ascender.

Mensen met chronische gezondheidsproblemen komen maar moeilijk aan het werk. De ene verklaring wijt dat aan henzelf, de ander aan de samenleving. Nemen we de participatiesamenleving serieus, dan moeten ook mensen met een beperking op een waardevolle wijze kunnen meedoen.

De arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening of beperking is wereldwijd laag en als ze wel werken is dat vaak onder hun niveau. Over de oorzaken hiervan bestaan twee dominante en tegelijkertijd tegengestelde verklaringen. De medisch/pedagogische verklaring legt het probleem en de verantwoordelijkheid voor de oplossing bij de individuele patiënt c.q. werknemer. Volgens de sociologische verklaring daarentegen moet de oorzaak gezocht worden in de samenleving en de maatschappelijke instellingen; beide zouden niet inclusief zijn en daarmee mensen met beperkingen uitsluiten.

De inclusiviteit van de samenleving bepaalt of mensen kunnen participeren

Ook hier blijkt de tegeltjeswijsheid dat de waarheid in het midden ligt, niet op te gaan. Het wetenschappelijke bewijs gaat veeleer in de richting van de visie dat de feitelijke uitsluiting door instellingen veel bepalender is voor de participatiegraad van mensen met een beperking dan individuele karaktertrekken, zoals motivatie. Toegegeven, dat lijkt strijdig met de iconische voorbeelden van mensen die dankzij enorme inspanningen (blijven) meedoen.

Mensen zoals Jean-Dominique Bauby, de acteur, auteur en redacteur die op 43-jarige leeftijd het *locked-in syndrome* kreeg als gevolg van een hersenbloeding en alleen nog zijn linker ooglid kon bewegen. Daarmee dicteerde hij zijn autobiografie, 'Le scaphandre et le papillon'. Het boek werd een bestseller en ook de latere verfilming ervan werd een groot succes. Een ander bekend voorbeeld is de Engelse natuurkundige, kosmoloog en wiskundige Stephen Hawking die, ondanks zijn beperkingen op grond van ALS zijn vakgebied blijft uitdragen. De wilskracht, gedrevenheid en het doorzettingsvermogen van beiden staat buiten kijf, maar Bauby noch Hawking zouden hun prestatie hebben kunnen leveren zonder ondersteuning. Bauby had de relaties en de middelen om fulltime iemand aan zijn bed te hebben die letter voor letter zijn verhaal opnam en rondom Stephen Hawking staat een team van toegewijde mensen.

En toch wordt het individu verantwoordelijk gesteld

Hoewel de participatie van mensen met een beperking vooral bepaald blijkt te worden door de inclusiviteit van de samenleving en haar instellingen, overheerst in de publieke opinie én in het sociale zekerheidsbeleid de medisch-pedagogische visie: het individu wordt aangesproken en verantwoordelijk gesteld en moet werk accepteren dat vaak ver onder zijn of haar niveau ligt.

Dat laatste is overigens in strijd met de rol die werk tegenwoordig in ons leven heeft. Werk is voor de meeste mensen behalve een middel om in het levensonderhoud te voorzien ook een manier om ambities en waarden te verwezenlijken.[1,2] Maar dat kan alleen als werk waarde vertegenwoordigt. Als het bijdraagt aan ontwikkeling, aan het vervullen van ambities, aan het opbouwen van sociale contacten en aan het creëren van iets waardevols. Daarnaast is werk ook belangrijk om een zekere mate van onafhankelijkheid te bereiken.

Over het algemeen zie je dat mensen met een chronische aandoening of beperking vaak een waarde-heroriëntatie doormaken: de aandoening noopt hen na te denken over wat echt belangrijk is in het leven. Vrijwel altijd hoort werk daarbij. Het zijn echter niet zozeer inkomen en carrière die tellen, als wel andere waarden en randvoorwaarden. Wat betreft die randvoorwaarden is er vooral behoefte aan regelruimte; om te kunnen beantwoorden aan de functievereisten, zoals voor alle werkenden geldt, maar ook om te kunnen omgaan met de eisen die de chronische aandoening stelt.

Mensen met een chronische beperking of aandoening hebben behoefte aan meer waarde-toevoeging en regelruimte, maar krijgen vaak minder. De algemene maatschappelijke

Zeepkist.indd 250 25-05-16 13:47

Gelijkheid in middelen

Gelijkheid in mogelijkheden

Bert Cornelius fecit

opvatting is dat "ze" blij mogen zijn dat "we" wat voor ze regelen en dat het hun plicht is dat te accepteren. In de praktijk betekent het dat mensen vaak genoegen moeten nemen met werk dat ver onder hun niveau ligt, geen waarde toevoegt en niet duurzaam is.

De grondgedachte van de participatiesamenleving is dat participeren belangrijk is omdat het, in een gelijkwaardige relatie tussen burger en maatschappij, zowel maatschappelijk als individueel waarde toevoegt. Iedereen moet daarom kunnen deelnemen op een waardetoevoegende manier. Mijn standpunt is dat, als we de participatiegedachte serieus nemen, participeren niet alleen een plicht is, maar ook een recht. En dus moet de samenleving inclusief zijn en mensen de gelegenheid bieden deel te nemen op een wijze die ook voor henzelf waarde toevoegt.

In sommige gevallen – zoals bij ernstige ALS-patiënten, maar ook bij andere ernstige aandoeningen – kan dit betekenen dat de maatschappelijke kosten (in geld) hoger zijn dan de maatschappelijke baten. Met andere woorden, we kunnen de klassieke kosten-baten-berekening niet als uitsluitend criterium nemen voor beslissingen over kosten van aanpassingen. Er zal een bredere *value case* moeten worden gemaakt.

We moeten ons denken 'kantelen'

Een werkelijk inclusieve samenleving optimaliseert de mogelijkheden voor een waardevolle bijdrage van mensen. Dat klinkt als een naïeve utopie, maar de manier waarop we nu arbeid organiseren, met als gevolg uitsluiting van mensen met een beperking, is, afhankelijk van de sector, nog maar enkele decennia tot enkele eeuwen oud. In agrarische bedrijven, familiebedrijven en in tal van kleinschalige ondernemingen was tot voor zeer kort altijd ruimte voor een familielid of buurtgenoot die 'wat minder kon meekomen'. Bovendien zijn er interessante experimenten met andere wijzen van werkverdeling, bijvoorbeeld door middel van *job crafting*, waarbij niet zozeer mensen worden gezocht bij een takenpakket (functieomschrijving), als wel taken worden gezocht bij de persoon. Als individu en functie niet langer bij elkaar passen, is niet de eerste reflex om een nieuw persoon voor het werk te zoeken, maar om nieuw werk voor de persoon te zoeken. In organisaties vraagt dat om nog een andere kanteling, namelijk de moed om middelen op een soms ongelijke manier te verdelen, aansluitend bij ieders kwaliteiten. Het gelijkheidsprincipe ('gelijke monniken, gelijke kappen') moeten we niet op het middelen-niveau betrekken maar op het niveau van de uitkomsten, kansen, mogelijkheden.

Als we bereid zijn ons denken in deze zin te kantelen en de keuze voor een inclusieve samenleving te maken, waartoe de 'ideologie' van de participatie-samenleving ons feitelijk verplicht, dan vinden we zeker de (hulp)middelen om het te realiseren en ieders waarde aan het werk te brengen.

Dit artikel is een iets gewijzigde versie van een eerdere publicatie op www.socialevraagstukken.nl.

Literatuur

1. Klink JJL van der, Bültmann U, Burdorf A, et al. Sustainable employability - definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. Scand J Work Environ Health 2016; 42: 71-9.
2. Gheaus A, Herzog L. The Goods of Work (Other Than Money!). J Soc Philosophy 2016; 47: 70-89.

Zeepkist.indd 251 25-05-16 13:47

Nooit een urenbeperking bij SOLK!

Met interesse heb ik het artikel van Jerry Spanjer in het TBV van februari 2016 gelezen.[1] Het is een artikel voor verzekeringsartsen. Ik mis een waarschuwing voor bedrijfsartsen! Bedrijfsartsen hebben helaas niet de luxe om genuanceerd over 'urenbeperking' bij SOLK na te denken. Bedrijfsartsen moeten uitgaan van de meest rigide uitleg. Dus nooit urenbeperking bij SOLK. Er is anders een reëel risico op een loonsanctie. Een aantal jaren geleden dacht ik nog – op grond van diverse richtlijnen – een urenbeperking te kunnen beschrijven bij een gediagnosticeerd multidisciplinair behandeld chronisch vermoeidheidssyndroom, inclusief helder en consistent dagverhaal. De verzekeringsarts wist echter te melden: "Bij een chronisch vermoeidheidssyndroom is er nooit sprake van een urenbeperking." Kortom mijn stelling: een verzekeringsarts mag nuanceren; voor de bedrijfsarts geldt echter 'nooit een urenbeperking bij SOLK'!

Marcel Geerts, bedrijfsarts

Literatuur

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

Zeg niet 'nooit'

De reactie van Marcel Geerts onderstreept de conclusie van mijn artikel, namelijk dat de huidige regels en richtlijnen voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Wat echter wel duidelijk is dat niet geldt 'nooit een urenbeperking bij SOLK'. Dit is duidelijk gecommuniceerd naar de verzekeringsartsen en is ook als zodanig besproken met onder andere de CVS-cliënten.[1] Zowel voor verzekerings- als bedrijfsartsen geldt dat tot de conclusie gekomen kan worden dat een urenbeperking aanwezig is. Natuurlijk dient dit voldoende onderbouwd te worden met argumenten. Het verschil tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen zit hem volgens mij in de groep cliënten die ze zien. Een bedrijfsarts ziet een SOLK-cliënt in de eerste periode van arbeidsongeschiktheid. Uitgangspunt is dan dat in principe geleidelijk weer opgebouwd kan worden naar het oorspronkelijk aantal gewerkte uren (*graded activity*) en dat een urenbeperking niet zonder meer nodig is. De verzekeringsarts ziet cliënten waarbij re-integratie na twee jaar niet is gelukt, een geselecteerde groep dus. Hier zal vaker sprake zijn van een urenbeperking. We moeten volgens mij toe naar een duidelijke richtlijn over dit onderwerp. Een richtlijn die geldt voor zowel de bedrijfs- als de verzekeringsartsen.

Jerry Spanjer

Literatuur

1. Uitkomst overleg UWV en steungroep me en arbeidsongeschiktheid over problemen bij de WAO-, WAjong- en WAZ-(her)keuringen van mensen met ME/CVS. Amsterdam, 2006.

Lezersforum.indd 252 25-05-16 13:48

Nieuwe TBV-e-learning Overspanning en burn-out

Overspanning en burn-out: leg meer nadruk op bedrijfs-omstandigheden!

Deze e-learning is gemaakt door dr. Paul Smits, bedrijfsarts.

Overspanning en burn-out is eigenlijk een blijvend actueel onderwerp. Het komt heel veel voor, gaat vaak gepaard met langdurend verzuim en heeft vrijwel altijd een relatie met het werk. Dat laatste zal u niet vreemd voorkomen… Maar toch wordt in de behandeling nog veel te vaak de nadruk gelegd op het persoonlijke probleem van de patiënt. In deze e-learning wordt de nadruk gelegd op het belang van wat er in het werk gebeurt. Bedrijfs- en verzekeringsartsen zouden juist daar meer aandacht op kunnen richten, ook met interventies.

Zo kunt u als bedrijfsarts specifieke vragen stellen aan de patiënt, in een arbeidsanamnese. Daarvoor kunnen de volgende blootstellingscriteria uit de registratierichtlijn Overspanning/burn-out van het NCvB worden gebruikt (bron: www.beroepsziekten.nl).

- **Hoge psychologische taakeisen.** Onder psychologische taakeisen worden verstaan: stressoren zoals hoge tijdsdruk, hoog werktempo, moeilijk en geestelijk inspannend werk.
- **Weinig sturingsmogelijkheden.** Onder sturingsmogelijkheden wordt verstaan de controle die een werknemer heeft over zijn taken en/of het vermogen om de aanwezige stressoren te beïnvloeden.
- **Weinig sociale steun van collega's.**
- **Weinig sociale steun leidinggevende.**
- **Procedurele onrechtvaardigheid binnen de organisatie.** Procedurele onrechtvaardigheid gaat over de processen in een organisatie: worden de formele procedures binnen een organisatie voor de besluitvorming rechtvaardig gevonden?
- **Relationele onrechtvaardigheid.** Dit gaat vooral over de relatie met leidinggevenden, bijvoorbeeld of deze onpartijdig is.
- **Hoge inspanning gepaard met lage beloning.** Werkkenmerken die een inspanning vereisen zijn: tijdsdruk, fysieke inspanning, taakinterrupties. Werkkenmerken met een belonend karakter hebben betrekking op: geld (salaris, toeslagen e.d.), waardering (respect en ondersteuning), zekerheid en ontwikkelingsmogelijkheden (promotiekansen, behoud van status).

En ten slotte een factor die mogelijk van invloed is:

- **Hoge emotionele taakeisen (met name onderzoek beschikbaar bij mannen).** Onder emotionele taakeisen wordt verstaan: emotioneel zwaar werk of werk dat een sterke persoonlijke betrokkenheid vraagt.

In alle werksituaties komt burn-out en overspannenheid voor. Maar in sommige, bijvoorbeeld in de medische wereld, komt het veel meer voor. De uitdaging voor de bedrijfs- en verzekeringsarts is om zowel de persoon als het werk aan te pakken en om zo het werk ook weer psychisch gezonder te maken.

Hoe kunt u de e-learning maken?

De e-learning vindt u op www.bsl.nl/overspanningenburn-out.
De e-learning is geaccrediteerd voor 2 punten bij AbSg. U kunt de e-learning ook op een tablet volgen.

Wat leert u?

Na het doorlopen van deze e-learning kunt u:

- Bij de diagnostiek en de interventies bij overspanning en burn-out drie fasen onderscheiden: crisisfase, probleem- en oplossingsfase en toepassingsfase.
- Overspanning en burn-out diagnosticeren als aandoeningen en als werkgerelateerde aandoeningen.
- De 4DKL-vragenlijst gebruiken als hulpmiddel bij de diagnostiek, de differentiaaldiagnose en het vervolg.
- Werkgerichte interventies initiëren, naast medische en persoonsgerichte interventies.
- Werk benoemen als therapeuticum.
- Preventieve werkgerichte interventies benoemen.
- Oplossingsgericht samenwerken met andere professionals in de eerste lijn (conform de LESA).

E-learning.indd 253 25-05-16 13:49

Cholesterol: de kruipolie van het PMO

Ab van Deutekom

A: Morgen Jan, wat ben je druk achter je computer op de vroege morgen. Is dat weer zo'n Excel-formulier van onze A&O-deskundige waarop je kunt aankruisen of je gelukkig bent in je werk?

J: Je bent warm. Het is het vragenformulier van het PMO.

A: Komt er weer een PMO? Dat wist ik niet.

J: Dat komt omdat jij de interne mededelingen nooit leest. Volgens mij gooi je die altijd direct in de prullenmand.

A: Je hebt gelijk, ik lees die meestal niet, want die zijn in zulke dieventaal verpakt dat ik ze toch niet snap.

J: Maar dan mis je wel wat. Ik lees altijd de berichten over wie er jarig zijn en wie er jubileren en zo. En zo las ik ook over het PMO, waar je gratis aan mee kan doen, want de arbodienst betaalt het onderzoek voor de eigen medewerkers.

A: En dat sprak jou wel aan? Wat is PMO ook alweer?

J: Periodiek Medisch Onderzoek. Vroeger heette dat PAGO.

A: Ja, nu je het zegt, herinner ik mij dat weer. Dan kon je je cholesterol laten bepalen.

J: Ab, je bent zelf dokter, maar nu val je me tegen. Dat PAGO bevatte veel meer dan alleen het bepalen van je cholesterol.

A: Dat weet ik natuurlijk wel, maar de mensen waren vooral geïnteresseerd in hun cholesterol. Daarom deden ze mee en de rest namen ze op de koop toe. Ik ken een bedrijfsarts die op het PAGO is gepromoveerd, en die zei altijd: "Het cholesterol is de kruipolie van het PAGO." Leuk gevonden, hè?

J: Ja, zo werkt het wel, maar waarom doe jij dan zelf niet mee? Wil jij dan niet weten hoe je gezondheid er voor staat?

A: Man, ik ben veel te bang dat ze iets vinden. Professor Mertens heeft ooit gezegd: "Iemand die gezond is, is iemand die nog onvoldoende is onderzocht." Nou jij weer.

J: Ab, jij steekt je kop in het zand. Ik zou het niet erg vinden als ik zou horen dat mijn cholesterol aan de hoge kant was. Daar kan ik tenminste wat aan doen.

A: Wat dan? Vasten?

J: Ja, vasten en matig zijn met drinken. Dat heb ik voor mijn gezondheid best over.

A: Jan, jij bent een goede arts, dat weet ik, maar ik vermoed dat je van de epidemiologen meer verwacht dan ze waar kunnen maken. Die eindeloze stroom berichten over risicofactoren zaait veel verwarring terwijl absoluut niet vaststaat dat zo'n bericht op waarheid berust. Hier, lees dit eens. Heb ik uitgeprint van internet. Een stukje van mijn favoriete website Gezondheidsroulette.nl. 'Maar wie neemt de uitkomsten van al die screeningsonderzoeken nog serieus? Want de epidemiologie heeft soms veel weg van een reusachtige, trage slinger. Een paar jaar na de bewering dat factor A ziekte X veroorzaakt, volgt er een nieuwe studie waaruit blijkt dat A onschuldig is. Dan is B de boosdoener!'

J: Tja, dat geeft wel te denken. Ik weet inderdaad niet zoveel van epidemiologie.

A: Jan, laat je niets wijs maken. Die epidemiologen moeten hun onderzoek vaak doen met de handen vastgebonden op hun rug. En weet je waarom? Omdat ze meestal af moeten gaan op dubieuze vragenlijsten, want echt experimenteel onderzoek is op ethische gronden vrijwel nooit mogelijk. En als er dan wel eens een echt onderzoek plaats vindt, zoals in Amerika bij mensen die een CVA hadden doorgemaakt en die, om een recidief te voorkomen salicyl, een antistollingsmiddel of een placebo kregen, is het huis te klein omdat de mensen in de placebogroep een effectief geneesmiddel is onthouden wat vermoedelijk twintig mensenlevens extra heeft gekost. Nee, ik geloof niet zo in epidemiologische studies, behalve als het om plezierige uitkomsten gaat. Hier, lees maar: 'Laag cholesterolgehalte kan suïcide verklaren', maar ook 'meer koffie, minder kans op zelfmoord.' Dus drink ik veel koffie en wil ik mijn cholesterol niet weten om iedere aanvechting er een eind aan te maken meteen de kop in te drukken. Daar heb je niet van terug, hè?

J: Tegen zoveel overtuigingskracht kan ik niet op. Schenk mij nog maar een bakkie in!

Column.indd 254 25-05-16 13:49

Good practices (4)

Preventie in de thuiszorg en de verpleeghuiszorg

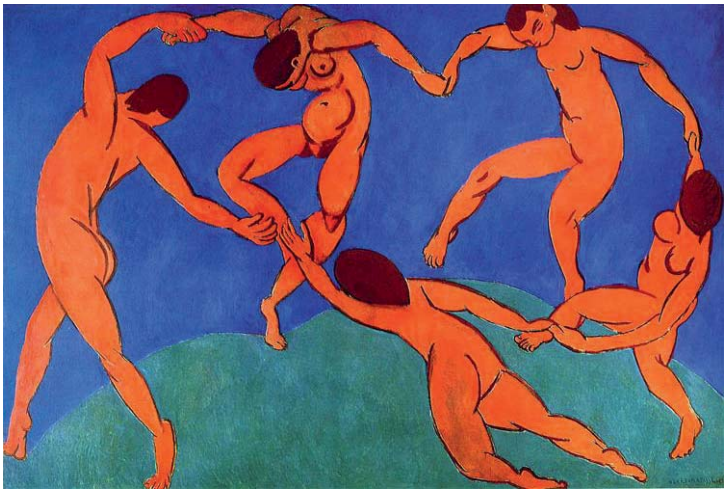
Remi Severeijns

Met de term *providerboog* doelen we op het geheel aan providers (aanbieders) binnen de arbodienstverlening aan een organisatie. Een providerboog wordt vaak gezien als een belangrijk onderdeel van verzuimbeheersing en daarmee van risico- en kostenbeheersing. Maar een providerboog kan ook een belangrijke rol spelen voordat er sprake is van een verzuim. Dat maakt onderstaand voorbeeld uit de praktijk van een zelfstandige bedrijfsarts duidelijk.

Het opstellen van een providerboog is een proces waarin we vijf stappen kunnen onderscheiden:

1. Inventariseren met welke interventiebedrijven samengewerkt wordt.
2. Opstellen van de ontwerp-providerboog. Zijn alle onderdelen van re-integratie en preventie afgedekt?
3. Het opstellen van een informatiekaart per interventiebedrijf. Daarmee besluiten de leidinggevenden welke interventie zij in kunnen zetten voor welk probleem.
4. Het afsluiten van een Service Level Agreement (SLA) met de interventiebedrijven. In het SLA wordt de werkwijze afgestemd. Speciale aandacht gaat uit naar de samenwerking tussen de leidinggevende, de arbodienst en het interventiebedrijf.
5. Opstellen van de definitieve providerboog met daarin de interventiebedrijven waarmee een SLA is afgesloten.

Henri Matisse: La Danse (1909)



Bij een instelling voor thuiszorg en verpleeghuiszorg wordt een providerboog opgetuigd. De actoren van dit proces zijn de humanresourcesafdeling van de zorginstelling, de bedrijfsarts, de verzuimcoördinator en een externe adviseur. Als uitgangspunt voor de samenstelling van de providerboog kiest men de risico-inventarisatie van de zorginstelling, alsmede een analyse van de verzuimoorzaken. De interventies sluiten aan op veelvoorkomende klachten van medewerkers en kunnen laagdrempelig worden ingezet. Speerpunten zijn het voorkómen van fysieke klachten en verzuim als gevolg van de arbeidsbelasting. Daarnaast is er aandacht voor de mentale belastbaarheid van de medewerkers.

De werkgever zal de providerboog komende maand als volgt op haar intranet presenteren:

Leidinggevenden begeleiden medewerkers die door klachten verzuimen en hun werk niet kunnen uitvoeren. Leidinggevenden hebben de verantwoordelijkheid te zorgen dat medewerkers spoedig herstellen en hun werk weer hervatten. Hiernaast dienen teams en de leidinggevende gezamenlijk aandacht te hebben voor signalen van medewerkers die het werk bijna niet meer aankunnen. Zij kunnen werken aan oplossingen of hulpdiensten inschakelen om verzuim te voorkomen.

Onze organisatie biedt hulp (diverse diensten) die preventief ingezet kunnen worden, diensten die helpen om de belastbaarheid en gezondheid van medewerkers te bevorderen. Van deze diensten kunnen leidinggevenden ook gebruik maken bij re-integratie van verzuimende medewerkers en het uitvoeren van de Wet Verbetering Poortwachter.

Binnen de providerboog onderscheiden we interne en externe dienstverleners.

De interne dienstverleners zijn de bedrijfsarts, de bedrijfsmaatschappelijk werkende, de re-integratieadviseur, de loopbaanadviseur, en de trainer fysieke belasting. Deze groep heeft met elkaar regulier overleg zowel inhoudelijk

Voor de praktijk_Good practices.indd 255 25-05-16 13:50

Oproep aan bedrijfsartsen om praktijkvoorbeelden te beschrijven

Onlangs is in TBV de artikelenreeks 'Good practices' gestart waarin voorbeelden van preventie worden beschreven. In het kader van de beweging 'De bedrijfsarts herontdekt' vragen wij bedrijfsartsen om preventievoorbeelden uit hun praktijk te beschrijven, om deze via TBV met elkaar te delen. Hiermee willen we aantonen dat de stap naar preventie vaak kleiner is dan men denkt. Voorbeelden kunt u sturen aan Jacques van der Vliet: javandervliet@upcmail.nl

als over de procesgang. De dienstverleners zijn makkelijk te benaderen en snel in te schakelen door leidinggevenden én medewerkers. De taken van de dienstverleners, en hoe ze in te schakelen, kan iedereen op korte termijn vinden op het intranet. Men hoopt dat de medewerkers ook zelf het initiatief gaan nemen.

De externe dienstverleners zijn een arbeidsdeskundige, een arbeidspsycholoog en een organisatie voor multidisciplinaire revalidatie. Deze groep is slechts inzetbaar op indicatie, waarbij de psycholoog ook preventief kan worden ingezet.

De bedrijfsarts regelt de verwijzing, ook als er nog geen sprake is van verzuim. Als er bijvoorbeeld aspecifieke klachten zijn van het bewegingsapparaat kan een medewerker onder begeleiding een gerichte training volgen met als doel de belastbaarheid te vergroten. Ook als blijkt dat het eigen werk te zwaar wordt kan de medewerker een persoonlijk programma volgen, met als doel plaatsing in ander werk of plaatsing extern. Bij voorkeur gebeurt dit zonder dat er sprake is van een ziekmelding.

Bij verzuim is de procedure als volgt: op het moment dat het verzuim drie maanden duurt en de prognose onduidelijk is, of wanneer er geen duidelijke diagnose is, regelt de bedrijfsarts een multidisciplinaire aanpak binnen de providerboog.

De kracht van het concept is dat er laagdrempelig en preventief deskundigen worden ingezet en dat medewerkers zelf direct toegang krijgen. De dienstverleners stemmen regelmatig met elkaar af en koppelen transparant en onafhankelijk terug.

Voor de praktijk_Good practices.indd 256 25-05-16 13:50

De rol van de bedrijfsarts bij het obstructieve slaapapneusyndroom

Reynout van Wanroij

Samenvatting
In de periode september 2014 tot januari 2016, verwees de auteur 12 personen op verdenking van slaapapneu. Bij 8 daarvan werd inderdaad slaapapneu vastgesteld. In 3 casussen beschrijft hij welke problematieken gepresenteerd werden, die uiteindelijk teruggevoerd konden worden op het obstructieve slaapapneusyndroom.

Obstructieve slaapapneusyndroom, OSAS, Onverklaarde klachten

Het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS) is een aandoening die nog steeds als ondergediagnosticeerd wordt beschouwd.[1,2] Geleidelijk ontstaat er meer aandacht voor deze problematiek en het vormt een onderdeel van steeds meer protocollen en richtlijnen in de kliniek. In de praktijk blijkt dat de diagnose pas overwogen wordt bij met name comorbiditeit of bij symptomen van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en burn-out, en stagnatie in het herstel hiervan.

De prevalentie in de bevolking tussen 20 en 60 jaar wordt sinds vele jaren gesteld op 4% bij mannen en 2% bij vrouwen.[3] In de populatie tussen 50 en 60 jaar, en met name in de groep die de bedrijfsarts bezoekt wegens surmenage, burn-outklachten en moeizaam functioneren ligt de prevalentie velen malen hoger. Maar zelfs als men dit buiten beschouwing laat, zou bij een gemiddelde prevalentie van 3% een bedrijfsarts die gemiddeld in 4 weken ongeveer 150 afzonderlijke individuen op zijn spreekuur ziet, er iedere maand vijf moeten tegenkomen. Laat er daar slechts één van nog niet eerder gediagnosticeerd zijn, dan zou iedere bedrijfsarts er tenminste iedere maand één moeten vinden.

De NVAB adviseert in de richtlijn Advisering en begeleiding door de bedrijfsarts bij het Obstructieve Slaapapneusyndroom en Werk[4] om bij werknemers met monotone werkzaamheden alert te zijn op OSAS.

R. van Wanroij is bedrijfsarts bij ArboNed Breda.
Correspondentieadres:
reynout.van.wanroij@arboned.nl

Mijn stelling is om altijd alert te zijn op OSAS bij klachten en risicofactoren die hiervoor relevant zijn, ongeacht de aard van de werkzaamheden. Onderstaande casuïstiek kan dit illustreren.

Casuïstiek

In de periode september 2014 tot januari 2016 verwees ik 12 personen op verdenking van slaapapneu. Geen van hen was eerder bekend met deze diagnose. Van deze 12 personen werd bij 8 van hen inderdaad een mate van slaapapneu vastgesteld. Twee personen werden niet doorverwezen door de huisarts en twee personen kon ik niet verder vervolgen.

Ik zal een drietal casussen beschrijven die illustratief zijn voor deze problematiek.

Casus 1:

De heer A zag ik in september 2014. Hij was toen 56 jaar en directeur van een opleidingsinstituut. Hij had zich in de vakantie ziek gemeld omdat hij merkte dat hij zijn normale activiteit tijdens de vakantie (creatieve ideeën voor zijn werk bedenken) niet kon opbrengen. Hij klaagde verder over slecht slapen en emotioneel zijn. Hij was vooral erg moe. Hij was al eens eerder uitgevallen van 2012 tot 2013 en er waren toen wat wijzigingen aangebracht in zijn takenpakket.

Bij het uitdiepen van de anamnese gaf hij aan te snurken en zijn vrouw merkte wel eens op dat hij niet ademde. Hij gaf aan overdag vaak slaperig te zijn.

Ik verwees hem naar de huisarts voor verdere verwijzing wegens mogelijke slaapapneu. De huisarts heeft hem inderdaad doorverwezen en in oktober werd een polysomnografie bij hem uitgevoerd waarbij een AHI van 25 (25 ademstops per uur) werd vastgesteld. Er werd gestart met *Continue Positive Airway Pressure* (CPAP) behandeling. In januari meldde hij een duidelijke verbetering in zijn energie. Hij had zijn hobby's en zijn activiteiten in de plaatselijke politiek weer opgepakt. Door een fusie kon hij niet terugkeren in zijn oude functie, maar er werd een

Voor de praktijk_Wanroij.indd 257 25-05-16 13:51

Bijlage
Vertaalde STOP-BANG-vragenlijst met alternatieve scoring[5]

STOP-BANG-vragenlijst

Naam:……

Gewicht:……..

Lengte: …….

Leeftijd:……

Geslacht:……..

STOP	Ja = 1 Nee = 0
Snurkt u luid (hoorbaar in aangrenzende ruimte)?	
Voelt u zich vaak moe of slaperig overdag?	
Merkt iemand wel eens dat u stopt met ademen in uw slaap?	
Wordt u, of bent u ooit behandeld voor hoge bloeddruk?	
BANG	
Is uw BMI meer dan 35 kg/m^2	
Is uw leeftijd hoger dan 50 jaar?	
Is uw boordmaat groter dan 40 cm?	
Bent u een man?	
Totaal aantal punten	
0-2 punten: laag risico 3-4 punten: middelmatig risico 5-8 punten: hoog risico	

aanvaardbare oplossing gevonden. Op 18 februari 2015 werd hij volledig hersteld gemeld.

Illustratief voor zijn problematiek vóór zijn uitval was de opmerking van zijn manager dat hij van alles liet gebeuren in zijn school; “Hij staat erbij en kijkt ernaar”, gaf ze aan. Los van deze opmerking meldde meneer A zelf dat als hij moe was, er “van alles langs hem heen ging”.

Casus 2:
Meneer B is een bijna 59-jarige productiemedewerker in een betonfabriek. Hij had zich in september 2014 ziek gemeld met een herseninfarct. In de maanden daarna revalideerde hij moeizaam. Hij meldde dat hij erg moe was en ’s nachts vaak benauwd. Het viel me op dat de diagnostiek en behandeling niet geheel passend was bij zijn aandoening. Overleg met zijn huisarts leerde dat de diagnose CVA allerminst vaststond, maar dat er waarschijnlijk sprake was van een extreme angst voor deze aandoening die meermaals in zijn omgeving was voorgekomen. Hij werd dan ook met EMDR behandeld.

In januari 2015 trof ik hem duttend aan in de wachtkamer waar hij – door zijn steevast veel te vroege komst – een kwartiertje moest wachten. Doorvragend gaf hij aan dat hij extreem slaperig was overdag, ’s nacht vaak snurkte en soms wakker schrok van een harde snurk. Ik heb hem naar de huisarts verwezen voor doorverwijzing voor diagnostiek van OSAS, maar de huisarts conformeerde zich in eerste instantie aan de revalidatiearts die meneer B ademhalingsoefeningen gaf wegens hyperventilatiesyndroom. In maart heb ik hem nogmaals met een score 6

Voor de praktijk_Wanroij.indd 258 25-05-16 13:51

Aandachtspunten

- OSAS is ook in de bedrijfsgezondheidszorg een ondergediagnosticeerde aandoening.
- OSAS wordt vaak gemaskeerd door andere gezondheidsklachten.
- Herkenning van OSAS leidt vaak tot effectieve behandeling en terugkeer in het werk.

van een afgenomen STOP-BANG-vragenlijst (zie bijlage) verwezen naar de huisarts, die hem daarop inderdaad naar de longarts verwees. Deze vond een COPD, maar zette ook een onderzoek naar OSAS in.

In mei 2015 kreeg hij een polysomnografie thuis en daarbij werd een AHI van 23-25 gevonden. CPAP werd ingesteld en na enige maanden gewenning en experimenten met verschillende maskers en verschillende drukken verdroeg hij de CPAP redelijk goed. Eind 2015 was hij vrijwel volledig gere-integreerd in zijn eigen werk, maar de COPD verdroeg zich niet met de loopafstanden en inspanningen van zijn eigen werk. Hij werd daarom ingezet in de controlekamer. Toen hij hier na een opleiding volledig aan het werk wilde, viel hij uit met ernstige cardiale klachten die momenteel nog onderzocht worden.

Casus 3:
Meneer C meldde zich in augustus 2015 ziek met hartkloppingen, met name 's nachts, transpiratie na geringe inspanning, krachtsverlies en concentratieverlies. Hij was op dat moment 41 jaar en werkte als applicatiebeheerder in een IT-bedrijf. Hij had een BMI van 35 en ervoer dat als een probleem, maar zijn gebrek aan energie en zorgen over zijn gezondheid verhinderden een actieve levensstijl, zoals sporten en bewegen naast zijn werk. Er was op de X-thorax iets gezien en dit werd door de longarts vervolgd. Voor de ritmestoornissen was hij onder behandeling van de cardioloog.

Ik nam bij hem een STOP-BANG-vragenlijst af. Met een score van 6 verwees ik hem naar de huisarts. In oktober meldde hij dat de afwijking op de X-thorax onschuldig was gebleken. In december zou een slaaponderzoek plaatsvinden. Ik adviseerde per eind oktober 50% te hervatten in afwachting van verder onderzoek en hij is inderdaad hervat. Toen ik hem begin januari 2016 terugzag, meldde hij dat er een AHI van 20 gevonden was. De CPAP was al ingezet en hij verdroeg die vrijwel onmiddellijk goed. In februari meldde hij dat hij beter sliep, meer droomde, overdag nog slaperig was maar geen ritmestoornissen meer had. Hij heeft zijn uren geleidelijk verder opgebouwd tot volledige werkhervatting begin maart 2016.

Bespreking

Deze drie casussen illustreren dat werknemers met OSAS zich met uiteenlopende klachten kunnen presenteren op het spreekuur van de bedrijfsarts, waarbij slaapproblematiek, snurken en ademstops zelden of nooit spontaan gemeld worden. Ook is men vaak al onder behandeling bij diverse specialisten, zonder dat mogelijke OSAS overwogen wordt. Daar staat tegenover dat in de meeste gevallen er uiteindelijk geen weerstand is tegen nader onderzoek naar deze aandoening. Verder valt op dat adequate behandeling meestal leidt tot verbetering van de klachten en een succesvolle re-integratie. Voor de bedrijfsarts is het dan ook zonder meer een uitdaging scherp te letten op deze mogelijk gemiste diagnose. Anders dan de NVAB, die zich in hun richtlijn beperkt tot het opsporen van OSAS bij gevaarlijk of monotoon werk, is mijn pleidooi OSAS te overwegen bij:

- Alle beroepen en werkzaamheden.
- Risicogroepen qua leeftijd, geslacht en habitus.
- Klachten als depressie, burn-out en disfunctioneren.
- Onverklaarbare stagnatie in het herstel.
-

Ik ben ervan overtuigd dat dit niet alleen bijdraagt aan het verminderen van het langdurig verzuim en WIA-instroom, maar ook aan de arbeidssatisfactie van de bedrijfsarts en diens imago bij werkgever, werknemer en onze curatief werkende collega's.

Conclusie

De bedrijfsarts kan naar mijn mening een belangrijke rol spelen in deze problematiek. OSAS is nog steeds een ondergediagnosticeerde aandoening, die weliswaar aan bekendheid wint bij behandelaars en bij het publiek, maar waaraan in de praktijk, ook in de behandelende sector, onvoldoende wordt gedacht als iemand met vage klachten van de stemming of de energie op het spreekuur komt.

De populatie die zich bij de bedrijfsarts meldt en vaak de meest hardnekkige problematiek presenteert, is zonder twijfel de groep van oudere werknemers die moeite hebben te voldoen aan de eisen die hun werk aan hen stelt. Zij zijn al of niet uitgevallen wegens ziekte. Binnen die groep kan veel problematiek afdoende verklaard worden uit specifieke lichamelijke en psychische aandoeningen. Een groot deel heeft echter ook een probleem in het functioneren dat (ook door henzelf) geduid wordt als moeite met de hedendaagse werkwijze, organisatiestructuur en wijze van communiceren.

Ik ben ervan overtuigd dat een belangrijk deel van dergelijke problematiek voortkomt uit een niet ontdekte OSAS. Het blijft dan ook van belang dat bedrijfsartsen deze aandoening weten te herkennen. Zodoende kan men, althans een deel van deze populatie, toeleiden naar de zorg die in

Voor de praktijk_Wanroij.indd 259 25-05-16 13:51

verreweg de meeste gevallen positief inwerkt op hun gezondheid, draagkracht en hun functioneren. Mijn ervaring is dat adequaat behandelde OSAS-patiënten behouden blijven voor hun werk en dat onnodige dwaaltochten in het medische circuit hun bespaard blijven.

Literatuur

1. Perraudin P, et al. Effectiveness of intervention led by a community pharmacist for improving recognition of sleep apnea in primary care--a cohort study. J. Sleep Res. 2015; 24: 167-173.
2. Namen A, et al. Increased Physician-Reported Sleep apnea: The National Ambulatory Medical Care Survey. Chest. 2002; 121: 1741-1747.
3. Young T, et al. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 1217-1239.
4. NVAB. Richtlijn Advisering en begeleiding door de bedrijfsarts bij het Obstructief Slaapapneusyndroom en Werk. Utrecht: NVAB, 2012.
5. Chung F et al. Alternative Scoring Models of STOP-BANG Questionnaire Improve Specificity To Detect Undiagnosed Obstructive Sleep Apnea. J Clin Sleep Med 2014 Sep 15; 10: 951-958.

Summary

From september 2014 until january 2016, the author referred 12 cliënts on suspecting sleep apnea. 8 persons were diagnosed with OSAS. In three cases he describes the medical problems as presented, which could be attributed to obstructive sleep apnea syndrome.

Voor de praktijk_Wanroij.indd 260 25-05-16 13:51

‘Schuin met de stroom mee leren zwemmen’

Stressoren aanpakken vanuit hulpbronnen

Rob Hoedeman

Het aandeel van psychische ziektebeelden in het verzuim neemt alleen maar toe. Er ontstaat merkbare angst bij werkenden voor een burn-out en de overheid organiseert campagnes rond stress. Opvallend is dat eenduidige analyses over oorzaken van de toename van psychisch verzuim ontbreken en dat er een blinde vlek is voor de rol van afgenomen mentale hulpbronnen bij stress. Via een illustratieve casus en meer informatie over de rol van mentale hulpbronnen, wil ik een completer plaatje van psychisch verzuim geven en wat de bedrijfsarts hierin kan betekenen.

Mentale hulpbronnen, Werkgebonden sociaal kapitaal, Veerkracht, Psychische klachten

Casus

Kees is een 54-jarige controller bij een grote overheidsinstelling. Ik kende hem al vanwege zijn rugklachten. Hij had letterlijk (vanwege zijn morbide adipositas) en figuurlijk indruk op me gemaakt omdat hij op zijn eerste consult bij mij had aangegeven al anderhalf jaar bezig te zijn geweest om een aangepaste stoel te krijgen op advies van mijn voorganger. Er waren diverse disputen geweest over de geadviseerde stoel die buiten de vaste afspraken viel en dit had het vertrouwen tussen Kees en interne arboprofessionals onder druk gezet. De stoel die wel aan de afspraken voldeed, ging een paar keer stuk. Ik zette onze ergonoom als inhoudsdeskundige en ‘mediator’ in. Dit leidde tot het adviseren en bestellen van de juiste stoel.

Nu zag ik hem anderhalf jaar later in verband met langdurige oververmoeidheid, cynisme en verminderd professioneel zelfvertrouwen. Kortom, Kees voldeed aan de criteria voor burn-out. Hij was door de huisarts verwezen naar de praktijkondersteuner GGZ voor begeleiding. De aanleiding tot zijn ziekmelding was geweest dat hij een deel van een financiële opleiding niet had gehaald, waarvoor hij bij eerdere deelexamens zevens en achten had gescoord. Onderliggend was dat deze alleenstaande man in het kader van de reorganisatie op een andere afdeling was geplaatst, waarbij hij veel routinematige handelingen moest doen. Er was geen werkdruk. Op de vorige afdeling had hij werkgroepen mogen coördineren die werkten aan overstijgende oplossingen voor financiële afdelingen die moesten gaan samenwerken in het kader van een grote reorganisatie binnen de overheidsinstelling. Kees had twee keer een gesprek gehad met leidinggevenden die hem wilden hebben, maar de kans was te groot dat hij na enkele maanden weer elders geplaatst zou worden. In dit proces was Kees veel vertrouwen in zijn organisatie kwijt geraakt. Wat Kees niet herkend had was dat hij ook minder zelfvertrouwen had gekregen. Hij was meer gaan piekeren, slechter gaan slapen en had voor zijn gevoel gefaald bij het deelexamen. In onze eerste twee lange gesprekken kwam naar voren dat Kees er nu 5 jaar in geslaagd was ‘tegen de stroom in te zwemmen’ door steeds in werkzaamheden te komen die hem lagen, maar die verder gingen dan zijn financieel inhoudelijke vak. De reorganisatie was duidelijk *too much* voor Kees om te ‘ontsnappen’. We bespraken dat Kees moest leren ‘schuin met de stroom mee te zwemmen’ en te accepteren dat zijn krachten door forceren waren afgenomen. Eerste toets was het doen van een volgende cursus en deelexamen, waarbij zijn gezondheid voorop zou staan en niet het resultaat. Hij zou gedoseerd gaan studeren en niet forceren. Tot zijn verbazing slaagde hij met een zes. De volgende uitdaging was om meer verbinding te leggen met zijn werk. Hiertoe hervatte hij drie uur per dag in aangepaste werkzaamheden. Er volgde een gesprek met zijn leidinggevende over de toekomst. Zijn leidinggevende kon hem niet herplaatsen in verband met de reorganisatie, maar wist wel een afdeling waar ze nog behoefte hadden aan collega’s met capaciteiten zoals die van Kees. Hij wilde wel meehelpen sturen op een dergelijke toekomstige oplossing. Kees hervatte vier maanden later volledig met een hoger niveau van ‘zelfeffectiviteit’ voor zowel gezondheid als functioneren.

R. Hoedeman is bedrijfsarts bij ArboNed-HCC en schreef dit artikel op persoonlijke titel.
Correspondentieadres:
rob.hoedeman@arboned.nl

Voor de praktijk_Hoedeman.indd 261 25-05-16 13:53

Tabel 1
Hulpbronnen en narratieve herkenning

Hulpbron	Kenmerken	Aanwezige hulpbron narratief herkennen	Ontbrekende hulpbron narratief herkennen
Persoonlijke			
Hoop	Overtuiging dat doelen behaald kunnen worden en te onderscheiden naar 'agentschap', oplossingsrichtingen en doelen.	'Ik weet hoe ik dit kan bereiken'. 'Ik snap welke stap ik nu eerst moet nemen en wat daarna'. 'Ik weet wat ik hierin wel en niet kan beïnvloeden'.	'Ik weet niet hoe ik hieruit moet komen'. 'Het is voor mij één grote brei, zonder oplossingen'.
Optimisme	De verwachting dat er goede dingen zullen gaan gebeuren, positieve attributies en dito interpretatiestijl.	'Anderen bedoelen het in principe goed'. 'Hier leer ik iets van'.	'Hij is alleen maar uit op eigen voordeel'.
Veerkracht	Het vermogen om tegenslagen te overwinnen. Belangrijk hierbij is te onderscheiden wat wel en niet beïnvloed kan worden.	'Ik accepteer dat tegenslag bij het leven hoort'. 'Voor wat tegenzit geloof ik dat ik eruit zal komen en heb ik plannen hoe dit aan te pakken'.	'Het had niet mogen gebeuren dat het zo druk werd op mijn werk'. 'Ik had nooit gedacht dat ik weer overspannen zou worden'.
Zelfeffectiviteit	Gevoel van zelfeffectiviteit door de aanwezigheid van competenties, rolmodellen, positieve feedback, overtuigingskracht van anderen, psychische en mentale activatie.	Voor werk: 'Ik weet dat ik goed ben in mijn vak'. Voor re-integratie: 'Ik snap hoe ik mijn re-integratie moet aanpakken'.	Voor werk: 'Ik weet niet meer hoe ik het als docent goed kan doen' Voor gezondheid: 'Ik krijg geen grip op mijn vermoeidheid'.
Werkgebonden			
Steun	Van leidinggevenden en collega's, maar ook instrumenteel.	'Mijn collega's en leidinggevenden helpen me en nemen het voor me op'.	'Mijn afdeling laat me in mijn vet gaar koken'.
Autonomie	De ruimte om taken en activiteiten op zelfgekozen manieren vorm te geven en in eigen tempo te doen.	'Ik kan mijn werk zelf indelen en op mijn manier invullen'.	'Ik word bij alles op mijn vingers gekeken'.
Ontwikkeling	Alle werkgerelateerde activiteiten die bijdragen tot ontwikkeling en ontplooiing.	'Ik doe werk waar ik blij van word'. 'Ik doe andere werkzaamheden dan 5 jaar geleden en blijf het interessant vinden'.	'Als ik de kans zou krijgen was ik allang in interessanter werk gestart'.
Organisatie-gebonden			
Procedurele rechtvaardigheid	Gebruik van de juiste procedures en toepassing op een juiste manier.	'Als ik de juiste opleidingen doe, krijg ik een serieuze kans op een hogere functie, net als anderen'. 'Mijn inzet en kans op een bonus worden fair beoordeeld door het management'.	'Mijn collega heeft dezelfde kwalificaties als ik en krijgt de opleiding en ik niet'.
Vertrouwen	Verwachting dat een ander hem of haar niet zal benadelen en dat de ander doet wat men van hem of haar verwacht.	'Onze directeur doet echt iets nuttigs met onze input'.	'Hij doet alleen maar zaken die in zijn eigen voordeel zijn'.
Samenwerking	Inspanningen van meerdere mensen gericht op hetzelfde doel.	'In het projectteam vullen we elkaar aan'. 'Onze salesmensen weten hoe ze de opdrachten moeten aanleveren'.	'Op onze afdeling zijn het eilandjes en werken we langs elkaar heen'.

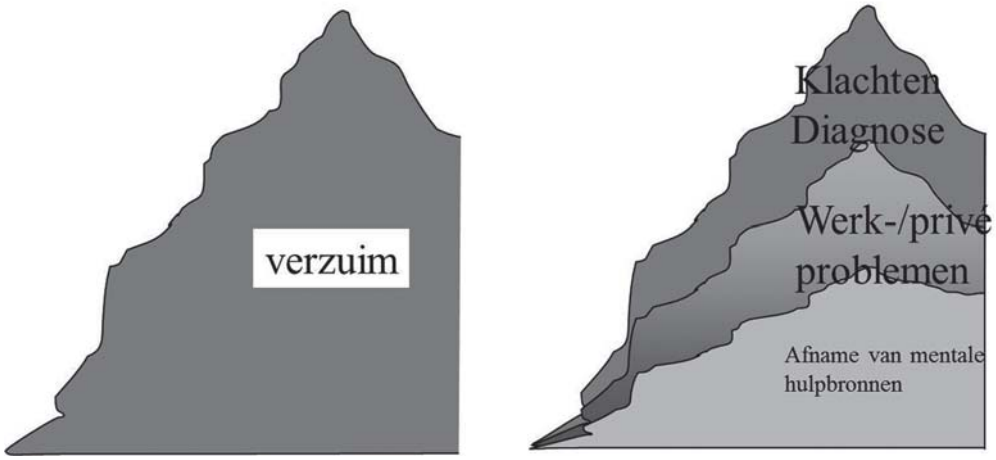
3 soorten hulpbronnen, capabilities en waarden

In twee eerdere TBV-artikelen[1,2] zijn werk- (autonomie, ontwikkeling en steun) en persoonsgebonden (hoop, optimisme, veerkracht en zelfeffectiviteit) hulpbronnen besproken, die bijdragen aan energie, binding aan het werk en positieve emoties. Dit in tegenstelling tot stressoren die kunnen bijdragen tot uitputting, distantie van het werk en negatieve emoties. Uit onderzoek komt steeds meer naar voren dat een derde groep hulpbronnen, namelijk sociale, belangrijk zijn. Het werk van Putnam[3] over de rol van sociaal kapitaal in de maatschappij heeft hiertoe een belangrijke aanzet gegeven. Voor ons werkveld is het afgeleide concept werkgebonden sociaal kapitaal het meest relevant en dit wordt blijkens onderzoek[4] bepaald door procedurele rechtvaardigheid, vertrouwen en samenwerking. In tabel 1 staat een toelichting hoe hulpbronnen en het ontbreken daarvan te herkennen zijn in het verhaal van een werknemer.

Het belang van sociale hulpbronnen is vermoedelijk nog groter bij procedureel gedreven overheidsorganisaties dan bij andere organisaties. Hoogleraar psychotrauma Van der

Voor de praktijk_Hoedeman.indd 262 25-05-16 13:53

Figuur 1



Velden[5] refereert aan diverse Nederlandse en buitenlandse onderzoeken die aantonen dat organisatorische factoren zoals een tekort aan steun belangrijker zijn voor de ontwikkeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij agenten van de politie, dan kenmerken van het trauma zelf. Dit sluit aan op wat veel bedrijfsartsen ervaren die werken voor overheidsorganisaties: het verzuim is daar hoger dan bij het opleidingsniveau en bij de belasting van het werk (niet fysiek) passend is. Werknemers en leidinggevenden zijn geneigd oorzaken van klachten te legitimeren ('dokter, volgens mijn huisarts heb ik een burn-out') en pas bij doorvragen komen eerst de problemen in het werk (of in combinatie met privé) aan het licht en bij verder doorvragen blijkt het om een tekort aan hulpbronnen te gaan (zie figuur 1).

Deze insteek sluit aan op recent werk van prof. Van der Klink[8,9] die pleit voor helpen van de werknemer om diens *capabilities* te ontwikkelen ofwel functionaliteiten waar de werknemer intrinsieke waarde aan hecht. Van der Klink et al. beschrijven 7 waarden waarvan de vervulling bijdraagt aan duurzame inzetbaarheid van werknemers (zie tabel 2).

Dat dit praktisch van groot belang is horen we elke dag in de spreekkamer. Denk aan de thuishulp die op haar tenen loopt door werkdruk en niet toekomt aan een praatje met de bejaarde, en de politieagent die door de reorganisatie en administratie minder effectief is in het oppakken van criminelen. Bij beide staan hun waarden om van betekenis te willen zijn in hun werk fors onder druk. In figuur 2 staan de *evidence-based* factoren beschreven die bijdragen aan psychische uitval dan wel mentale weerbaarheid en duurzame inzetbaarheid.

Tabel 2

Waarden die bij gebruik bijdragen tot duurzame inzetbaarheid

- Kennis en vaardigheden gebruiken
- Kennis en vaardigheden ontwikkelen
- Betrokken zijn bij belangrijke beslissingen
- Betekenisvolle werkcontacten met anderen opbouwen of hebben
- Eigen doelen stellen
- Een goed inkomen verdienen
- Een bijdrage leveren aan het creëren van iets waardevols

Pathofysiologie van stress en hulpbronnen

Stress wordt veroorzaakt door het gevoel van controleverlies en activeert het limbische systeem. De amygdala speelt hierbij een belangrijke rol. De prefrontale cortex met functies voor planning en afweging heeft een dempende werking op dit 'alarmsysteem', maar omgekeerd geldt dat de prefrontale cortex geremd wordt bij activering van het stresssyteem. Een overzicht van de literatuur[6] over veerkracht laat zien dat personen zoals commando's en brandweerlieden, die mentaal bovengemiddeld veerkrachtig zijn, een sterkere werking van hun prefrontale cortex en een minder snelle activering hebben van hun alarmsysteem. Positieve emoties (blijdschap, nieuwsgierigheid, wederzijdse steun ervaren) en *mindfulness* werken ook via versterken van de prefrontale cortex en vermindering van het alarmsysteem. Beeld is dus dat hulpbronnen de werking van de prefrontale cortex versterken in een reciprook evenwicht met minder snelle activering van het alarmsysteem. Zo is ook aangetoond dat personen met psychiatrische en somatische ziektebeelden met hogere niveaus van veerkracht het duidelijk beter doen dan personen met zelfde scores voor depressie of ziekteactiviteit bij somatische aandoeningen[6] en lagere scores voor veerkracht.

De rol van de bedrijfsarts

De bedrijfsarts kan alleen zicht op (ontbrekende) hulpbronnen krijgen als hij met een juist referentiekader luistert en exploreert. De rol van hulpbronnen is niet systematisch uitgewerkt in de richtlijn van de NVAB voor werknemers met psychische problemen. Dit komt omdat de richtlijn gebaseerd is op evidence over psychische aandoeningen en van voor 2008 dateert. Uit recentere

Voor de praktijk_Hoedeman.indd 263 25-05-16 13:53

literatuur[7] komt naar voren dat bijvoorbeeld procedurele onrechtvaardigheid bijdraagt tot overspannenheid. Er is een bias voor de rol van mentale hulpbronnen in studies die mensen bestuderen met kenmerken van burn-out, depressie en PTSS. Technisch gezien is dit verklaarbaar doordat mentale hulpbronnen vaak modererende en modulerende factoren zijn, waarvan meting meer *state of the art* onderzoeksdesigns vraagt.

Een thema op zich is dat bespreekbaar maken van vertrouwen, integriteit en procedurele onrechtvaardigheid zichtbaar maakt dat er allerlei projecties zijn van werknemers naar werkgevers en vice versa. Als de bedrijfsarts hier een rol in neemt worden ook de projecties op de bedrijfsarts zichtbaar van bijvoorbeeld beoordeellaar, belangenbehartiger en dergelijke. Dit vraagt van een bedrijfsarts dat deze zich dit zeer bewust is en vooraf goed uitlegt wat diens rol is en hoe deze met de privacy omgaat. Dit vraagt gedegen scholing in adviesvaardigheden en aanhoudende intervisie. Heeft de bedrijfsarts deze vaardigheden dan kan deze veel bereiken bij de werknemer en de werkgever.

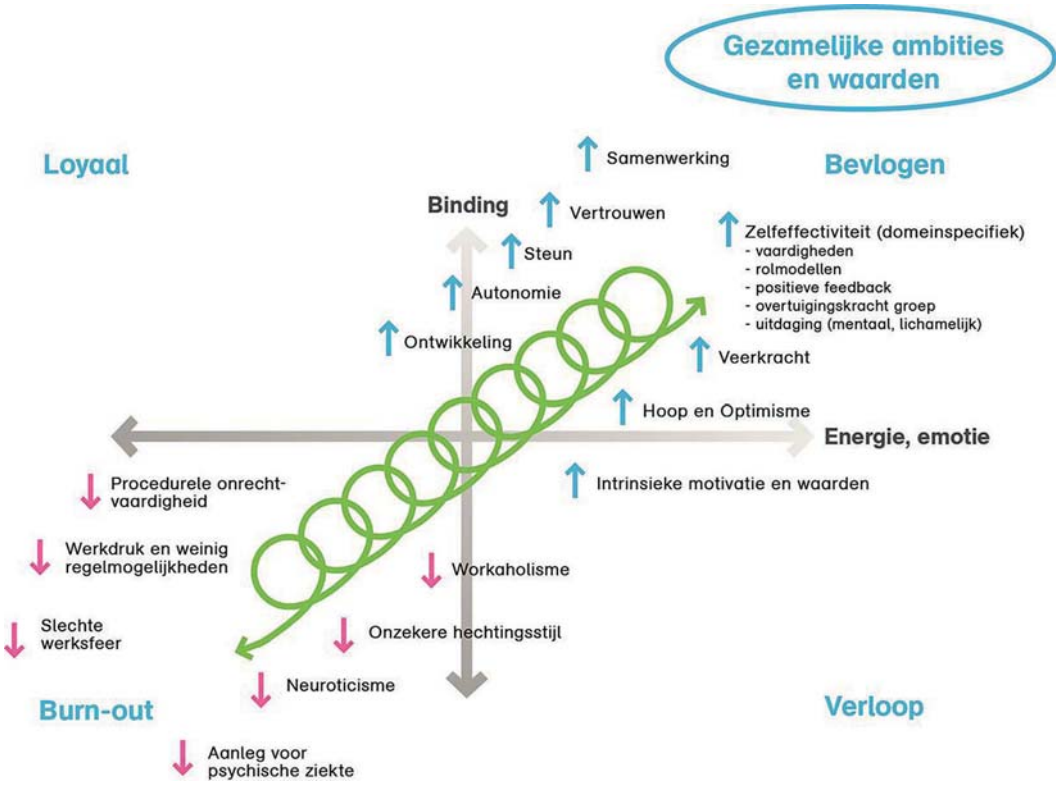
De cursus

Uit de voorgeschiedenis rond de stoel en rond het doen van werk dat past bij de intrinsieke motivatie van Kees, blijkt dat de veerkracht (omgaan met tegenvallende ontwikkelingen) bij Kees onvoldoende ontwikkeld was. De procedureel gedreven organisatie had daarnaast totaal niet gestuurd op de waarde die Kees graag toevoegt, namelijk van betekenis zijn door overstijgende activiteiten. Dit had het vertrouwen van Kees in de organisatie fors belast. Hij had verder niet herkend dat eerst zijn zelfeffectiviteit voor functioneren hieronder zou leiden en vervolgens zijn zelfeffectiviteit voor mentale gezondheid. Die zelfeffectiviteit werd weer versterkt toen de bedrijfsarts hem een acceptabele rationale voorhield, namelijk 'schuin met de stroom mee leren zwemmen', waardoor hij zich bewust werd van zijn 'energievretende vechthouding' naar de organisatie en hoe dit voor hem beter zou kunnen. Door zich meer te richten op zijn gezondheid en minder op de uitkomst (bij het deelexamen), merkte hij in de praktijk dat hij effectiever kon zijn met minder inspanning. Dit kon hierna met hulp van de leidinggevende verder versterkt worden tijdens zijn verdere re-integratie. Interessant, maar buiten beschouwing blijft dat de organisatie kan winnen als bij procedures meer rekening zou worden gehouden met de impact op hulpbronnen op medewerkers en er meer gestuurd zou worden op de versterking van hulpbronnen.

Beschouwing

Mijn beeld is dat de behandelende en de bedrijfsgeneeskundige sector door focus op pathologie en marktwerking een blinde vlek voor versterken van mentale weerbaarheid in stand houden. In deze 'onderstroom' kan het gebeuren dat menig werknemer verzucht 'dat niemand hem echt helpt' en menig werkgever dat 'alles gemedicaliseerd

Figuur 2



Voor de praktijk_Hoedeman.indd 264 25-05-16 13:53

Aandachtspunten

- Naast persoons- en werkgebonden hulpbronnen zijn er ook sociale hulpbronnen. De belangrijkste sociale hulpbronnen zijn procedurele rechtvaardigheid, vertrouwen en samenwerking.
- Er is overlap met de *capability* benadering; realiseren van waarden die voor de werknemer belangrijk zijn versterkt mentale hulpbronnen.
- Bij overheidsinstellingen, die procedureel gedreven zijn, spelen sociale hulpbronnen een grote en vaak onderschatte rol.
- In de NVAB-richtlijn voor werknemers met psychische problemen zijn recente inzichten over de rol van hulpbronnen niet betrokken.
- Een aanpak door de bedrijfsarts met betrekken van hulpbronnen, stelt hogere eisen aan de competenties van de bedrijfsarts en beter ingevulde randvoorwaarden, maar kan ook bijdragen aan meer impact van de rol van de bedrijfsarts.

wordt'. De blinde vlek voor versterken van hulpbronnen zou kunnen verklaren waarom het psychisch verzuim alsmaar stijgt en preventie maar niet van de grond wil komen.

Een insteek gericht op hulpbronnen vraagt meer van de bedrijfsarts doordat er meer thema's op tafel komen die rechtstreeks met het bedrijf en de persoon te maken hebben. Deze rolopvatting vraagt om een bijgestelde richtlijn met genoemde recente evidence. Het staat op gespannen voet met werkgevers die alleen sturen op beoordeling. Hierover dient in het werkveld nagedacht te worden, maar dit mag niet verhinderen dat we de mentale gezondheid van werknemers verder gaan versterken.

Literatuur

1. Hoedeman R. De spiraaltheorie; brug tussen psychische ziekte en mentale gezondheid. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2013; 21: 211-215.
2. Hoedeman R. Zijn er teveel stressoren of te weinig hulpbronnen? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2014; 22: 162-166.
3. Putnam RD. Bowling alone. 2000. New York. Simon & Schuster.
4. Kivimaki M, Vahtera J, Elovainio M, Virtanen M, Siegrist J. Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? Occup Environ Med 2007; 64: 659-665.
5. Velden PG van der, Rademaker AR, Vermetten E, Portengen AM, IJzermans JC, Grievink L. Police officers: a high-risk group for the development of mental health disturbance? A cohort study. BMJ Open 2013; doi 10.11363/bmjopen-2012-001720.
6. Southwick SM, Charney D. Resilience. 2012. New York. Cambridge University Press.
7. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. Occupational Medicine 2010; 60: 277-286.
8. Klink van der J. Value at work. Inaugurale rede. 2015. Universiteit van Tilburg.
9. Abma FI, Brouwer S, De Vries HJ, Arends I, Robroek SJW, Cuijpers MPJ, Van der Wilt GJ, Bültmann U, Van der Klink JJL. The capability set for work: development and validation of a new questionnaire. Scand J Work Environ Health 2016; 42: 34-42.

Voor de praktijk_Hoedeman.indd 265 25-05-16 13:53

ICOH Code of Ethics for occupational health professionals 3rd edition 2014

De betekenis van de *ICOH Code of Ethics* voor de Nederlandse praktijk

Monique Loo, Peter van Wenum, Sabrina Kwint, Ineke van Werven, Bea Groenenberg, André Weel

In 2014 verscheen de derde editie van de Code of Ethics, uitgebracht door de ICOH (*International Commission on Occupational Health*).[1] Deze nieuwe versie van de internationale ethische grondslag voor gezond en veilig werken is vorig jaar uitgebreid in TBV besproken.[2] De Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek (CBE) van de NVAB heeft in november 2015 een studiedag gewijd aan de betekenis van de Code voor Nederland. De discussies tijdens en volgend op deze studiedag hebben geleid tot dit artikel. Als commissieleden willen wij de betekenis van de Code voor de Nederlandse praktijk duidelijk maken aan de hand van de beantwoording van de volgende vier vragen:

1. Waarin verschilt de ICOH Code of Ethics van de ons bekende beroepsdocumenten, zoals de beroepscode voor bedrijfsartsen, het professioneel statuut, en het document 'Missie, visie, strategie' van de NVAB?
2. Welke plaats moeten we aan de Code toekennen voor het (her) formuleren van onze eigen beroepsdocumenten?
3. Hoe maken we de Code toegankelijk voor de Nederlandse praktijk?
4. Is de Code met onze 'vertaling' nu inderdaad toepasbaar? We onderzoeken dat aan de hand van een casus uit de praktijk.

1. Verschillen met bestaande beroepsdocumenten

De ICOH Code is breder van opzet:

- De doelgroep is veel ruimer.
- De groep die profijt heeft van de toepassing van de Code is veelomvattender.
- het handelen en de attitude die beschreven worden zijn ruimer.

De doelgroep betreft iedereen die op de een of andere manier beroepsmatig met arbeid, veiligheid en gezondheid van doen heeft. We onderscheiden drie categorieën.

- **Professionals**: zij die vanuit hun inhoudelijke kennis en kunde bezig zijn met veiligheid en gezondheid in relatie tot arbeid en op dat gebied adviseren en interveniëren. Hieronder vallen niet alleen de kerndeskundigen zoals we die in Nederland benoemen, maar bijvoorbeeld ook ergonomen, toxicologen, verpleegkundigen, epidemiologen, opleiders, industrieel ontwerpers.
- **Toezichthouders**: zij die formeel verantwoordelijkheid hebben op het gebied voor veiligheid en gezondheid in het domein van de arbeid, zoals dat volgt uit de wet- en regelgeving en het overheidsbeleid. Hiertoe behoren bijvoorbeeld wet- en beleidmakers, arbeidsinspecteurs en vakbondsfunctionarissen.
- **Gebruikers**: de mensen in het directe werk bijvoorbeeld werkgevers, werknemers, vrijwilligers, zzp'ers.

Uitgangspunt van de ICOH Code is dat de diverse categorieën binnen de doelgroep elk op basis van dezelfde ethische grondslagen handelen. Zij incorporeren de ethische inzichten van de Code in hun eigen taken, functie(s) en verantwoordelijkheden, binnen de grenzen van de eigen competenties. Tussen de drie categorieën is geen scherpe scheiding, aangezien iemand vanuit meerdere functies kan opereren.

De groep die profijt heeft van het ethisch handelen zoals de Code dat propageert is veelomvattender. Het zijn beslist niet alleen de werkenden. De ICOH Code benadrukt dat we ons steeds bewust moeten zijn van de effecten van ons doen en laten in de meest brede zin: ook buiten de werkomgeving, op het algemene milieu en in de maatschappij.

Het beoogde handelingsrepertoire is breder. Het gaat niet alleen om beschermen in de zin van 'behouden' en 'wat verloren ging herstellen'. Het gaat ook om actief uitdragen, bevorderen, verbeteren, versterken, doen groeien van bijvoorbeeld gezondheid, inzetbaarheid, competenties. En het gaat om zingeving.

De ICOH Code maakt expliciet dat het gaat om een wederkerige wisselwerking tussen mensen, werk, maatschappij en milieu. De Code verwijst naar die verwevenheid. De Code is integraal, holistisch, gericht op het positieve en professie-overstijgend:

- de Code streeft naar de optimale situatie, in plaats van naar het louter volbrengen van een smalle contractuele opdracht of het voldoen aan minimumeisen;
- de Code gaat over een gezamenlijke aanpak en gemeenschappelijke doelen;

De auteurs zijn allen lid of adviseur van de Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek van de NVAB.
Correspondentieadres: tbvredactie@bsl.nl

Voor de praktijk_Code of Ethics.indd 266 25-05-16 13:54

- de Code gaat uit van verbetering die nog voorafgaat aan de bronaanpak conform arbeidshygienische strategie, zoals het ontwerp en de organisatie van het werk, en het aanpassen van het werk aan de mens;
- de Code gaat uit van inclusief handelen, dat gericht is op het vinden van oplossingen in plaats van op het uitsluiten van problemen;
- de Code gaat voor participeren in de ruimste zin.

Voor professionals maakt de Code expliciet dat je eigenlijk nooit in je eentje handelt maar altijd met anderen (andere professionals, sociale partners). Zo lijkt bijvoorbeeld een bedrijfsarts in de interactie met een werknemer in de spreekkamer 'alleen' te zijn; via die werknemer heeft hij interactie met diens werk- en privé-omgeving en met de maatschappij. Hij handelt niet alleen voor die ene opdrachtgever.

2. Welke plaats geven wij de ICOH Code?

Wanneer wij als beroepsgroep van bedrijfsartsen de ICOH Code adopteren, dan betekent dat dat deze het fundament wordt waarop we verder bouwen. Deze algemene en breed opgezette Code, die wereldwijd wordt gesteund en onderschreven door professionals en stakeholders, wordt dan het uitgangspunt voor onze eigen 'Nederlandse' vertaling. Alles wat wij verder met woorden aanduiden als van belang voor een goede beroepsuitoefening van bedrijfsartsen, zoals visie, missie en professioneel statuut, is dan een uitvloeisel, een nadere uitwerking, van die Code of Ethics. Dat geldt overigens voor alle nationale arbeidsgezondheidskundige beroepsverenigingen: hun ethische documenten zijn een verbijzondering van de Code, rekening houdend met de eigen nationale situatie en de nationale wet- en regelgeving (De nationale wet- en regelgeving bepaalt mede het kader waarin het beroep wordt uitgeoefend, maar kan niet beperkend zijn ten aanzien van de ethische uitgangspunten van de ICOH Code of Ethics). Wij bepleiten een officiële adoptie van deze ICOH Code door de beroepsgroep van de Nederlandse bedrijfsartsen.
Uit de ICOH Code blijkt expliciet dat het handelen van elke *occupational health professional* zich ook richt op, zelfs start vanuit het willen bevorderen van gezondheid en veiligheid. Uit de toelichtende tekst, vooral die gaat over praktisch handelen, blijkt dat men bij de definitie van gezondheid en veiligheid nog uitgaat van het traditionele gezondheidsconcept met zijn wortels in de WHO-definitie, zoals dat nu nog internationaal breed wordt aangehangen (medisch model, risicodenken, WHO).
Met de definitie van Machteld Huber[3], die de actieve eigen inbreng en regie van de mens benadrukt, wordt de passieve rol van het traditionele 'zorgobject' getransformeerd tot die van een actieve samenwerkingspartner waarbij de focus sterk op de interactie ligt. In Nederland zijn we daarmee al een eindje op weg in vergelijking met landen waar het onderkennen en aanpakken van risico's nog ver buiten de invloedssfeer van de werkenden ligt en 'eigen regie' een utopie lijkt. Maar ook bij ons valt nog veel werk te verzetten als we het proactieve element dat de ICOH Code hoog in het vaandel heeft serieus nemen. Denk aan preventie, die bij ons nog maar mondjesmaat van de grond komt. Denk ook aan amplitie, waarmee we bedoelen: uitgaan van wat als kracht al aanwezig is en dat verder vergroten en versterken.

Ontwikkelingen in de definiëring van begrippen als 'gezondheid'[3], 'mentaal vermogen', 'sociaal kapitaal', 'moreel kapitaal'[4] laten aanvullende mogelijkheden zien waardoor de participatie, het meedoen van alle mensen, versterkt kan worden. Het bevorderen van gezondheid en veiligheid start bij wat al als kracht en talenten in de mens en als energiebronnen en zingeving in het werk aanwezig is, en wat beter benut kan worden. Dit alles naast de aanpak die we al weten toe te passen, namelijk het opsporen en terugdringen van de risico's in de mens (kwetsbaarheden) en in het werk (potentiële gevaren).

3. Hoe maken we de ICOH Code toegankelijk voor de praktijk?

Omwille van het zo wenselijke gebruikersgemak en de toepasbaarheid in de praktijk willen wij de lange tekst van de ICOH Code terugbrengen tot een hanteerbaar overzicht. We stellen een een aantal sleutelbegrippen voor als uitgangspunten of wegwijzers voor ons professionele doen en laten. Hiermee kunnen wij de idealen verwezenlijken die in onze professionele opdracht besloten liggen. De acht sleutelbegrippen vormen onze ethische vocabulaire: de woorden waarmee we de ethische grondslag van ons handelen zichtbaar maken. Hieronder zullen we ze kort beschrijven. We vermijden daarbij de semantische discussie over wat nu normen, (kern)waarden en randvoorwaarden zijn. Het zijn onze acht wegwijzers zoals we die vinden in de ICOH Code of Ethics.

(1) Gezondheid.

Ons handelen richt zich op de gezondheid in de context van werk. Voor gezondheid kiezen wij de eerder genoemde definitie van Huber[3]: *Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.* Deze definitie wordt niet expliciet in de Code gebruikt, maar sluit wel aan bij de richting die de definiëring van het begrip gezondheid uitgaat. Huber zegt daarover: "Het verschil met de WHO-definitie is dat in dit concept de potentie benadrukt wordt om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van ziekte. Daarbij zijn persoonlijke groei en ontwikkeling en het vervullen van persoonlijke doelen in het leven net zo belangrijk."
Onze insteek is daarbij zowel die van het onderkennen en verhelpen van risico's (in mens en werk) als die van het onderkennen en versterken van kansen (in mens en werk).

Voor de praktijk_Code of Ethics.indd 267 25-05-16 13:54

We versterken, bevorderen, beschermen en herstellen (behandelen). We dragen het belang hiervan actief uit.

(2) Veiligheid.
Ons handelen richt zich op veiligheid. Wij bevorderen, beschermen en dragen bij aan herstel van veiligheid in de context van werk. Daarbij geldt onze aandacht niet alleen de fysieke, mentale en materiële veiligheid, maar ook de sociale veiligheid in en door het werk.

(3) Zingeving.
Wij hebben aandacht voor wat de werkende mens drijft. In de ontmoeting met de mens in het werk ligt de beste kans op het matchen van de werkende-in-werk. Onze aandacht gaat daarbij uit naar overeenkomsten en naar diversiteit in zingeving. Zingeving is een continu en subjectief proces waarin mensen zich (bewust en onbewust) verhouden tot leven, medemens en wereld en tot ontwikkelingen en gebeurtenissen waarin ze betrokken zijn of waarvan ze getuige zijn. Bij een dergelijk proces zijn bestaansvragen aan de orde.[5] Dit heeft onder andere invloed op de wijze waarop mensen omgaan met de grenzen en beperkingen van hun bestaan. Ook wij als professionals hebben persoonlijke drijfveren en ervaringen die ons (beroepsmatig) handelen beïnvloeden[6] (ZonMw heeft onlangs een signalement uitgebracht over zingeving in zorg, omdat zij het van belang acht de beroepsmatige bewustwording en belangstelling voor de spirituele dimensie van gezondheid te vergroten). Dat we hiervoor open staan en hieraan aandacht geven betekent dat wij ons rekenschap geven van ons doen en laten, zowel aan onszelf als aan de mensen met wie wij in ons werk in contact zijn.

(4) Participatie.
Ons handelen richt zich erop om het participeren van mensen in de context van werk actief uit te dragen, te versterken, te bevorderen, te beschermen en waar nodig te herstellen. We gaan daarbij zo veel mogelijk uit van mogelijkheden (bestaand of ontwikkelbaar) in mens en in werk. Onze aanpak is die waarbij we al starten vóór de bronaanpak. We starten bij de aanpassing en/of doorontwikkeling van wat mogelijk is in werk ten gunste van de mens. Participeren gaat ook over onze eigen rol; wij zijn ons ervan bewust dat we in een grotere samenhang onze taken, functie(s) en verantwoordelijkheden invullen. Ook wij doen mee, werken verbindend, zijn attent, initiëren, gevraagd en ongevraagd.

(5) Professionaliteit.
Wij handelen professioneel. Het woord 'integer' geeft aan wat wij daarmee bedoelen. Integer handelen is te duiden als *zorgvuldig, uitlegbaar en standvastig* handelen.[7] We houden geheim wat ons in het contact met de werkende en diens omgeving is toevertrouwd. Wat we in het contact met het werk te delen hebben aan informatie geldt steeds de gezondheid en veiligheid conform de daartoe uitgewerkte handelingskaders in vigerende professionele richtlijnen. We zijn op de hoogte van wet- en regelgeving. We stemmen ons handelen af op onze ethische grondbeginselen. We reflecteren op ons handelen en kunnen ons verantwoorden voor onze keuzes in het licht van publieke, professionele, organisatorische en persoonlijke waarden en normen.[8]

(6) Toegankelijkheid.
Wij zijn toegankelijk voor werkenden en hun vertegenwoordigers op alle niveaus. Werkenden hebben toegang tot onze deskundigheid en vaardigheden. Wij zetten ons ervoor in om die toegankelijkheid te behouden en zo nodig te verbeteren. Evenzo zorgen wij ervoor dat wij toegang tot het werk hebben. Die toegang hebben wij nodig om onze kennis van de specifieke situatie en omstandigheden actueel te houden, om onszelf en anderen te voorzien van (on)gevraagd advies op basis van alerte observaties en om optimale advisering te bieden.

(7) Kennis en vaardigheden.
Wij houden onze kennis en vaardigheden actueel. We spelen in op verandering. We verzamelen en we geven informatie. We benutten diverse bronnen en vervullen een brugfunctie in de wederkerigheid tussen *evidence* en praktijk. We induceren informatie van individuele werkenden op een verantwoorde manier tot meer algemene inzichten in gezondheid en veiligheid voor het grotere geheel. Evenzo kunnen we vanuit algemene inzichten en richtlijnen deduceren omwille van de toepassing van kennis op micro- en mesoniveau (individuen en groepen).

(8) Samenwerking.
Wij zijn ons ervan bewust dat wij een schakel in een keten zijn. In het geheel van allen die werken en van hen die de gezondheid en veiligheid in en door werk in kaart brengen en bevorderen, benutten we de kennis en vaardigheden van de andere schakels in de keten ten gunste van gezondheid, veiligheid en zingeving in en door het werk. De samenwerking die wij voorstaan is wederkerig. Wij voorzien de andere schakels van informatie en stemmen met hen af.

4. Toepassing in de Nederlandse situatie: een casus

Mevrouw X, 38 jaar oud, is werkzaam als projectmanager voor 40 uur per week. Zij stuurt een complex project aan, waarbij zij verschillende partijen samenbrengt in een politiek gevoelig veld. Zij is kostwinner, gehuwd, heeft twee kinderen van 12 en 15 jaar.
Mevrouw maakt fouten in haar werk. Onlangs heeft ze in de spits een kopstaartbotsing veroorzaakt. Nu durft ze geen auto meer te rijden. Ze heeft zich ook ziekgemeld. Werkgever en werknemer vragen de bedrijfsarts om advies.

Voor de praktijk_Code of Ethics.indd 268 25-05-16 13:54

De klachten van mevrouw X bestaan uit concentratieproblemen, vergeetachtigheid, voortdurend piekeren en angstige en sombere gedachten. Ze slaapt nog maar twee uur per nacht en is om vijf uur al wakker. Ze neemt minder initiatief, maakt fouten. Ze heeft enkele paniekaanvallen gehad waarvoor ze de spoedeisende eerste hulp heeft bezocht.
Haar partner heeft sinds ruim een jaar progressieve hoofdpijn. Recent is bij hem een glioblastoom gediagnosticeerd, waarvoor men hem een experimentele behandeling in het buitenland heeft geadviseerd. Normaal doet de partner het grootste deel van het huishouden en zorgt hij voor de kinderen. Hij is nu niet in staat zijn zorgtaken te vervullen.
In de gangbare praktijk zouden beoordeling en advies er als volgt kunnen uitzien.
Werkhypothese/diagnose: stressgerelateerde klachten, o.a. paniekaanvallen. In het consult maakt mevrouw een heldere indruk, zij kan haar aandacht goed vasthouden. De conclusie is dat er geen sprake meer is van een crisisfase.
De gangbare aanpak zou kunnen zijn: probeer vermijdingsgedrag te voorkómen; maak gebruik van de benutbare mogelijkheden; streef naar eventueel aangepaste werkhervatting met een opbouwschema. Een tijdelijke vervoersvoorziening kan van nut zijn. Eventueel kan een psycholoog worden ingeschakeld om de coping te bevorderen en de werkhervatting te ondersteunen.
Een poging om in deze casus de acht wegwijzers uit de ICOH Code of Ethics toe te passen levert het volgende resultaat op.

1/ Gezondheid

Ons handelen richt zich op gezondheid in de context van werk.
Volgens de definitie van Huber is de gezondheid van mevrouw ernstig in het geding. Haar vermogen om grip te houden op de situatie, om zich te verbinden met de mensen in het project en daarin de regie te blijven voeren, is behoorlijk aangetast door de zeer belastende thuissituatie. Deze constatering geeft de ernst van de situatie beter weer dan volstaan met de vaststelling of er al dan niet sprake is van ziekte of gebrek.
De bedrijfsarts kan voor het bevorderen en herstellen van de grip en regie hier fraai gebruik maken van wat daarover in de richtlijn psychische problemen[9] aan ondersteunende interventies beschreven is. De huidige situatie is namelijk ook een bedreiging voor mevrouws gezondheid en werkvermogen op langere termijn.

2/ Veiligheid

Ons handelen richt zich op veiligheid. Wij bevorderen, beschermen en dragen bij aan herstel van veiligheid in de context van werk. Daarbij geldt onze aandacht niet alleen de fysieke, mentale en materiële veiligheid maar ook de sociale veiligheid in en door werk.
Hoe veilig is de sociale situatie in het werk? Kunnen daar de thema's ziekte, dood, kwetsbaarheid, ingrijpende beslissingen nemen, op een veilige manier aan de orde komen? Welke rol neemt de bedrijfsarts hierin?

3/ Zingeving

Wij hebben aandacht voor wat de mens drijft. In de ontmoeting ligt de beste kans op het matchen van de werkende-in-werk. Onze aandacht gaat daarbij uit naar overeenkomsten, maar ook naar diversiteit in zingeving.
In het gesprek kan de bedrijfsarts expliciet met mevrouw bespreken wat haar werk voor haar betekent, wat zij als de meest zingevende aspecten van haar werk ziet, en hoe het daarmee nu staat. Ook voor de bedrijfsarts zelf is zingeving hier aan de orde. Wat doet het verhaal van mevrouw met hem en welke betekenis kent hij daaraan toe? Vanuit welke waarden en uitgangspunten doet hij dit? In hoeverre is de bedrijfsarts zich ervan bewust hoe zijn analyse en handelen in deze zijn eigen zingeving weerspiegelt? In hoeverre beïnvloedt dit zijn advies? Maakt de bedrijfsarts contact met mevrouw over deze thema's? Maakt de bedrijfsarts contact met de werkorganisatie over deze thema's?

4/ Participatie

Ons handelen is erop gericht het participeren van mensen in de context van werk te versterken, te bevorderen, te beschermen en waar nodig te herstellen. We gaan daarbij zo veel mogelijk uit van de bestaande of de te ontwikkelen mogelijkheden in mens en in werk.
Wat is in aanpassing in werk mogelijk, rekening houdend met de aanwezige zingevende aspecten en met de visie op de bredere betekenis van gezondheid? Hoe is de werkgever in staat tot interventies in de aard en omgeving van het werk, om mevrouw X te ondersteunen bij het hervinden van haar grip en controle? In hoeverre is de afweging die nu gemaakt wordt van belang voor de participatie van de werknemer op de langere termijn? Hoe zal deze haar reputatie en haar carrière beïnvloeden? Is de huidige episode een kantelpunt en zal zij zich meer richten op haar gezin, ook op langere termijn, of kiest zij er juist voor om haar huidige werksituatie voort te zetten? Wat heeft zij daarvoor nodig? Wat heeft het gezin daarvoor nodig? Hoe neemt de bedrijfsarts deze aspecten mee?

5/ Professionaliteit

Wij handelen professioneel. Dat betekent: integer. Integer handelen is te duiden als zorgvuldig, uitlegbaar en standvastig handelen. We houden geheim wat ons in het contact met de werkende en diens omgeving is toevertrouwd. Wat we in het contact met het werk te delen hebben aan informatie geldt steeds de gezondheid en veiligheid conform de daartoe uitgewerkte handelingskaders in vigerende professionele richtlijnen.
Stel dat de bedrijfsarts samen met mevrouw in de spreekkamer een zorgvuldige opzet maakt voor een gezonde

Voor de praktijk_Code of Ethics.indd 269 25-05-16 13:54

participatie en dit weergeeft in een advies aan de werkorganisatie. Wat als de werkgever het er niet mee eens is en zegt dat het niet om ziekte gaat maar om problematiek in de privésfeer, dat mevrouw daar haar eigen conclusies aan moet verbinden, vakantiedagen opnemen, onbetaald verlof? Hoe beargumenteert de bedrijfsarts het gegeven advies? Hoe maakt hij contact met de werkgever met inachtneming van zorgvuldig, uitlegbaar en standvastig handelen?

6/ Toegankelijk

Wij zijn toegankelijk voor de werkorganisatie, voor de werkenden. Wij zijn specialisten van arbeid en gezondheid en werkende mensen hebben toegang tot onze deskundigheid en vaardigheden. Wij zetten ons ervoor in om die toegang open te houden. Evenzo gaan wij ervan uit dat wij toegang tot het werk hebben.

In deze casus vinden werknemer en werkgever toegang tot de bedrijfsarts.

Hoe regelt de bedrijfsarts toegang tot de werkorganisatie als hij wil overleggen over de participatie van mevrouw X en zijn advies wil geven of toelichten? Hoe toegankelijk is het management om te overleggen over bedrijfsbeleid in dit soort situaties? En een stapje verder: hoe spelen bedrijfsartsen een rol in de maatschappelijke discussie over mantelzorg, en wat betekent dat voor de participatie en gezondheid voor mensen met een baan? Vinden zij toegang tot de gremia waar deze discussie gevoerd moet worden?

7/ Kennis en vaardigheden

Wij houden onze kennis en kunde actueel. We verzamelen en we geven informatie. We benutten diverse bronnen en vervullen een brugfunctie in de wederkerigheid tussen evidence en praktijk.

We denken mee welke ondersteuning in deze situatie het beste past. We overleggen zo nodig met behandelaars; we verwijzen zelf zo nodig. We raadplegen de (multidisciplinaire) richtlijnen die ons hier verder kunnen helpen. We gaan de actuele mogelijkheden voor ondersteuning na, waarbij we ook mantelzorg en buurtzorg betrekken.

8/ Samenwerking

Wij zijn ons ervan bewust dat wij een schakel in een keten zijn. In het geheel van allen die werken en van hen die de gezondheid en veiligheid in en door werk in kaart brengen en bevorderen, houden we hiermee rekening en benutten we de vaardigheden van 'de andere schakels in de keten' ten gunste van gezondheid, veiligheid en zingeving in en door het werk.

De situatie van mevrouw X heeft gevolgen voor alle rollen waarin zij functioneert en hiermee voor alle mensen in die systemen, zowel het privé-, het werk- als het zorgsysteem. Hoe betrekt de bedrijfsarts mevrouw zelf, haar naasten, haar huisarts, andere zorgverleners, de zorgverleners van haar echtgenoot, haar leidinggevende, haar collega's, de wijkzorg, de school, bij het zoeken naar de juiste zorg, en stemt hij met hen af? Hoe ondersteunt hij mevrouw hierin? Hoe kun je met elkaar verbonden passende ondersteuning aanbieden zodat mevrouw en haar omgeving gezondheid hervinden en zich gesteund weten?

Slotbeschouwing

Adoptie van de gehele ICOH Code of Ethics impliceert een keuze voor integrale dienstverlening, in samenspraak met de werkende en rekening houdend met een brede context. Met de keuze voor de ICOH Code of Ethics slaan wij nieuwe wegen in. Onze rol als bedrijfsarts wordt daarmee complexer, en veel rijker. Gezondheid, veiligheid en participatie zijn idealen die ons als beroepsgroep van bedrijfsartsen al bekend zijn. Met zingeving is dat minder het geval terwijl zingeving een intrinsiek onderdeel is van het bredere begeleidingsproces naar gezondheid. Van ons, bedrijfsartsen, vereist dat competenties op het gebied van zingeving alsmede reflectie op het eigen handelen, en een voortdurend afwegen en afstemmen met iedereen betrokken bij de arbo-dienstverlening. De nieuwe wegen die wij willen inslaan brengen uiteraard nieuwe uitdagingen en vele vragen. De acht voorgestelde sleutelbegrippen beogen praktisch richtinggevend te zijn bij het bepalen van de koers en de dagelijkse invulling van ons handelen, gebaseerd op het ethisch fundament van de ICOH Code of Ethics.

Literatuur

1. International Code of Ethics for occupational health professionals. Third edition 2014. www.icohweb.org.
2. Westerholm P, Weel A. The ICOH Code of Ethics: a set of norms for professional conduct. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2015; 23: 336-339.
3. Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift Universiteit Maastricht, 17 december 2014.
4. Kunneman H. Het belang van moreel kapitaal in zorg en welzijn. Paul Cremers Lezing 2012. https://www.leeuwendaal.nl/wp-content/uploads/2015/01/Cremerslezing_25-april_2012.pdf.
5. Mooren JHM. Verbeelding en bestaansoriëntatie. Utrecht: de Graaff, 2011.
6. ZonMw. De mens centraal. ZonMw-signalement over Zingeving in zorg. Den Haag: ZonMw, maart 2016.
7. Kwint S, Weel A. Onafhankelijkheid bestaat niet. Is integriteit bruikbaar als centraal begrip voor de professionaliteit van de bedrijfsarts? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2015; 23: 278-283.
8. Kwint SJC. Moeilijke kwesties in de bedrijfsartsenpraktijk. Een onderzoek naar de aard van en de reflectie op de ethische kwesties die bedrijfsartsen hebben beschreven in het kader van hun kwaliteitsvisitatie. Utrecht: NVAB, 2015.
9. Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen'. Utrecht: NVAB, 2007.

Voor de praktijk_Code of Ethics.indd 270 25-05-16 13:54

Project herziening CAS

Een zaak van belang voor iedere bedrijfs- en verzekeringsarts

Wim Otto, Jurjen Breedijk

CAS staat voor Classificaties voor Arbo en SV. Sinds 1997 gebruiken de arbodienstverlening en de sociale verzekeringsinstellingen één systeem voor het coderen van klachten, ziekten en oorzaken. De CAS werd destijds door het Lisv uitgegeven in de vorm van het CAS-codeboekje. Bij de derde druk, een uitgave van UWV uit 2002, werd al gesignaleerd dat de codering aan herziening toe was. Inmiddels is het 2016 en in februari jl. is een werkgroep gestart met het herzieningstraject voor de CAS. Wij verwachten dat vele lezers van dit tijdschrift vanuit hun eigen praktijkervaring nuttige suggesties kunnen doen voor aanpassing van de CAS. Vandaar nu de aandacht hiervoor in TBV.

Waarom een herziening?

In toenemende mate ervaart de uitvoering problemen bij de codering van diagnoses:

- In nogal wat gevallen kan men de vastgestelde diagnose niet als zodanig in de CAS terugvinden. Gevolg is dat men zich vaak gedwongen voelt om te coderen onder één van de codes met 'overige aandoeningen'.
- De naamgeving van verschillende diagnoses is in de loop der tijd veranderd. Dat stelt de arts soms voor een keuzeprobleem en de uniformiteit bij de codering is hier niet mee gediend.
- Met de komst van de DSM-5 zou de kloof tussen praktijk en classificatie nog groter kunnen worden.

Ook om andere redenen is herziening noodzakelijk:

- Als gevolg van de toenemende discrepantie met de praktijk wordt de verantwoordings- en epidemiologische informatie gebaseerd op deze classificatie steeds onbetrouwbaarder.
- De indelingssystematiek van de CAS is weliswaar gebaseerd op de ICD-10, maar qua codering geheel anders opgezet. Wordt het niet tijd om in alle opzichten de aansluiting te zoeken bij de 'grote' classificatiesystemen, de ICD en de DSM?

Herzieningstraject

De werkgroep bestaat uit enkele bedrijfs- en verzekeringsartsen, van wie een deel mede namens de NVAB of de NVVG deelneemt. Daarnaast zal de werkgroep ook externe deskundigen raadplegen, waaronder voor de eerste fase een psychiater als adviserend lid.

Het herzieningstraject zal globaal uit twee fases bestaan:

1. De eerste fase heeft tot doel het hoofdstuk 'psychische aandoeningen' van de CAS zo veel als mogelijk is in de pas te laten lopen met de DSM-5. Daarbij is het streven dit onderdeel van de herziening op 1 januari 2017 operationeel te hebben. Dat heeft te maken met het gegeven dat de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft besloten om vanaf 2017 de DSM-5 classificatie te gebruiken.
2. In de tweede fase worden de overige aandoeningen onder de loep genomen. Daarbij zal worden bekeken hoe alvast kan worden geanticipeerd op de ICD-11, zoals die momenteel door de WHO wordt ontwikkeld.

De vraag is of de CAS zijn eigen indelings- en coderingssystematiek moet behouden of dat we (grotendeels) ICD-conform moeten gaan werken. Groot voordeel van het laatste is dat de classificatie dan ook voor wetenschappelijke doeleinden bruikbaar is (o.a. de vergelijkbaarheid op diagnostisch niveau van in Nederland verricht onderzoek met onderzoek elders).

Betrokkenheid bedrijfs- en verzekeringsartsen

De herziene CAS moet voldoende specifiek zijn voor de dagelijkse praktijk, maar voor analyses op geaggregeerd niveau is een te vergaande differentiatie niet gewenst. Om dit evenwicht te bereiken is input vanuit de uitvoeringspraktijk onontbeerlijk.
Vanuit het project zal daartoe een gericht onderzoek worden uitgevoerd onder een groot aantal bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Oproep

Lang niet iedereen zal in het kader van het onderzoek worden benaderd. Daarom roepen wij u op uw wensen kenbaar te maken. Bijvoorbeeld: welke diagnoses mist u; welke diagnoses kunnen worden verwijderd; is het nog zinvol om een onderdeel 'klachten' in de herziene CAS op te nemen? Alle suggesties, ook die op systeemniveau, zijn van harte welkom.
U kunt uw bijdrage sturen naar:
Wim Otto, verzekeringsarts - wim.otto@uwv.nl
Jurjen Breedijk, bedrijfsarts - info@diatriba.nl

Voor de praktijk_CAS.indd 271 25-05-16 13:54

Het Zikavirus: bedrijfsgeneeskundige begeleiding van werknemers werkzaam in Zuid- en Midden-Amerika en het Caraïbisch gebied

Jaap Maas, Fleur Meerstadt-Rombach, Martin Grobusch

Sinds mei 2015 heeft het Zikavirus (ZIKV) zich in korte tijd over grote delen van Zuid- en Midden-Amerika en het Caraïbisch gebied verspreid. De volle omvang van de epidemie is nog niet duidelijk. Het ZIKV is begin april 2016 (week 14) verspreid over meer dan 31 landen. Actuele informatie over de verspreiding van het ZIKV is te vinden via de website RIVM/ECDC. In de literatuur gaat men ervan uit dat er miljoenen mensen besmet zijn.[1] Daar maar één op de vijf mensen (milde) klachten ontwikkelt is het lastig inzicht te krijgen in de precieze omvang. Er rijzen toenemend vragen over de veiligheid en gezondheid van werknemers die in risicogebieden wonen en werken of naar deze gebieden reizen.

Epidemiologie

Het ZIKV is voor het eerst in 1947 beschreven bij rhesusaapjes, en in 1952 bij mensen.[2,3] Het dankt zijn naam aan het Zikawoud in Uganda. Er circuleren twee subtypes, een Afrikaanse en een Aziatische lijn. Tot mei 2015 nam men aan dat het een relatief onschuldig virus betrof, met veelal een subklinisch en zelflimiterend beloop. Wel werd er een ongewone associatie beschreven met een variant van het Guillain-Barré-syndroom. Tijdens een uitbraak in Frans Polynesië in 2014 werden er 42 gevallen beschreven[4], een bijzonder hoge incidentie als het wordt afgezet tegen de in de literatuur beschreven mediane incidentie van 1,1 per 100.000 per jaar.[5]

In november 2015 werd er een verband gelegd tussen een infectie met het ZIKV tijdens de zwangerschap en een verhoogde incidentie van microcefalie bij pasgeborenen.[6] In november 2015 publiceerden de Braziliaanse gezondheidsautoriteiten hiervan een twintigvoudige toename. Op dit moment is in Brazilië bij 990 kinderen deze afwijking gevonden. Hoewel een causale relatie niet is bewezen, wordt de epidemiologische associatie tussen het ZIKV en microcefalie bij pasgeborenen steeds sterker.[7,8]

Dr. J.J. Maas, bedrijfsarts-reizigersadviseur, Arbodienst AMC en Coronel Instituut AMC Amsterdam.
Drs. F.S. Meerstadt-Rombach, bedrijfsarts, CIb/LCI, RIVM Bilthoven.
Prof. dr. M.P. Grobusch, internist-infectioloog, Centrum voor Tropische Geneeskunde en Reizigersgeneeskunde, Tropenafdeling, AMC Amsterdam.
Correspondentieadres:
jjmaas@outlook.com

Het Zikavirus en transmissie

Het ZIKV behoort tot de familie van de flavivirussen. Hiertoe behoren ook de verwekker van gele koorts, het Westnijlvirus en denguevirus. Verder kan het ZIKV worden ingedeeld op basis van de wijze van transmissie. Net als dengue, gele koorts en chikungunya behoort het ZIKV tot de zogenaamde arbovirussen (arthropod-borne virussen). Dit zijn virussen die worden overgedragen door muggen, teken of zandvliegen. Het ZIKV wordt overgedragen op mensen door Aedes aegypti (de gelekoortsmug) en in minder mate door Aedes albopictus (tijgermug). Beide Aedes-muggenspecies zijn ook overdag actief, maar vooral in de vroege ochtend en latere namiddag. Omdat de gelekoortsmug in Europa niet voorkomt en de tijgermug sporadisch en lokaal, is de kans op transmissie in Nederland verwaarloosbaar klein. De meeste in Nederland beschreven casuïstiek betreft dan ook importgevallen uit Suriname of andere Zuid-Amerikaanse landen.[9,10] Op het moment van schrijven (7 april 2016) zijn er in Nederland ruim 40 importgevallen beschreven[11], waarvan 16 via de tropenafdeling van het AMC.[12] Het ZIKV is mogelijk ook seksueel overdraagbaar. Dit op grond van een casus waarbij een Noord-Amerikaanse patiënte, die zelf niet naar een risicogebied had gereisd, mogelijk is geïnfecteerd door haar partner die net was teruggekeerd uit Venezuela. Naar aard en sterkte van dit verband wordt momenteel onderzoek verricht.

Klinische presentatie en diagnostiek

De klinische presentatie van een ZIKV-infectie is aspecifiek en vertoont veel overeenkomst met een dengue- of chi-

Voor de praktijk_Maas.indd 272 25-05-16 13:55

Samenvatting
In korte tijd heeft het Zikavirus zich over grote delen van Zuid- en Midden-Amerika en het Caraïbisch gebied verspreid en zijn naar schatting miljoenen mensen besmet. Hoewel een causaal verband nog niet is bewezen, zijn er sterke epidemiologische aanwijzingen voor een relatie tussen besmetting met het Zikavirus en microcefalie bij pasgeborenen. Daarnaast zijn neurologische complicaties beschreven. Bedrijfsartsen die te maken hebben met werknemers uit de aangedane gebieden en/of die expats begeleiden kunnen met vragen te maken krijgen. In dit artikel geven wij een kort overzicht van de situatie wereldwijd en doen wij enkele aanbevelingen voor de bedrijfsgeneeskundige praktijk.

kungunya-infectie. Men gaat uit van een incubatietijd van 3 tot 12 dagen. Vier op de vijf infecties verlopen asymptomatisch. Er is nog veel onbekend over de pathogenese. De klinische verschijnselen bestaan uit acute koorts, conjunctivitis, oedeem aan de extremiteiten, myalgie/artralgie (met name van de handen en de voeten, soms met gewrichtszwelling) en maculopapulaire huiduitslag.[9] Dit laatste is typisch voor alle arbovirusinfecties. De behandeling is voornamelijk ondersteunend.[13]

Het is waarschijnlijk dat de infectie leidt tot levenslange immuniteit; er zijn tot dusverre geen reïnfecties beschreven.

Op dit moment kan het ZIKV met een PCR (Polymerase Chain Reaction) in serum worden aangetoond tijdens de eerste 7-10 dagen van de infectie. In sperma is het virus sporadisch tot nu toe tot 60 dagen na besmetting aantoonbaar. Het virus is ook aangetoond in speeksel.[14,15] Sinds eind maart 2016 is er een gevalideerde serologische test beschikbaar[16] waardoor het mogelijk geworden is om te testen op een langer geleden doorgemaakte infectie. Echter, vanwege de grote moleculaire gelijkenis van het ZIKV met andere endemisch voorkomende infecties, zoals dengue[17], Westnijlvirus en het gelekoortsvirus (vaccin), blijft er sprake van een verhoogde kans op foutieve resultaten. Bij het aanvragen van serodiagnostiek moet een beslisschema worden gevolgd waarbij de reisanamnese nauwgezet wordt uitgevraagd, kruisreagerende infecties zoals dengue en gele koorts (en gelekoortsvaccinatie) worden uitgesloten, en er op twee tijdstippen wordt gemeten. Ook zwangere vrouwen komen in aanmerking voor dit beslisschema.

Zwangerschap en Zikavirus

Momenteel is nog veel onbekend over een causaal verband tussen microcefalie en een ZIKV-infectie. Ook andere congenitale infecties, zoals toxoplasmose, herpes en syfilis, of chemische blootstelling (alcohol, drugs) kunnen microcefalie veroorzaken. Gesteld dat er een causaal verband is, weten we niet in welk zwangerschapstrimester de ongeboren vrucht het meeste risico loopt. Hopelijk zal de recent ontwikkelde serologische test, gecombineerd met een betere registratie en surveillance, meer helderheid verschaffen.

Bedrijfsgeneeskundig advies aan expats en medewerkers werkzaam in risicolanden

Werkneemsters die zwanger zijn of op korte termijn zwanger willen worden moet geadviseerd worden niet naar ZIKV-risicolanden af te reizen. Indien er desondanks toch redenen zijn voor een zwangere werkneemster, of werkneemster met zwangerschapswens, om af te reizen naar een risicoland, wordt het volgende geadviseerd[18]:

1. Zorg voor goede voorlichting over ZIKV, de risicogebieden, gezondheidsrisico's, klachtenpatroon en het belang van intensief toepassen van muggenwerende maatregelen. Adviseer de werkgever om de middelen en laagdrempelig actuele informatie ter beschikking te stellen.
2. Adviseer de zwangere werkneemster, eventueel met haar partner, de risico's ook te bespreken met de huisarts, LCR-arts, verloskundige en/of gynaecoloog.
3. Adviseer vrouwen met een zwangerschapswens om een zwangerschap uit te stellen tot minimaal één maand na terugkomst uit een land waar ZIKV heerst. Intussen dient een condoom of andere vorm van anticonceptie gebruikt te worden.[19]
4. Adviseer mannen die terugkeren uit een risicogebied én een zwangere vrouw hebben of een vrouw die zwanger wil worden, tot zes maanden na terugkomst een condoom te gebruiken. Dit geldt ook voor mannen die geen klachten hebben gehad.
5. Adviseer de werkgever zorg te dragen voor optimale arbeidsomstandigheden en huisvesting. Bijvoorbeeld werk- en woonruimte met een optimaal klimaatsysteem en muggenwerende ramen/ruimtes.
6. Adviseer de zwangere werkneemster dat zij, als ze na terugkeer uit een risicoland ziek wordt, contact opneemt met een verloskundige en/of gynaecoloog. Er kan dan diagnostiek worden ingezet.
7. Indien een Nederlandse werkneemster (of de vrouwelijke partner van een werknemer) die zwanger is of zwangerschapswens heeft in een ZIKV-gebied verblijft, kan men een risico-inschatting maken. Op grond hiervan kan men bespreken of het verstandig is terug te keren naar Nederland of een verblijf/uitzending elders.

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

Voor de praktijk_Maas.indd 273 25-05-16 13:55

Beroepsgeheim en afleggen verklaring bij de politie

Klager en de verpleegkundige stonden niet in een behandelrelatie tot elkaar. De door de verpleegkundige, op verzoek van een patiënte, bij de politie afgelegde verklaring viel daarom niet onder het beroepsgeheim. Ook jegens derden dient de verpleegkundige echter de nodige zorgvuldigheid in acht te nemen. De verpleegkundige heeft in haar verklaring duidelijk aangegeven dat het de verklaring van patiënte betrof, zoals deze aan haar was verteld, hetgeen niet tuchtrechtelijk verwijtbaar is. De verpleegkundige heeft zich met het geven van een waardeoordeel in haar verklaring echter begeven buiten het terrein van haar deskundigheid en zij had zich bovendien moeten realiseren welke consequenties een dergelijk waardeoordeel voor klager zou (kunnen) hebben. De verpleegkundige krijgt een waarschuwing.

CTG 15 maart 2016, nr. C2015.325, ECLI:NL:TGZCTG:2016:126.

Gesprekswijzer werkgevers

TNO ontwikkelde in opdracht van SZW een gesprekswijzer chronische aandoening en werk voor leidinggevenden. NPCF, AWVN, CAOP en Centrum Werk Gezondheid werkten er aan mee (http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/Contentpagina/1661/98086/Gesprekswijzer-chronische-aandoening-en-werk.html).

Bron: Centrum Werk Gezondheid.

Aansprakelijkheid arbodienst uitgesloten in overeenkomst

Een werkgever wordt door het UWV verplicht tot doorbetaling van het loon van een medewerker. Volgens het UWV heeft de werkgever niet voldaan aan de reintegratieverplichting. De werkgever stelt de arbodienst hiervoor aansprakelijk omdat deze te afwachtend zou zijn geweest en te lang zou hebben gewacht met de reintegratie. De rechtbank heeft de arbodienst veroordeeld tot betaling van de gevorderde kosten. In beroep wordt deze uitspraak herzien. Volgens de overeenkomst tussen de arbodienst en de werkgever is de aansprakelijkheid uitgesloten. Het hof oordeelt dat geen sprake is van opzet, roekeloosheid of schuld bij de arbodienst.

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 2 februari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:606 200.

Antwoorden op Kamervragen over privacy in de zorg

Mede naar aanleiding van de uitspraak van de Autoriteit Persoonsgegevens in EenVandaag over het gebruik van WhatsApp door artsen, zijn er Kamervragen gesteld over privacy in de zorg. De minister geeft in haar reactie aan dat artsen die online gegevens over patiënten met elkaar willen delen zich er van moeten vergewissen dat uitwisseling van medische gegevens gebeurt met een veilige techniek, waarmee medische gegevens goed beveiligd zijn tegen toegang van derden en gegevens in geen geval zijn terug te herleiden tot individuele patiënten. De minister vindt het belangrijk dat veiligere alternatieven voor WhatsApp, specifiek voor medisch gebruik, worden ontwikkeld en onder de aandacht van zorgverleners worden gebracht.

Antwoord minister privacy in zorg: http://download.parlementaireinformatie.nl.s3.amazonaws.com/2016/04%20April/ah-719767.pdf.

Wat bij tuchtrechter mag, mag nog niet bij klachtenprocedure

Een patiënte verwijt een psychiater o.a. dat zij na terugkeer van verlof conform nieuw instellingsbeleid filmopnames had gemaakt van therapiesessies, zonder klaagster om toestemming te vragen. Daarnaast maakte klaagster de psychiater enkele andere verwijten. In het kader van een klachtprocedure had de psychiater zich verweerd door de ontslagbrief van klaagster voor te leggen aan de klachtencommissie van de GGZ-instelling. Dit vormde een schending van het beroepsgeheim, volgens klaagster. Het RTG volgt klaagster hier in. Volgens het RTG is een klachtenprocedure van een geheel ander karakter dan een tuchtrechtelijke procedure. Dat patiëntgegevens in het kader van een tuchtrechtelijke procedure zonder toestemming mogen worden overgelegd aan de tuchtrechter, betekent niet dat dit ook in het kader van een klachtenprocedure is toegestaan. Volgt een waarschuwing.

RTG Eindhoven 13 april 2016, nr. 1532b, ECLI:NL:TGZREIN:2016:36.

Roadmap werkkracht bij kanker maakt re-integratie voor werkgever en werknemer inzichtelijk

OVAL werkt samen met het ministerie van SZW en andere stakeholders als sociale partners, patiëntenverenigingen, UWV, Verbond van Verzekeraars aan het uitwerken van maatregelen om het werken met en na kanker makkelijker te maken. Samen met het ministerie van SZW is de Roadmap Werkkracht bij kanker ontwikkeld. Deze Roadmap maakt inzichtelijk welke stappen werkgever en werknemer (moeten) zetten, om de werknemer aan het werk te laten blijven en aan het werk te laten komen, als deze kanker krijgt.

Op 8 april jl. benadrukte minister Asscher in zijn brief aan de Tweede Kamer het belang van goede voorlich-

Nieuws.indd 274 25-05-16 13:56

ting en benoemt de Roadmap Werkkracht bij kanker als hulpmiddel (https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-sociale-zaken-en-werkgelegenheid/documenten/kamerstukken/2016/04/08/kamerbrief-kankerwerk). De Roadmap wordt ook op het Arboportaal (www.arboportaal.nl) gepubliceerd.

Bron: Persbericht OVAL, 11 april 2016.

Gemeenten gaan niet zorgvuldig om met medische gegevens

Gemeenten hebben sinds 1 januari 2015 nieuwe taken, zoals op het gebied van jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en arbeidsparticipatie (het sociaal domein). Hierdoor zijn gemeenten meer persoonsgegevens, waaronder medische gegevens, van meer burgers gaan verwerken. Uit onderzoek van de Autoriteit Persoonsgegevens onder 41 gemeenten blijkt nu dat veel gemeenten onvoldoende weten welke persoonsgegevens van burgers zij in het sociaal domein mogen verwerken en welke regels daarvoor gelden. Ook informeren gemeenten hun burgers niet goed over het gebruik van hun persoonsgegevens. De KNMG wees in een position paper over de Wmo 2015 in juni 2014 al op de risico's voor de vertrouwelijkheid van medische gegevens bij gemeenten (http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Position-papers.htm).

Gemeenten onzorgvuldig met privacyregels sociaal domein: https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/nieuws/ap-gemeenten-onzorgvuldig-bij-uitwerking-privacyregels-sociaal-domein.

Beleidsregels 'De zieke werknemer'

Op 21 april 2016 publiceerde de Autoriteit Persoonsgegevens de beleidsregels 'De zieke werknemer'. De beleidsregels bevatten actuele informatie voor werknemers, werkgevers en andere partijen die gegevens over de gezondheid van (zieke) werknemers verwerken. Zo staat er welke gezondheidsgegevens van werknemers werkgevers mogen verwerken. Daarnaast zijn de normen in deze beleidsregels het uitgangspunt voor de Autoriteit Persoonsgegevens als zij onderzoekt of een organisatie in overeenstemming met de wet gezondheidsgegevens van werknemers verwerkt.

Persbericht beleidsregels De zieke werknemer: https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/nieuws/ap-publiceert-beleidsregels-de-zieke-werknemer.

Klachten tegen bedrijfsartsen bij arbeidsconflict

In januari 2015 heeft verweerder (bedrijfsarts) de begeleiding van klaagster overgenomen van E. (vorige bedrijfsarts). De klachten tegen beide bedrijfsartsen zijn gezamenlijk maar niet gevoegd behandeld. Het college verklaart alle klachten ongegrond. De bedrijfsarts handelde zorgvuldig door het oordeel omtrent de arbeidsgeschiktheid aan te houden in afwachting van medische informatie. Verweerder heeft conform de Werkwijzer Arbeidsconflicten (STECR, 5e versie) gehandeld door bij samenloop van psychische klachten met een conflict een tweesporenbeleid te volgen. Op grond van de ontvangen informatie van de psycholoog kwam verweerder tot het oordeel dat klaagster volledig arbeidsongeschikt was maar dat ten behoeve van het de-escaleren van de stresserende verhouding met de werkgever wel gesprekken tussen hen konden plaatsvinden. Verweerder handelde hiermee conform het bepaalde in de werkwijzer. De keuze voor het inwinnen van medische informatie bij de behandelend psycholoog was juist. De psychiater werd alleen ingezet voor medicatieconsulten en de begeleiding daarvan.

RTG Amsterdam 19 april 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:24. Zie ook ECLI:NL:TGZRAMS:2016:23. Zie ook: ECLI:NL:TGZRAMS:2016:23.

Themanummer 2016 TBV: 'Glazen bol of wetenschap? De prognose van gezondheid, ziekteduur en verzuim'

Het TBV-themanummer, dat in december 2016 zal verschijnen, heeft als thema: 'Glazen bol of wetenschap? De prognose van gezondheid, ziekteduur en verzuim'. Het sluit aan bij het thema van het TBV-congres van 16 november. In het themanummer komen vragen aan de orde als: In hoeverre zijn ernstige en minder ernstige aandoeningen te voorspellen? Waardoor worden ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid voorspeld? Er is plaats voor onderzoeksartikelen, maar ook voor methodologische en praktijkartikelen, praktijkperikelen en persoonlijke ervaringen. Een voorbeeld van de laatste: 'Honderd jaar oud, en elke dag een glaasje'.

Wij roepen onderzoekers en lezers op om bijdragen in te sturen. Dat kunnen korte bijdragen zijn (600 woorden) maar ook langere (1200 tot 2000 woorden).

Heeft u belangstelling? Meld dat dan zo spoedig mogelijk bij de themaredactie (frans.marcelissen@digipsy.nl). Wij kunnen u ondersteunen of adviseren bij het schrijven. Een eerste versie moet uiterlijk 1 augustus 2016 gereed zijn.

Nieuws.indd 275 25-05-16 13:56

Humor en ironie als tegenwicht voor gewichtigdoenerij

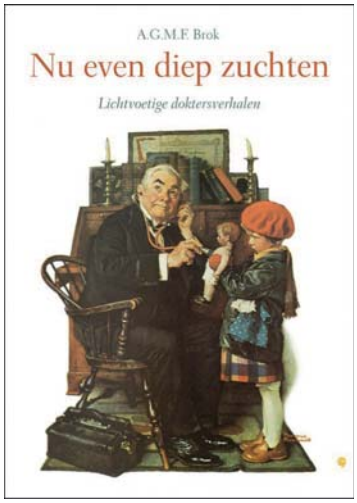
André Weel

Arnoud Brok: Nu even diep zuchten. Lichtvoetige doktersverhalen. Zoetermeer: Free Musketeers, 2014. ISBN 9789048434367, 222 pagina's, € 17,95.

De oude dokter legt zijn stethoscoop voorzichtig op de borst van het popje dat het meisje hem voorhoudt. Zo hoopt hij het vertrouwen van het kleine meisje te winnen. Uiteindelijk zal zij straks even diep moeten zuchten en niet haar popje. Ik heb het over de omslagafbeelding van het boek dat ik hier bespreek. 'De serene rust die de dokter op het omslag uitstraalt zouden wij vele doktoren heden ten dage graag willen gunnen', schrijft Arnoud Brok in het Voorwoord van zijn laatste bundel Nu even diep zuchten. Deze oud-bedrijfsarts, oud-sportarts en oud-hoofdredacteur van Geneeskunde en Sport (Zwolle, 1935) blijft op oudere leeftijd actief met schrijven over wat hem beweegt. Zo zult u in dit TBV ook een column van hem aantreffen.

"Klakkeloos schrijven wij de zinnen over die wij niet begrijpen maar die zo gewichtig klinken", staat er op bladzijde 113. En dat is precies de kern van dit boek. Brok ontmaskert de gewichtigdoenerij en de daarmee gepaard gaande woordinflatie die wij zo vaak in rapporten, preprogrammeringsstudies en strategische meerjarennota's aantreffen. Heerlijk om eens bevrijdend te kunnen lachen over al die dikdoenerij. Brok bepleit eenvoud en duidelijkheid. Dat spreekt mij aan. "Een bedrijfsarts? Dat is gewoon een goede dokter, die wel eens in de bedrijven komt."

Wat heeft dit boek te bieden? Een bloemlezing uit alle observaties die de auteur tijdens zijn beroepsleven heeft verzameld. Het boek bestaat uit vier onderdelen. In biografische volgorde zijn dit de medische opleiding in Utrecht, de militaire carrière, acht losse verhalen van zeer uiteenlopende aard, en tenslotte een sectie 'Dokterspraet': dialogen in de marges van de bedrijfsartsenpraktijk, waarbij de auteur zichzelf onder het pseudoniem Ab van Deutekom presenteert en samen met zijn collega's eigentijdse ontwikkelingen op de hak neemt. De onderdelen drie en vier spreken mij het meest aan.



Ik wil twee van de losse verhalen met name noemen. Het betreft 'Hoe Piet in de WAO kwam' en het vervolg daarop: 'Hoe Piet in de WAO bleef'. Beide verhalen zijn begin jaren tachtig gepubliceerd in Arts en Wereld. Zij geven een kijkje in de wereld van de sociale verzekeringen van die tijd, waarin enerzijds sprake was van het eindeloos oprekken van het ziektebegrip (ook verminderd welbevinden viel daaronder) en waarin anderzijds werkgevers en vakbeweging broederlijk samenwerkten om minder goed functionerende en/of minder gemotiveerde medewerkers 'weg te zetten' met een riante uitkering. Jonge artsen zullen zich nauwelijks kunnen voorstellen welke vlucht het medicaliseren van psychosociale problemen toen had genomen. De multidisciplinaire teams die toen als paddenstoelen uit de grond schoten werkten daarbij ook nog eens de re-integratie tegen. Eigenlijk had niemand belang bij een snelle terugkeer van zieke werknemers naar het werk. Zo wordt inzichtelijk dat rond 1990 het aantal arbeidsongeschikten in Nederland gevaarlijk dicht in de buurt van één miljoen was gekomen...

Ik kan deze bundel van harte ter lezing aanbevelen. En hij is ook leuk om cadeau te geven!

Boekbespreking.indd 276 25-05-16 13:56

André Weel: 'Van elk conflict kun je leren'

Rolf Blijleven, Wim Otto, Bas Sorgdrager

In juli draagt André Weel (Alkmaar, 1947) zijn taken als hoofdredacteur van TBV over, na die ruim zes jaar te hebben vervuld. Wie is de mens André Weel, hoe is hij gekomen tot waar hij nu is, en wat zijn de hoofd- en de bijzaken in ons vakgebied?

Wie is André Weel, niet als hoofdredacteur van TBV of als bedrijfsarts, maar als persoon?

Mijn vader was politieman, vrij strikt en strak. Zo zijn wij ook opgevoed: als je iets toezegt, dan kom je dat ook na. Die normen heb ik heel sterk meegekregen. We zijn streng rooms-katholiek opgevoed met alles d'r op en d'r aan, dus zondags én doordeweeks naar de mis, biechten, het vormsel, enzovoort. En omdat ik ook piano speelde en orgellessen had werd ik ingezet om de liturgie te begeleiden, als organist. Dat doe ik nog steeds. Ik voel me nog altijd katholiek. Vanaf de jaren zestig, toen ik studeerde, was het *bon ton* om je geloof vaarwel te zeggen, maar dat heb ik nooit gedaan. Dat is wel een belangrijk deel van mij.

Ik kon altijd heel goed leren. Ik wil niet opscheppen, maar op mijn eindexamen voor het gymnasium had ik allemaal achten en negens, voor mijn opstel Nederlands zelfs een tien. Ik weet nog dat de gecommitteerde zei dat-ie nog nooit zo'n goed stukje voor een eindexamen had gezien. Dat was een of andere hoogleraar in de Neerlandistiek. Hij had er helemaal niets op aan te merken. Blijkbaar heel uitzonderlijk (grinnikt). Het ging over het verschil tussen actieve muziekbeoefening en het passief luisteren naar muziek – daar was ik toen erg mee bezig, op mijn zeventiende. Dat is natuurlijk een ontvankelijke leeftijd, dus ik dacht 'goh, ik moet schrijver worden'. Maar ik was ook goed in wiskunde en ik wist eigenlijk niet wat ik moest kiezen. Toen heb ik maar geneeskunde gekozen, want dat heeft exacte kanten en taalkanten. Daarna kon je eigenlijk nog alle kanten op. Dus ik heb de keuze in feite uitgesteld. Want niks kiezen was *not done*, en een jaar niks doen kon ook niet.

Marjo, mijn vrouw, is ook arts, en wij wilden in ontwikkelingslanden werken. Maar daarvoor moest je een aantal jaren assistentschappen doen in de chirurgie en in de verloskunde. Een kort assistentschap gynaecologie en verloskunde had ik al gedaan, dus ik ben enthousiast begonnen als arts-assistent chirurgie niet in opleiding. Dat was heel hard werken, met weekenddiensten van vrijdagavond acht uur tot maandagochtend acht uur, met spoedoperaties, eerste hulp, enzovoort. Daar kwam ik erachter dat ik de gynaecologie eigenlijk een veel mooier vak vond, alleen kon ik daar geen werk in vinden. En inmiddels zaten we in de kleine kinderen en dat was uiteindelijk niet te combineren met het ontwikkelingswerk.

In 1975 werd ik gevraagd voor een huisartsenmaatschap in Roermond, waar wij woonden. In die tijd was je met een artsdiploma ook meteen gekwalificeerd als huisarts. De maatschap werd gevestigd in een heel nieuw gebouw, met drie artsen, twee doktersassistenten en een apotheek, geopend begin '77. We kregen er geen spat subsidie voor, dus we hebben er ook flink voor moeten lenen.

Dan zou je denken dat je je einddoel wel gevonden hebt.

Nee… Huisarts is een mooi vak, maar niet voor mij om een heel leven te doen. Ik zag het als een plicht. De maatschappij had in mij geïnvesteerd, dus ik vond dat ik daar iets voor terug moest doen. Maar ik wilde niet langer dan een jaar of tien huisarts zijn. Na die tien jaar zou ik weer een opleiding willen, en onderzoek doen. De omslag kwam al twee jaar later, in '79. In het begin konden we het allemaal goed met elkaar vinden, maar in de praktijk van alledag ontstonden er allerlei fricties. De andere artsen waren heel erg *money driven*, zij hadden duidelijk meer aandacht voor particulier verzekerde patiënten dan voor ziekenfondspatiënten. Ik haalde hooguit 25 consulten op een ochtend, zij haalden er ieder wel 40. Bovendien was één van de collega's getrouwd met een hoofdverpleegkundige die dacht dat ze overal verstand van had. Zij bemoeide zich overal mee en dat gaf zoveel wrijving dat de assistentes overspannen raakten en uitvielen. Toen heb ik een ultimatum gesteld: als zij blijft, dan ga ik weg. Dat was het eerste grote conflict in mijn leven. Ik heb er veel van geleerd.

Interview.indd 277 25-05-16 13:57

Geld mag niet de enige drijfveer zijn

Je keek wat zuur toen je het had over *money driven*. Zie je de beroepsethiek als iets fundamenteels?
Ja, zeker. Geld is niet onbelangrijk, maar het mag niet de enige drijfveer zijn. In die tijd had je allerlei bedrijfsverenigingen die artsen zochten om ziektewetcontroles te doen. En met een aantal daarvan had één van de collega's ineens, zonder enig overleg, afspraken gemaakt. Daar werd je mee geconfronteerd: 'Wij gaan controles doen, want dat levert veel geld op.' Dus ik moest mijn huisartsvisites onderbreken om controles te doen in de regio. Je had nog geen GSM, alleen zo'n semafoon. Dus je werd opgepiept, en dan moest je snel naar een telefooncel, of als je bij een patiënt was dan vroeg je of je even mocht bellen met de praktijk, om te vragen wat er was. En dan moest je naar Vlodrop, of Herkenbosch, of Swalmen. Dat was ook een van de breekpunten: ik moest iets doen wat helemaal niet paste bij waar ik mee bezig was, puur voor het geld. Mede daarom zijn we daar vertrokken. Marjo had in Medisch Contact een vacature gezien voor een bedrijfsarts bij de BGD Oost-Gelderland met belangstelling voor onderzoek en arbeidsfysiologie. Daar ben ik aangenomen, door Leuftink, als leerling bedrijfsarts, in '79.

Bij de BGD Oost-Gelderland heb ik zestien jaar met veel plezier gewerkt, en het onderzoek was ook geen loze belofte; ik kon *half time* naar het Coronel, terwijl mijn salaris werd doorbetaald. In '92 ben ik gepromoveerd. In datzelfde jaar overleed Leuftink. We hadden inmiddels een nieuwe directeur, Paul Staal, die was heel erg van de marketing en sales...

Je trekt er een heel vies gezicht bij.
(lacht) Ja...

Hoe heb je de commercialisering van de BGD's ervaren?
De laatste twee jaar bij de BGD Oost-Gelderland werden overschaduwd door die commercialisering. Vanaf '94 werd de ziektewet steeds verder uitgekleed, met de Wulbz (Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte, red.) en de versnelde medische beoordeling. Paul Staal ging daar helemaal in mee. Je had in Oost-Gelderland allerlei industrie: metaal, papier, karton, veelal volcontinu of semi-volcontinubedrijven. Dus als iemand zich ziek meldde voor de nachtdienst van 11 uur, moest je die man – bijna altijd een man – om 10 uur 's avonds nog aan huis gaan keuren. Ik had daar principiële bezwaren tegen. Hoe kun je iemand in zo'n situatie beoordelen? Welke consequenties heeft dat voor zo'n man? Dat staat haaks op de rol en de vertrouwenspositie van de bedrijfsarts. Dus wij gingen daartegen in verzet, maar Staal hield voet bij stuk. Ik ben altijd *on speaking terms* met hem gebleven, maar hij en ik verschilden fundamenteel van opvatting. Dus ben ik in '95 ander werk gaan zoeken, en werd ik aangenomen als opleider in Nijmegen. Daar kreeg ik het al vrij snel aan de stok met de hoogleraar, want die zag het hele vak van bedrijfsarts niet zitten. Toen ben ik verder gaan kijken en kwam ik in '96 als opleider terecht bij de Amsterdamse Bedrijfsartsopleiding CorVU, een samenwerking van Coronel en VU. Daarnaast werkte ik twee dagen per week bij de SKB (Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg, red.) aan PAGO-ontwikkeling voor Arbouw en BGZ-wegvervoer. Dat zijn heel plezierige jaren geweest. Begin '97 kwam ik in de TBV-redactie, aanvankelijk als vertegenwoordiger van het Coronel Instituut.

Welke onderwerpen deed je als opleider?
Ik ben gepromoveerd in de arbeidsepidemiologie, samen met Sjaak Broersen. Wij hebben enorme PAGO-bestanden geanalyseerd en daar een nieuwe analysemethode voor ontwikkeld, die nog steeds wordt toegepast door de SKB. In de jaren na mijn promotie ben ik dat verder gaan verfijnen en bij de CorVU gaf ik er ook les in. Ik deed epidemiologie, risico-inventarisatie en PAGO. Ik was ook cursusleider, samen met een sociaal psycholoog had ik een groep onder mijn hoede voor de volle vier jaar van de opleiding.

Je hebt veel geschreven over ethiek. Dat is iets heel anders dan epidemiologie.
De omslag kwam in 1999, met een symposium aan de VU over ethische dilemma's. Dat was een *eye opener*: ik zag ineens een gebied waar we nog veel te weinig van wisten en ik voelde heel sterk dat wij ons daar verder in moesten verdiepen. Toen zijn we met vijf mensen begonnen aan de Dilemma-serie in TBV. Dat werden zo'n 40 of 50 artikelen, die ook gebundeld zijn.

Beroepsethiek was, en is grotendeels nog steeds, een onontgonnen terrein

Van lieverlee merkte ik dat ik daar zelf ook in groeide. In het begin ging het vooral over de spanning tussen professioneel inzicht enerzijds en wet- en regelgeving anderzijds; later verdiepten we ons meer in de zuivere ethiek, en kwam het begrip waarde meer naar voren. Wat is nu een waarde? Dat heeft me altijd geïntrigeerd. Dat is heel abstract, maar het is iets wat je als een ideaal ziet en wat je de moeite waard vindt om na te streven. Dat

Interview.indd 278 25-05-16 13:57

denkbeeld op zichzelf was me niet vreemd, want in de rooms-katholieke opvoeding zoals ik die heb gehad, word je natuurlijk ook doordrenkt met een soort waardenleer. Dus ik vond dat we in ons beroep waarden moesten benoemen: wat drijft ons, wat houdt ons op de been, waar doen we het voor?

In 2005 kwam het boek Praktijkdilemma's uit[1]; naarmate je vordert in het boek komen er steeds meer ethische overwegingen naar voren, beschreven volgens de methode Moreel Beraad die toen opkwam.

Als je terugkijkt, wat zijn dan de parels in je loopbaan waar je trots op bent?

Ik denk ten eerste de methodeontwikkeling die ik voor mijn promotieonderzoek heb mogen doen, dankzij Leuftink. Hij was voorzitter van de Stichting Massa-Onderzoek Tuberculose, en in die tijd, rond '84, was tbc in Nederland zo goed als uitgeroeid; daarom werd die stichting geliquideerd. Daar kwam veel geld uit vrij, en de liquidatiecommissie wilde dat goed besteed zien. Leuftink vroeg mij om een onderzoeksvoorstel te doen, en dat is gehonoreerd. Ik voelde toen ook wel de plicht om er iets heel goeds van te maken. We konden de promotie onderbrengen bij het Coronel, maar we zochten nog iemand voor de methodologie. Dat werd Sjaak Broersen, hij was

Interview.indd 279 25-05-16 13:57

psycholoog en wiskundige. Samen vormden wij een heel goede tandem. Die samenwerking, en de dingen die daar uit voortkwamen, zoals de Beroepenatlas van Arbouw, daar ben ik wel trots op.

Verder ben ik via de CorVU betrokken geraakt bij de EASOM, de *European Association of Schools of Occupational Medicine*, en werd ik na enige tijd benoemd tot *Secretary General*. In die hoedanigheid heb ik in 2001 de eerste EASOM *Summer School* mogen organiseren, in Dresden, gefinancierd met EU-geld. Het ging over risico-communicatie, hoe je risico's aan werknemers communiceert, met name chemische risico's maar ook psychosociale risico's. Dat was een groot succes. Het heeft lesmodules opgeleverd die in de opleiding werden toegepast. Die summer schools zijn een traditie geworden, maar de budgetten zijn veel minder dan voor die eerste editie.

Wat heeft die internationale samenwerking opgeleverd?

De internationale klankbordfunctie van de ICOH (International Commission on Occupational Health) heeft zeker wel zijn nut. Heel wonderlijk is bijvoorbeeld dat wij met afgunst kijken naar het Duitse systeem, terwijl men in Duitsland met afgunst kijkt naar hoe wij hier de werkgevers verantwoordelijk hebben gemaakt voor de financiering. Het is goed om van elkaar te weten hoe je werkt, maar consensus over de beste aanpak is er niet. De concrete opbrengst van die internationale contacten is vrij pover.

Nog meer parels?

Eens zien... in 2004 werd ik gevraagd om een project te doen voor de NVAB, dat heeft geleid tot de Leidraad PMO. Dat is er wel eentje, denk ik. En TBV heeft nu een redactiestatuut waarin de onafhankelijkheid van het blad is gewaarborgd. Dat is een heel recente.

Stel je voor dat je 40 jaar jonger zou zijn, en je zou een vacature voor bedrijfsarts zien. Zou je daar, met wat je nu weet, op solliciteren?

Nee. Dan zou ik waarschijnlijk kiezen voor oncologie. Dat is een dynamisch vakgebied met een sterke wetenschappelijke basis, maar je moet ook heel goed communiceren met je patiënten. Het gaat vaak om patiënten met een beperkt levensperspectief, dus geestelijke verzorging is belangrijk. Dat trekt me wel, dat is misschien ook wel de pastor in mij. Die twee dingen, het wetenschappelijke en de geestelijke verzorging, komen samen in de oncologie.

*Bedrijfsartsen moeten veel meer **behandelen***

Wel vind ik de klinische arbeidsgeneeskunde een ideaal model voor onze beroepsbeoefening. Wij moeten loskomen van Poortwachter, we moeten veel meer (mee) *behandelen*. Er zijn nu tien of twintig mensen die de opleiding BACO hebben gedaan, bedrijfsarts consulent oncologie. Daar moeten er veel meer van komen, want er komen steeds meer patiënten die langer leven en ook willen werken, en die deskundige begeleiding nodig hebben. Daar moeten we op inzetten.

Je zit in het medisch tuchtcollege. Wat zijn *lessons learned*?

Het is een gemeenplaats, maar dokters maken fouten. Een diagnose missen is op zichzelf niet laakbaar, maar in je onderzoek dingen nalaten die je op grond van de anamnese had moeten doen, is wél laakbaar. Bij zaken die voor het tuchtcollege komen gaat het erom of een arts buiten de marges van het professionele handelen is gegaan. In de afgelopen tien jaar zie je dat bedrijfsartsen steeds meer onder druk staan van opdrachtgevers, en zich daardoor ook eerder laten verleiden tot voorbarige uitspraken en overhaaste acties.

Een veel voorkomende valkuil is 'O ik zie het al, dit is een arbeidsconflict, u moet met uw leidinggevende gaan praten, ik kan niks voor u doen', terwijl er iemand voor je zit die slapeloze nachten heeft. Ze vragen niet eens 'Hoe gaat het met u?' Ze schrijven steeds weer een afkoelingsperiode voor van twee weken omdat ze denken dat de STECR-werkwijzer dat zo bedoelt. Maar als de arts geen oog heeft voor de gezondheid van de cliënt is dat wel degelijk verwijtbaar. Dergelijke nalatigheid zien we steeds vaker, enerzijds door de scherpe contracten en door de focus op verzuimbestrijding, maar ook zijn cliënten mondiger, men weet beter wat een bedrijfsarts moet doen en laten.

Hoe moet het wel?

De bedrijfsarts moet stáán voor zijn cliënt en moet niet bang zijn om een advies te geven dat de werkgever onwelgevallig is. Bedrijfsartsen moeten zich niet voor een karretje laten spannen. Dat kan soms betekenen dat je je opdrachtgever kwijtraakt, maar dat moet dan maar.

Dat het vaak misgaat komt ook door te strakke wet- en regelgeving. Vroeger zag je werknemer en werkgever ook bij andere dingen, zoals werkplekbezoek, preventieve onderzoeken en bedrijfssurveys; daardoor kende je elkaar ook veel beter. Nu zie je elkaar misschien alleen nog bij ziekteverzuim. Terwijl het toen niet of nauwelijks duurder was, en meer collectief gefinancierd werd.

Interview.indd 280 25-05-16 13:57

Evidence-based medicine wordt aanbeden als een heilsverwachting die al onze problemen oplost

Je neemt afscheid als hoofdredacteur van TBV. Welke rubrieken wil je graag blijven lezen, en waar moet het over gaan?
Een rubriek als Voor de praktijk vind ik belangrijk en ook altijd leuk om te lezen. Voor casuïstiek geldt hetzelfde; dat kan in rubrieken als *Good practices* of Dilemma's. Wetenschap is de basis; dat vind ik zeker ook belangrijk, maar *evidence-based medicine* wordt aanbeden als een heilsverwachting die al onze problemen gaat oplossen. Het is doorgeslagen. Men praat elkaar na. En dat terwijl we eerder in TBV hebben laten zien dat de meeste vragen van bedrijfsartsen van juridische en ethische aard zijn, en slechts een kleine minderheid gezondheidskundige vragen zijn. Ethische vragen worden lang niet altijd onderkend, omdat men ze niet heeft leren zien. Alle aandacht gaat uit naar de E van EBM, en er is nauwelijks aandacht voor de E van Ethiek. En je hebt ze allebei nodig! Ethiek is niet in regeltjes te vatten, het is meer een *mindset* waar je van uit moet gaan. Daar wil ik over lezen. En ook over schrijven. Het boek Praktijkdilemma's is aan herziening toe, daar ga ik me mee bezighouden. Voor TBV vind ik mediprudentie ook belangrijk, de verzekeringsartsen hebben dat, voor bedrijfsartsen zou dat ook veel kunnen betekenen.

In je artikelen heb je vaak een filosofische benadering en haal je de klassieken aan.
Ja, ik hou ervan om discussie uit te lokken en de filosofie is een mooi middel om te laten zien dat je ook op een andere manier tegen dingen aan kunt kijken. Ik heb een hekel aan braaftaal.

Moet TBV op het niveau komen van NTvG?
Ik denk dat NTvG bezig is om op het niveau van TBV te komen. NTvG was van origine een statig herenblad, wat stijfjes met vrij droge wetenschappelijke artikelen, maar ze plaatsen tegenwoordig ook interviews, dus inmiddels schenkt NTvG meer aandacht aan de dokter als mens. Wel denk ik dat TBV meer werk kan maken van korte, prettig leesbare onderzoeksartikelen. En verder moeten we de referatenrubriek weer op sterkte brengen, zeker nu we de inbreng van Jan-Willem Koten gaan missen.

Er zijn veel raakvlakken tussen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen. Welke rol zie je daar voor het tijdschrift?
Het doet me denken aan een beeldspraak van Brinio Veldhuijzen van Zanten. Hij stond op Kaap de Goede Hoop en zag de blauwige Atlantische Oceaan uit het westen samenkomen met de meer purper gekleurde Indische Oceaan uit het oosten. Dat zijn twee stromen die niet meteen mengen. Er is een temperatuurverschil. Dat geeft de nodige turbulentie. Dat geldt ook voor onze vakken. Ik vind de gemeenschappelijke dingen fundamenteler dan de dingen die ons scheiden. We houden ons allebei bezig met de factor arbeid en we zullen daar toch in moeten samenwerken. Misschien kunnen we gemeenschappelijk casuïstiek gaan bespreken.

In de Domus Medica staat de artseneed in fraaie letters op de wand van de centrale hal. Artsen krijgen de langste universitaire opleiding die er is. Waarom kunnen artsen niet zelf bedenken dat ze ethisch moeten handelen?
Hippocrates onderkende al dat je misbruik kunt maken van medische kennis en je positie als arts. Het slechte in de mens zit mogelijk ook in de dokter. Daarom blijft ethiek belangrijk. Als hoofdredacteur van TBV kon ik daar een hoop eieren over kwijt.

Je kreeg er ook de nodige rotte tomaten voor terug.
(lacht) Ja, maar dat is niet erg. Soms krijg je ook helemaal geen reactie, terwijl je die wel verwacht. Dan gooi je een steen in de vijver, het rimpelt even, en verder blijft het stil. Heel onvoorspelbaar. We schrijven een heleboel, en we horen relatief weinig terug. Zijn we bezig om onze parels voor de zwijnen te gooien? De lezer mag het zeggen.

Literatuur

1. Weel ANH, Kelder MJ, Nauta AP. Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Interview.indd 281 25-05-16 13:57

Hoofdredacteur, bedrijfsarts par excellence en eigenzinnig en markant collega!

Jurriaan Penders, Kees van Vliet, Carel Hulshof

J. Penders is voorzitter van de NVAB.

K. van Vliet is directeur van de NVAB.

C. Hulshof is coördinator richtlijnen NVAB en hoogleraar arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

Met zijn vertrek als hoofdredacteur neemt André Weel op 68-jarige leeftijd afscheid van een gezichtsbepalende fase in zijn werkende bestaan. 37 jaar geleden werd hij lid van de NVAB. Hij heeft in de loop van de jaren veel betekend voor de ontwikkeling van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en van de NVAB.

De hedendaagse bedrijfsarts kent André waarschijnlijk vooral als hoofdredacteur van TBV en als docent van nascholingen, de laatste jaren via Yellow Factory. Dat André brede belangstelling heeft was de oplettende lezer van TBV reeds opgevallen door zijn gewoonte om beschouwingen op de hedendaagse praktijk te plaatsen vanuit het perspectief van enkele groten uit de filosofie en geschiedenis. En die lezer zal het niet verbazen dat er een rijke carrière achter blijkt te liggen.

André heeft na zijn artsexamen diverse klinische werkzaamheden verricht en vanaf 1975 enkele jaren als huisarts gewerkt. Vanaf 1979 werkte hij 16 jaar bij de destijds toonaangevende regionale BGD Oost-Gelderland in Doetinchem. In die periode bewerkte hij ook zijn promotie in 1992 bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid over Periodiek ArbeidsGezondheidskundig Onderzoek bij groepen werkenden, toen nog Periodiek BedrijfsGezondheidskundig Onderzoek (PBGO) geheten. Samen met Sjaak Broersen schreef hij een bijna 350 pagina's dik proefschrift onder de titel 'Signalen van problemen in werk en gezondheid'.

Een van de stellingen van zijn proefschrift willen we nog eens opnieuw onder de aandacht brengen. In 2016 nog net zo actueel als in 1992: 'Een PMO dat in een organisatie niet méér teweegbrengt dan de signalering van knelpunten is niet effectief.'

En op het filosofische vlak de stelling van Samuel Butler uit 1912: *'God was satisfied with his own work, and that is fatal.'*

Zijn proefschrift vormde mede de basis van de bekende PAGO-vragenlijsten.

Bij de Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB) werkte André vanaf 1991 aan de verdere ontwikkeling en kwaliteitsverbetering van het PAGO. Daar begon, in coproductie tussen NVAB en SKB, ook de ontwikkeling van wat later de professionele richtlijnen voor de bedrijfsartsen werden. Tegelijk was hij opleider aan de CORVU en de latere opvolgers daarvan NSOH en NSPOH.

Vanaf 1998 was André projectleider van een project gericht op arbocuratieve samenwerking door gezamenlijk onderwijs voor huisartsen en bedrijfsartsen.

Internationaal is hij bestuurslid geweest van *European Association of Schools of Occupational Medicine* (EASOM) en was hij lid van de *Scientific Committees on Health Services Research and Evaluation in Occupational Health* en *History of Prevention of Occupational and Environmental Diseases* van de ICOH.

Een klein zijpaadje: wanneer je grasduint in de vakmatige levenswandel van deze collega kom je onverwachte kanten tegen. Wist u bijvoorbeeld dat André in Nijmegen niet alleen Geneeskunde maar ook Spaans studeerde?

Ook binnen de NVAB heeft André een rijke carrière gehad. Hij heeft, natuurlijk samen met anderen, aan de basis gestaan van het richtlijnontwikkelingstraject van de NVAB. André Weel coördineerde de eerste richtlijntrajecten onder regie van de daarvoor ingestelde Stuurgroep Richtlijnontwikkeling van de NVAB. Hij is ook tijden lang secretaris geweest van deze stuurgroep. Als onderzoeker en projectleider werkte André voor TNO en Kwaliteitsbureau NVAB.

Vanaf 2004 tot 2014 was André betrokken bij de acti-

Afscheid Andre.indd 282 25-05-16 13:58

viteiten van het Kwaliteitsbureau. De eerste jaren werd zijn expertise ingehuurd via Mediforce, en vanaf 2008 was hij direct in dienst bij het Kwaliteitsbureau. André heeft onder andere gewerkt aan de projecten 'bedrijfsarts en arboconvenanten', de ontwikkeling, en later ook de herziening van de 'leidraad PMO' en de ontwikkeling van de NVAB-richtlijn 'influenza: preventie en outbreak-control'. Als projectleider liet André zich liever leiden door 'life-lines' dan door 'dead-lines'. Dat was een visie die door het management niet altijd met groot enthousiasme werd ontvangen. Uiteindelijk leverde André echter altijd kwalitatief goede, en voor de praktijk bruikbare, producten.

André was ook nauw betrokken bij de beantwoording van de vragen die door NVAB-leden aan de 'vraagbaak' werden gesteld. Hij toonde daarbij grote betrokkenheid bij leden die 'in de knel kwamen' omdat zij in de praktijk niet volgens de normen en waarden van de beroepsgroep konden werken.

In die jaren is hij uitgegroeid tot één van de NVAB-vaandeldragers op het gebied van kwaliteit, onderbouwing en verdieping van ons vakgebied. Om die reden heeft André de prestigieuze onderscheiding bedrijfsarts par excellence 2006 gekregen.

André is sinds 1997 redacteur van ons vakblad TBV. Er zijn heel wat artikelen door hem becommentarieerd en geredigeerd en hij heeft zichzelf in publicaties ook niet onbetuigd gelaten. Bekend is bijvoorbeeld de reeks rond de praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, die hij uiteindelijk samen met Marja Kelder en Noks Nauta ook tot een boek heeft bewerkt. Ethische vraagstukken en suboptimale beroepsuitoefening hebben altijd zijn bijzondere interesse gehad. Als lid van een regionaal tuchtcollege wordt hij ook regelmatig geconfronteerd met klachten tegen bedrijfsartsen.

Naast de ethische onderwerpen is door zijn gepraktiseerde interesse ook de geschiedenis van de bedrijfsgeneeskunde geopenbaard aan de collega's. Niet alleen zijn er verschillende medisch geschiedkundige artikelen en een samen met Fons Vernooy geschreven boek van zijn hand verschenen, André zet zich momenteel in om een collectie medisch-historische werken in een vereniging onder te brengen opdat deze stukken niet verloren gaan.

Behalve auteur en redacteur is André sinds 2010 hoofdredacteur van TBV.

André is een eigenzinnig en markant collega. Dat hij niet altijd de makkelijkste weg heeft gekozen deed soms wenkbrauwen fronsen, maar bracht evengoed zinvol resultaat. Over de oprechtheid van zijn intenties voor de kwaliteit van het vak kan geen twijfel bestaan.

Dat André als 68-jarige nu stopt met het intensieve werk als hoofdredacteur kan nooit betekenen dat we niet meer van hem horen. Hij blijft een echte professional: te betrokken om niet zijn visie en advies gevraagd en ongevraagd te blijven delen!

Afscheid Andre.indd 283 25-05-16 13:58

Verzekeringsarts berispt om te veel eigenzinnigheid

Bas Sorgdrager (eindredactie)

Een verzekeringsarts heeft van het Regionaal Tuchtcollege een waarschuwing gekregen vanwege een onvoldoende uitgevoerd onderzoek en daarop gebaseerde conclusies. In hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege tot een berisping besloten. De reden hiervoor is dat de verzekeringsarts geen blijk heeft gegeven van reflectief vermogen op zijn tekortkoming.
Naast zorgvuldig medisch handelen (eigen onderzoek, oordelen en rapporteren) staat in deze zaak de competentie professionaliteit onder druk.

De feiten in de zaak

Klaagster in de zaak is een 45-jarige vrouw, werkzaam als teamleidster voor 32 uur per week, bij wie Multipele Sclerose is vastgesteld en die zich vanwege klachten als gevolg daarvan volledig ziek heeft gemeld. De bedrijfsarts van klaagster stelt vast dat duurzame re-integratie niet goed mogelijk is door de sterk wisselende belastbaarheid over de dag en de week. Zij kan volgens de bedrijfsarts gemiddeld niet meer dan ongeveer twee uur per dag werken en gemiddeld per week ongeveer tien uur. De bedrijfsarts noteert dat er sprake is van primair progressieve Multipele Sclerose. Mevrouw wordt maximaal behandeld door een revalidatieteam. De behandelend ergotherapeut heeft een verrijdbare zadelkruk aangevraagd vanwege een verminderde stabalans. De ergotherapeut schrijft verder dat klaagster bekend is met visus-, krachts-, sensibiliteits- en concentratievermindering. Bovendien is er sprake van chronische vermoeidheid.

Klaagster is ruim een jaar na de ziekmelding verzekeringsgeneeskundig onderzocht in verband met vervroegde WIA-aanvraag. De verzekeringsarts, verweerder in deze zaak, schrijft: *'In 2010 betrokken geweest bij een auto-ongeval waarna belanghebbende whiplashklachten heeft ontwikkeld waarbij ze ook visusklachten kreeg met toenemend 'wazig' zien in de loop van de dag. Aanvankelijk alleen rechts maar later ook links. Klachten aanvankelijk geduid als gevolg van whiplash. In 2011 is verder onderzoek verricht in verband met persisterende visusklachten en moeheid. Bij dit neurologisch onderzoek is toen primaire progressieve MS vastgesteld op MRI beelden met name veel afwijkingen in ruggemerg. In de loop van 2011 kreeg belanghebbende ook naast de visusklachten last van duizeligheid, krachtsverlies, coördinatieproblemen o.a. met lopen. Heeft geprobeerd te werken maar ondanks thuiswerken en urenvermindering kon ze dit niet volhouden. Heeft in april 2012 nog geprobeerd te werken maar heeft dit niet kunnen volhouden.'*

Zijn onderzoeksbevindingen: *'Cliënt komt samen met haar partner, maakt geen algeheel zieke indruk, ziet er overeenkomstig de kalenderleeftijd uit en heeft een verzorgd uiterlijk. Cliënt heeft een normale lichaamsbouw en voedingstoestand. Cliënt reageert op adequate wijze. Ten aanzien van aandacht, concentratie en overige cognitieve functies zijn geen bijzonderheden waarneembaar. Tijdens het gesprek zijn er geen aanwijzingen voor psychopathologie en/of ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Gezien de voorliggende gegevens heeft een lichamelijk onderzoek geen toegevoegde waarde. Informatie bij de behandelende sector werd niet opgevraagd, omdat voldoende informatie aanwezig was om tot een zorgvuldig oordeel te komen.'*

In de overwegingen schrijft verweerder: *'Belanghebbende ervaart forse beperkingen in haar dagelijks functioneren als gevolg van visusklachten, krachtsverlies, gevoelsstoornissen, verminderde stabalans en coördinatieproblemen. Hierbij spelen persoonskenmerken m.i. tevens een rol. Uit het dagverhaal blijkt dat ze met deze klachten en beperkingen nog wel in staat is om licht huishoudelijk werk te verrichten, kinderen te verzorgen en om te koken. Uitgaande van de aard van de aandoening en de mate waarin belanghebbende nog in staat is te functioneren zoals blijkt uit het dagverhaal dient rekening te worden gehouden met een fors beperkte fysieke belastbaarheid en gezichtsvelduitval welke in de loop van de dag progressief kan zijn.'*

In de opgestelde FML heeft verweerder genoteerd dat klaagster op diverse punten beperkingen heeft ten opzichte van normaal functioneren, maar dat klaagster wel

Uitspraak Tuchtcollege.indd 284 25-05-16 13:58

benutbare mogelijkheden heeft. Wat betreft de werktijden geeft verweerder geen beperkingen aan. Verweerder is van oordeel dat klaagster tenminste acht uur per dag en tenminste 40 uur per week kan werken. Verweerder noteerde met betrekking tot de prognose van de functionele mogelijkheden: *'De verwachting is dat de medische situatie op lange termijn wezenlijk zal verslechteren.'*

De klacht

Klaagster heeft 24 klachten geformuleerd die voor de conclusie van deze zaak niet allemaal relevant zijn. De klachten komen er op neer dat de arts onzorgvuldig onderzoek heeft gedaan naar de fysieke en psychische gesteldheid van klaagster en dat het medisch onderzoeksverslag en de FML een onjuist beeld geven van de beperkingen en mogelijkheden van klaagster.

Aanvankelijk heeft klaagster haar ongenoegen geuit via de interne UWV-klachtenprocedure, maar zij kreeg slechts zeer globaal respons, zodat zij haar klachten vervolgens aan het Tuchtcollege heeft voorgelegd.

De overwegingen van het Centraal Tuchtcollege

Zowel klaagster als verweerder zijn in hoger beroep gegaan na de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege gaat uit van dezelfde feiten en stelt vast dat de rapportage van de arts is gebaseerd op onvoldoende eigen onderzoek. In de rapportage zijn de afwegingen voor de FML, in het bijzonder de duurbelastbaarheid, onvoldoende transparant. Het onderzoek voldoet daarom niet aan het samenstel van criteria opgenomen in de rechtsoverweging, in het bijzonder niet aan het tweede en derde criterium (zie box). Het Centraal Tuchtcollege begrijpt niet waarom de arts op basis van dezelfde informatie tot een zeer andersluidend oordeel over de duurbelastbaarheid kwam dan de bedrijfsarts. Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van oordeel dat de wijze waarop de arts heeft geconcludeerd dat klaagster voltijds belastbaar zou zijn in redelijkheid niet navolgbaar was.

Criteria voor een expertiserapport luiden:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. in het rapport wordt op een inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
4. het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikelijke literatuur en de geconsulteerde personen en
5. de rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

In het verweer bij hoger beroep stelt de verzekeringsarts dat zijn handelen niet strijdig is met een redelijk bekwame beroepsuitoefening of zorgvuldig handelen.

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat het handelen van de arts onvoldoende is geweest. Bovendien is in het tuchtrechtelijk traject onvoldoende naar voren gekomen, dat bij de arts sprake is geweest van enige reflectie met betrekking tot zijn tekortkoming. Het Centraal Tuchtcollege legt aan de arts de maatregel van berisping op.

Kijk voor de volledige tekst van deze uitspraak op www.tuchtrecht.nl >Gezondheidszorg en zoek met zaaknummer C2015.124 en C2015.157. Wilt U reageren? Stuur een mail naar tbvredactie@bsl.nl.

Uitspraak Tuchtcollege.indd 285 25-05-16 13:58

Overspanning/burn-out als beroepsziekte

Update van de registratierichtlijn

Gerda de Groene, Karen Nieuwenhuijsen, Monique Frings-Dresen, Henk van der Molen

Samenvatting

De registratierichtlijn overspanning/burn-out van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten is geüpdatet. Overmatige blootstelling aan psychosociale risicofactoren in werk kunnen leiden tot overspanning/burn-out als beroepsziekte. Overmatige blootstelling aan de factor 'hoge inspanning gepaard met lage beloning' kan voldoende zijn om deze beroepsziekte te doen ontstaan, zeker bij mannen. De factoren 'hoge psychologische taakeisen', 'weinig taakautonomie', 'weinig sociale steun van collega's en/of leidinggevende', 'procedurele onrechtvaardigheid binnen de organisatie', 'relationele onrechtvaardigheid' en 'hoge emotionele taakeisen' kunnen een bijdrage leveren aan het ontstaan van een overspanning.

Beroepsziekte, Registratie-richtlijn, Overspanning, Burn-out, Psychosociale risicofactoren in werk

Een overspanning of burn-out is een beroepsziekte als deze in overwegende mate is veroorzaakt door belastende psychische factoren in het werk (tabel 1). Overspanning kan in elk beroep voorkomen. In 2014 was de incidentie van de beroepsziekten overspanning en burn-out respectievelijk 72 en 28 per 100.000 werknemersjaren (Kerncijfers Beroepsziekten 2015).[1] De update van de registratierichtlijn is opgesteld volgens het zesstappenplan van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Voor de update is een nieuwe literatuursearch verricht in Medline, Embase en PsycInfo vanaf 1 januari 2008 tot oktober 2014. Deze leverde uiteindelijk vijf nieuwe studies op. Samen met de artikelen van de originele richtlijn zijn nu 12 studies gebruikt uit 11 publicaties. Van alle psychosociale risicofactoren beschreven in de originele richtlijn is de relatie met overspanning/burn-out als beroepsziekte bevestigd. Ten opzichte van de originele richtlijn zijn er enkele veranderingen in de indeling naar risicofactoren. De factor 'sturingsmogelijkheden' is veranderd in 'beslissingsruimte' en uitgesplitst naar de factoren 'taakautonomie' en 'taakvariatie'. Er zijn geen nieuwe psychosociale risicofactoren toegevoegd omdat de literatuur hiertoe geen aanleiding gaf. In de update is de weging van één risicofactor veranderd: de factor 'hoge inspanning gepaard met lage beloning' is bij voldoende blootstelling op zich voldoende om de beroepsziekte overspanning/burn-out te kunnen veroorzaken. De andere genoemde factoren kunnen, net zoals in de oude richtlijn beschreven staat, alleen een bijdrage leveren aan het ontstaan. Om de bedrijfsarts op weg te helpen bij de beoordeling over wel/niet een beroepsziekte is een beslisregel gemaakt en is een tabel 'Hulpmiddel inschatting psychosociale risicofactoren' toegevoegd aan de richtlijn (tabel 3).

Tabel 1

Voorbeelden van oorzaken voor de beroepsziekte burn-out zoals in 2015 gemeld door bedrijfsartsen aan het NCvB

- Al lange tijd veel werk met steeds minder mensen. Daarbij geen steun ervaren van leidinggevende.
- Reorganisatie op het werk. Hoog werktempo gevraagd en weinig autonomie.
- Drie jaar geleden bezuinigingen op de afdeling. Sindsdien doet betrokkene werk voor drie fte. Betrokkene heeft een sleutelpositie en is vraagbaak.
- Langdurig blootgesteld aan hoge werkdruk met weinig regelmogelijkheden en veel wisselende werkplekken. Daarnaast is het werk geestelijk inspannend en vereist een sterke persoonlijke betrokkenheid.
- Betrokkene lijdt onder arrogante, denigrerende, discriminerende baas. Daarnaast is zijn loon te laag in verhouding met de collega's.

Drs. G. de Groene, dr. K. Nieuwenhuijsen, prof.dr. M. Frings-Dresen en dr. H. van der Molen zijn allen werkzaam bij Coronel Instituut/Nederlands Centrum voor Beroepsziekten/AMC Amsterdam.
Correspondentieadres: G.J.deGroene@amc.nl

Richtlijnen_Groene.indd 286 25-05-16 14:00

Casus beroepsziekte burn-out

Werknemer komt bij bedrijfsarts met zes weken ziekteverzuim. Hij heeft al een jaar spanningsklachten en komt sinds kort bij een psycholoog. Deze heeft de diagnose burn-out gesteld. Over zijn werk vertelt hij dat hij een hele leuke, uitdagende baan heeft en ook leuke collega's. Het enige waar hem de schoen wringt zijn de arbeidsvoorwaarden. Hij is enkele jaren geleden aangenomen in loondienst met uitzicht op toetreden tot het maatschapsverband. Hij doet hetzelfde werk als de maatschapsleden maar maakt veel meer uren en verdient aanmerkelijk minder. De beslissing tot zijn toetreding tot de maatschap is al tweemaal zonder motivering een jaar uitgesteld. Privé loopt alles naar wens.

De bedrijfsarts denkt aan een mogelijke beroepsziekte en volgt het zesstappenplan van het NCvB.

Stap 1. Aandoening: burn-out
Stap 2. Relatie met werk: mogelijk
Stap 3. Aard en niveau blootstelling, m.b.v. 'Hulpmiddel inschatting blootstelling':
  a. Hoge inspanning gepaard met lage beloning: 4
  b. Weinig sociale steun collega's: 1
  Totaal: 5
Stap 4. Privé gaat alles naar wens. Hij heeft nooit eerder psychische klachten gehad.
Stap 5. Bedrijfsarts besluit dat hier sprake is van een beroepsziekte en gaat over tot melding bij het NCvB.
Stap 6. Bedrijfsarts adviseert werknemer.

Registratierichtlijn overspanning/burn-out volgens het zesstappenplan van het NCvB

Stap 1. Vaststellen van de diagnose overspanning/burn-out

Voor de diagnostiek wordt verwezen naar de 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out (LESA)', herziening 2011[2], de 'Richtlijn: één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out, multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals', 2011[3] en de DSM-5.[4]

Stap 2. Vaststellen van de relatie met werk

Overspanning en burn-out worden veroorzaakt door een overmaat aan stressoren.

Indien deze stressoren zich in het werk bevinden, kan er sprake zijn van een beroepsziekte.

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

In totaal zijn acht psychosociale risicofactoren (a t/m h) onderscheiden die kunnen bijdragen aan het ontstaan van een beroepsziekte overspanning/burn-out (tabel 2). De duur, intensiteit en frequentie van de blootstelling in relatie tot de klachten is op basis van beschikbaar bewijs niet te kwantificeren. Onderzoek naar de tijd tussen de blootstelling en het ontstaan van de klachten bij overspanning werd niet gevonden. Aansluitend bij de klinische criteria van de DSM-5 voor de aanpassingsstoornis worden drie maanden tijd tussen blootstelling en ontstaan van de klachten bij overspanning als maximaal beschouwd.

De acht psychosociale risicofactoren zijn:

a. Hoge inspanning gepaard met lage beloning
   Werkkenmerken die een inspanning vereisen zijn: tijdsdruk, fysieke inspanning, taakinterrupties. Werkkenmerken met een belonend karakter hebben betrekking op: financiële beloning, waardering (respect en ondersteuning), baanzekerheid en ontwikkelingsmogelijkheden (promotiekansen, behoud van status).
b. Hoge psychologische taakeisen
   Onder psychologische taakeisen worden verstaan: stressoren zoals hoge tijdsdruk, hoog werktempo, moeilijk en geestelijk inspannend werk.
c. Weinig taakautonomie
   Onder taakautonomie wordt verstaan de controle die een werknemer heeft over zijn taken en/of het vermogen om de aanwezige stressoren te beïnvloeden.
d. Weinig sociale steun van collega's
e. Weinig sociale steun van leidinggevende
f. Procedurele onrechtvaardigheid binnen de organisatie
   Procedurele onrechtvaardigheid gaat over de processen in een organisatie: worden de formele procedures binnen een organisatie voor de besluitvorming rechtvaardig gevonden?
g. Relationele onrechtvaardigheid
   Relationele rechtvaardigheid gaat vooral over de relatie met leidinggevenden, bijvoorbeeld of deze onpartijdig is.
h. Hoge emotionele taakeisen (met name voor mannen)
   Onder emotionele taakeisen wordt verstaan: emotioneel zwaar werk of werk dat een sterke persoonlijke betrokkenheid vraagt.

Stap 4. Nagaan van andere mogelijkheden en de rol van de individuele gevoeligheid

Psychosociale factoren buiten het werk

Overspanning en burn-out worden voor een belangrijk deel bepaald door de stressgerelateerde component (de interactie met eisen, problemen en gebeurtenissen uit de omgeving). Deze interactie kan ook betrekking hebben op factoren buiten het werk. Een hulpmiddel om belastende gebeurtenissen uit het dagelijks leven in kaart te brengen is de Life Event Scale van Holmes en Rahe.[5]

Predisponerende factoren

Eerder doorgemaakte psychische aandoeningen, met name stemmings- en angststoornissen, kunnen de kans vergroten dat een werknemer overspanning ontwikkelt.

Richtlijnen_Groene.indd 287 25-05-16 14:00

Tabel 2
Meta-analyse psychosociale risicofactoren in het werk en het ontstaan van overspanning

Psychosociale risicofactoren in werk	Aantal deelnemers	Aantal studies	Effect: Odds Ratio (95% betrouwbaarheidsinterval)
a. Disbalans inspanning en beloning	61.199	4	2.00 (1.81-2.22)
b. Hoge psychologische taakeisen	25.836	6	1.49 (1.36-1.62)
c. Weinig taakautonomie	13.312	2	1.34 (1.20-1.49)
d. Weinig sociale steun van collega's	22.920	4	1.29 (1.17-1.41)
e. Weinig sociale steun van leidinggevende	23.382	5	1.27 (1.16-1.38)
f. Procedurele onrechtvaardigheid	53.923	4	1.78 (1.60-1.98)
g. Relationele onrechtvaardigheid	53.923	4	1.49 (1.34-1.65)
h. Hoge emotionele taakeisen	8.833	1	1.62 (1.36-1.93)

Tot op heden is er geen bewijs dat persoonlijkheidskenmerken het ontstaan van een overspanning volledig kunnen verklaren.

Individuele gevoeligheid dient meegewogen te worden in het oordeel van de bedrijfsarts bij vaststellen van de beroepsziekte. Echter, bij voldoende blootstelling in het werk en eerder goed functioneren in het werk van betrokkene wordt geadviseerd de overspanning wel als beroepsziekte te beschouwen.

Stap 5. Concluderen en melden

Het uiteindelijke oordeel of de overspanning/burn-out een beroepsziekte is, is het professioneel oordeel van de bedrijfsarts.

Er is sprake van een beroepsziekte als de overspanning of burn-out in overwegende mate is veroorzaakt door blootstelling aan belastende psychosociale factoren in het werk.

Is dit het geval dan dient de overspanning Cas-code P619 of burn-out Cas-code P611 als beroepsziekte te worden gemeld bij het NCvB.

Beslisregel
De volgende voorgestelde beslisregels zijn bedoeld om de oordeelsvorming te ondersteunen, niet om deze te vervangen.

Blootstelling aan alleen factor a » beroepsziekte indien hoge blootstelling in het werk en geen, lage of matige blootstelling aan psychosociale risicofactoren buiten het werk.

Blootstelling aan twee of meer factoren a t/m h » beroepsziekte indien matige tot hoge blootstelling in het werk en geen, lage of matige blootstelling aan psychosociale risicofactoren buiten het werk.

Voor de weging is de tabel 'Hulpmiddel Inschatting Psychosociale Risicofactoren in werk' aan de registratierichtlijn toegevoegd (tabel 3).

Stap 6. Preventieve maatregelen en interventies inzetten en evalueren

Ten aanzien van preventieve maatregelen zijn geen *evidence-based* adviezen te geven door het ontbreken van voldoende gecontroleerde onderzoeken. Voorbeelden uit de praktijk staan op de website van het Nederlands Focal Point van het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk: https://osha.europa.eu/fop/netherlands/nl/goodpractice/stress/stress.[6]

Ten aanzien van interventies bij werknemers die al overspannen zijn geeft de 'Richtlijn: één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out, multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals', 2011 aanbevelingen op basis van literatuuronderzoek.

De besproken registratierichtlijn overspanning/burn-out met het achtergronddocument zijn te vinden op www.beroepsziekten.nl/registratierichtlijnen.

Aandachtspunten

- Overspanning en burn-out als beroepsziekte.
- Psychosociale risicofactoren in werk veroorzaken overspanning en burn-out.

Beschouwing

Met de update van de registratierichtlijn overspanning/burn-out kan de bedrijfsarts zijn oordeelsvorming over beroepsziekte en mogelijke preventieve acties baseren op recente literatuur. Hoewel het onderwerp overspanning/burn-out als beroepsziekte volop in de belangstelling

Richtlijnen_Groene.indd 288 25-05-16 14:00

Tabel 3
Hulpmiddel voor het inschatten van de blootstelling aan psychosociale risicofactoren in het werk

WEGING: Bij een score van 4 of meer én de inschatting van geen, lage of matige blootstelling aan stressoren privé, is er sprake van een beroepsziekte overspanning/burn-out.

Psychosociale risicofactoren in werk		Score
a. Hoge inspanning gepaard met lage beloning	4 = Hoog 2 = Matig 0 = Laag/niet	
b. Hoge psychologische taakeisen	2 = Hoog 1 = Matig 0 = Laag/niet	
c. Weinig taakautonomie	2 = Hoog 1 = Matig 0 = Laag/niet	
d. Weinig sociale steun van collega's	2 = Hoog 1 = Matig 0 = Laag/niet	
e. Weinig sociale steun van leidinggevende	2 = Hoog 1 = Matig 0 = Laag/niet	
f. Procedurele onrechtvaardigheid	2 = Hoog 1 = Matig 0 = Laag/niet	
g. Relationele onrechtvaardigheid	2 = Hoog 1 = Matig 0 = Laag/niet	
h. Hoge emotionele taakeisen	2 = Hoog 1 = Matig 0 = Laag/niet	
TOTAAL		

staat, zijn er slechts 12 longitudinale studies gevonden die de relatie werkfactoren en overspanning/burn-out onderzochten. Een mogelijke verklaring voor de geringe aandacht voor deze relatie kan zijn dat de meeste landen een compensatieregeling voor beroepsziekten hanteren waarin psychische ziekten niet als beroepsziekten worden erkend.

Abstract

The registration directive 'stress related disorder/burn-out' of the Netherlands Centre for Occupational Diseases has been updated. Excessive exposure to occupational psychosocial risk factors at work can cause the occupational disease stress related disorder/burn-out. Excessive exposure to the factor associated with 'effort-reward imbalance' may be sufficient to cause this occupational disease, especially in men. The factors 'high psychological job demands', 'little job autonomy', 'little social support from colleagues and/or managers', 'procedural injustice in the organization', 'relational injustice in the organization' and 'high emotional demands' may contribute to the development of a stress related disorder.

Literatuur

1. Kerncijfers 2015. NCvB. http://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/ncvb_kerncijfers2015.pdf
2. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out (LESA). Herziening 2011. https://www.nhg.org/themas/publicaties/lesa-overspanning-en-burn-out
3. Richtlijn: één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voort eerstelijns professionals. 2011. https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burn-out.pdf
4. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. 2014. American Psychiatric Association, p/a/ Uitgeverij Boom, Amsterdam.
5. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, vol 11 (2):213-218
6. Nederlands Focal Point van het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk. https://osha.europa.eu/fop/netherlands/nl/goodpractice/stress/stress

Richtlijnen_Groene.indd 289 25-05-16 14:00

6th International FOHNEU Congress: arboverpleegkundigen bijeen

Wim Otto, André Weel

Van 16 tot en met 18 maart 2016 vond het zesde internationale FOHNEU-congres plaats in Rotterdam. FOHNEU staat voor *Federation of Occupational Health Nurses in the European Union*. In dit congresjaar viert de Nederlandse tak, V&VN Arbo, zijn 70ste verjaardag. Ongetwijfeld een goede aanleiding het FOHNEU-congres naar Nederland te halen.

Congrescentrum De Doelen bleek een prima locatie voor het internationale gezelschap. Er waren 214 inschrijvingen. Hoewel de opkomst ons als relatieve buitenstaanders niet erg groot leek, waren veel Europese landen vertegenwoordigd, met een goede inbreng van landen die we op onze eigen congressen (ICOH, EUMASS) minder vertegenwoordigd zien, zoals Griekenland en Turkije. Dat is te meer interessant omdat veel van het gepresenteerde onderzoek net zo relevant is voor bedrijfs- en verzekeringsartsen als voor arboverpleegkundigen. Het thema van het congres maakt dat nog eens extra duidelijk: 'New Occupational Health Horizons'.

Het congres werd geopend door de voorzitter van V&VN Arbo, Gerard Michorius. Hij verving de op het laatste moment verhinderde Jos de Lange met een presentatie over veiligheid en gezondheid op het werk. Daarbij gaat het niet alleen om het voorkomen van ongevallen – jaarlijks hebben zo'n drie miljoen werknemers in Europa daar mee te maken – maar vooral om het verhogen van het bewustzijn in dit opzicht. Demografische veranderingen, waaronder vergrijzing van de beroepsbevolking, stellen ons voor nieuwe uitdagingen. Als sleuteldoelstellingen kwamen naar voren: gezond werken vanaf het begin van de arbeidsloopbaan en preventie tijdens de gehele loopbaan (google maar eens met de term OSHwiki voor de Europese agenda).

Professor Panayota Sourtzi (Athene, met leerstoel arboverpleegkunde) hield een krachtig pleidooi voor harmonisatie van de opleidingen tot arboverpleegkundige in Europa. Al in 1996 werd het eerste *core curriculum* in Europees verband gepubliceerd. Het dient als raamwerk voor het ontwikkelen van gespecialieerde bovenbouwopleidingen. Op grond van onderzoek, literatuur en evaluatie werd in 2014 de derde versie van het *core curriculum* vastgesteld. Met een hierop gebaseerde opleiding zou de arboverpleegkundige op termijn overal in Europa terecht moeten kunnen.

Professor Carel Hulshof (Amsterdam) had zijn presentatie weliswaar verluchtigd met songteksten, maar de boodschap was er niet minder serieus om. Hij besprak de veranderingen die plaatsvinden rondom werk. Voor een deel hebben die veranderingen al plaatsgevonden, maar voor een deel zitten we er middenin en zullen we steeds meer met een permanente staat van verandering moeten leren leven. Op oudere leeftijd werken betekent: werken met (meer) gezondheidsproblemen. Meer werkers met chronische ziekten, hulpmiddelen (bijvoorbeeld een pacemaker) en medicatie. Hoe 'problematisch' is dat? Vaak niet, volgens Hulshof: er valt prima te leven en te werken met gezondheidsproblemen.

De belangrijkste verschuiving lijkt echter het steeds meer door elkaar lopen van werk en privé. Om dat proces zonder 'brokken' te laten verlopen is een verschuiving nodig van *occupational health* naar *worker's health*. De arbozorg mag zich niet beperken tot het werk en de directe werkomgeving, maar moet ook binnendringen in de privésfeer. Hulshof hield een krachtig pleidooi voor forse uitbreiding van het aantal arboverpleegkundigen. Met zo'n 250 loopt Nederland ver achter op andere Europese landen.

Als we in Nederland serieus werk willen maken van de redistributie van taken tussen professionals zullen er vele honderden arboverpleegkundigen bij moeten komen, zo hield Petra Jonker ons voor, mede aan de hand van cijfers uit andere Europese landen.

Marie-Noëlle Schmickler liet zien dat in België na herschikking van taken de werksatisfactie bij zowel arboverpleegkundigen als bedrijfsartsen was toegenomen.

Professor Ivan Robertson presenteerde zijn concept van PWB: *psychological wellbeing at work*. PWB betekent

Congersverslag_FOHNEU.indd 290 25-05-16 14:01

niet: vrij zijn van stress. Van belang in het werk is juist dat mensen uitdagingen hebben. Recent onderzoek heeft een positief effect aangetoond van PWB op cardiovasculaire gezondheid, op het metabolisme en op de werking van het immuunsysteem. Daarnaast blijkt PWB een significante invloed te hebben op het individuele gedrag, op de prestaties van de organisatie en de *attendance at work*.

Eén van de meest aansprekende presentaties was die van dr. Sofie Vandenbroeck: *Wellfie – your company's well being in a snapshot*. Een online-instrument om het werkvermogen van een bedrijf te scannen en te verbeteren. In TBV zullen we hieraan nog uitgebreid aandacht besteden.

De eerste dag werd besloten met een uitstekende uitleg van het werken met oordopjes. Bij een vlak dempingsprofiel kun je spraak beter verstaan bij omgevingslawaai, ondanks het afgenomen volume.

Ook op de tweede congresdag stonden preventie en duurzame inzetbaarheid centraal. Professor Alex Burdorf (Rotterdam) liet zien wat interventies toevoegen aan de *working life expectancy*. Dr. Jukka Takkala (voorheen ILO en EU-OSHA, nu WSH Institute Singapore, tevens *president of ICOH*), overspoelde ons met mondiale cijfers over beroepsziekten en arbeidsongevallen. Volgens een schatting van de ILO sterven er wereldwijd elk jaar 2.300.000 werkenden door een ongeval op het werk of een beroepsziekte. In de Europese Unie zijn in de jaren 2010 en 2011 192.200 arbeidsgerelateerde sterfgevallen geregistreerd. Daarbij levert de sterfte aan kanker de grootste bijdrage. Takkala's strategie is kort samengevat: *Change the group behavior*.

Er waren veel korte presentaties over preventieve projecten. Daarbij zagen we de arboverpleegkundige in de rol van onderzoeker van arbeidsrisico's, als voorlichter van werknemers over gezond en veilig werken, en als meedenker en teamgenoot bij het indammen van infectieziekten in het bedrijf. Gretel Schrijvers beschreef een actie tot indamming van een zich snel verspreidende scabiës-infectie in de Belgische voedingssector.

In een namiddagse parallelsessie beschreef professor Rob Gründemann (Utrecht) een zeer interessant vergelijkend onderzoek naar de rol van werkwaarden bij oudere laaggeschoolde werknemers. Werknemers moeten langer doorwerken. Dat lijkt moeilijker voor laagopgeleide werknemers. Zij steunen vooral op extrinsieke (buiten het werk gelegen) waarden. Met het klimmen der jaren worden intrinsieke waarden evenwel belangrijker. Laagopgeleide oudere werknemers blijken meer tevreden met hun werk en zijn beter in staat om te blijven werken naarmate (belangrijke) werkwaarden meer vervuld worden in hun werk. Het onderzoek is uitvoerig beschreven in Gedrag & Organisatie 2014; 2: 117-138.

Tijdens het congres waren twee geüniformeerde 'verpleegsters' compleet met kapje, druk bezig om de stemming erin te houden en zij slaagden daar wonderwel in. Zo werd een spreker die op de eerste congresdag onwel was geworden, en die op de tweede dag, net weer uit het ziekenhuis, tot elke prijs zijn presentatie wilde houden, door deze beide Florence Nightingales uitgebreid ondersteund en geknuffeld. Het publiek applaudisseerde uitbundig.
De slotsessie werd opgeluisterd met feestelijke muziek, waarbij de organisatoren, enkele nog aanwezige *keynote speakers* en een deel van het publiek zich swingend over het podium bewogen, begeleid door ritmisch geklap vanuit de zaal. Wat een contrast met de vaak saaie en stijve openings- en sluitingssessies bij 'onze' congressen!

Congersverslag_FOHNEU.indd 291 25-05-16 14:01

Oratie professor Sandra Brouwer

Passend werk in uitvoering

Bert Cornelius

Met het uitspreken van de rede 'Passend werk in uitvoering' aanvaardde prof. dr. Sandra Brouwer op 22 maart jl. het ambt van hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. In haar drukbezochte oratie, die zij uitsprak in de mooie aula van het Academiegebouw, richtte de kersverse professor zich op de kwetsbare positie van chronisch zieken en gehandicapten op de huidige arbeidsmarkt.

Binnen het Nederlandse systeem van sociale zekerheid is het accent verschoven van 'inkomensbescherming' naar een 'participatiemaatschappij': iedereen dient naar vermogen te werken. Duurzaam werken is voor bepaalde kwetsbare groepen mensen echter niet eenvoudig. Succes hangt af van de gevolgen van ziekte voor het functioneren, leeftijd, afstand tot de arbeidsmarkt en toegang tot arbodienstverlening. Tegen deze achtergrond benoemde Brouwer de volgende kwetsbare groepen:

- de oudere werknemers met een chronische ziekte die langer moeten doorwerken;
- jongeren met beperkingen door een chronische aandoening of handicap en zonder werkervaring;
- mensen met een chronische ziekte, al of niet met een WIA-uitkering, die geen werkgever en geen dienstverband hebben, maar wel arbeidsvermogen;
- de groeiende groep van zelfstandig ondernemers met een chronische ziekte zonder financieel vangnet en zonder toegang tot arbodienstverlening.

Knelpunten

De participatiegraad van deze kwetsbare mensen blijft sterk achter bij die van gezonden. Volgens Brouwer is dat enerzijds het gevolg van beperkt arbeidsvermogen en anderzijds van onvoldoende aanbod van passend werk op de huidige arbeidsmarkt. Of, zoals een collega-hoogleraar het tijdens de receptie na de oratie verwoordde: 'Help, ik heb een handicap: ik heb geen werk'.

Arbeidsvermogen

Duurzaam arbeidsvermogen moet volgens Brouwer veel meer worden beoordeeld vanuit een biopsychosociaal perspectief, waarin het niet alleen gaat om de gevolgen van ziekte, maar ook om persoonlijke en externe factoren. Dat vereist ander meetinstrumentarium. Een volgende vraag is of het arbeidsvermogen met therapie of interventie nog kan worden verbeterd. Om te voorkomen dat mensen onterecht arbeidsongeschikt blijven moeten in de curatieve zorg participatiedoelen een vaste plaats krijgen in behandeling en begeleiding en moeten professionals in de domeinen zorg en arbeid veel meer samenwerken. Brouwer stelt voor om de factor Arbeid als diagnosebehandelcombinatie op te nemen in het declaratiesysteem voor de curatieve zorg.

Passend werk

Vervolgens ging Brouwer in op de vraag hoe werk te scheppen is dat past bij het individuele arbeidsvermogen. Arbeidsdeelname van kwetsbare groepen vraagt om een individuele aanpak waarbij structurele banen moeten aansluiten op het arbeidsvermogen. Vooral werkgevers dienen hierin nieuwe posities in te nemen. Werk is nu nog meestal georganiseerd binnen een functiehuis. Dit systeem is erop gericht om een passende werknemer te zoeken bij een vast omschreven functie. In zo'n functiehuis zijn de mogelijkheden om de functie aan te passen aan het arbeidsvermogen van een sollicitant of medewerker vaak beperkt.

Onderzoek en onderwijs

Binnen haar leeropdracht wil Brouwer zich richten op het identificeren van determinanten en oorzaken van beperkte arbeidsparticipatie bij groepen met hoog risico, op het ontwikkelen van valide en betrouwbaar instrumentarium om arbeidsvermogen te meten, en op de duurzame effectiviteit van innovatieve (werk)interventies. Brouwer benadrukte in haar rede dat voor wetenschappelijk onderzoek naar arbeidsdeelname van kwetsbare groepen samenwerking tussen sociale geneeskunde en andere disciplines nodig is. Geneeskundestudenten moeten al vanaf het begin van de opleiding leren om niet alleen aandacht te hebben voor de behandeling en primaire preventie van de aandoening, maar ook voor de gevolgen van de ziekte voor werk.

Academisering

In haar oratie gaf Brouwer het belang aan van academische werkplaatsen, waarin wetenschap en praktijk elkaar

Congresverslag_Brouwer.indd 292 25-05-16 14:02

ontmoeten. Daarin kunnen relevante vragen uit de praktijk worden geïnventariseerd en vertaald in onderzoekbare vraagstellingen, data in het veld worden verzameld en de resultaten van onderzoek geïmplementeerd in de praktijk. Brouwer en collega's binnen haar afdeling werken al jaren intensief samen met UWV, arbodiensten, private verzekeraars en kenniscentra, zoals het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde, het Arbeidskundig Kenniscentrum en het Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde.

De professor sloot haar oratie af met het uitspreken van de hoop dat haar leerstoel ertoe bijdraagt dat kwetsbare mensen werk kunnen en blijven doen dat aansluit bij hun mogelijkheden en beperkingen. Met andere woorden: passend werk in uitvoering. Zij heeft gezegd!

Congresverslag_Brouwer.indd 293 25-05-16 14:02

NCvB Peilstation Intensief Melden: drie leerpunten

Bas Sorgdrager, Teus Brand

Ongeveer 200 praktiserende bedrijfsartsen (ruim 10% van totaal aantal bedrijfsartsen in Nederland) doet mee in het netwerk Peilstation Intensief Melden (PIM). Deze bedrijfsartsen gaan systematisch na of zich beroepsziekten voordoen in hun populatie. Wanneer zij een beroepsziekte vaststellen melden zij deze anoniem aan het NCvB. De meldingen vormen een belangrijke informatiebron om inzicht te krijgen in het optreden van beroepsziekten in Nederland.[1] Het mooie van PIM is bekendheid met de populatie waarin de beroepsziekten optreden: de epidemiologische noemer.[2] Zodoende ontstaat een beeld van de incidentie binnen de verzorgde populatie van de PIM-bedrijfsartsen. Als de populatie een goede afspiegeling is van de Nederlandse beroepsbevolking is een redelijke schatting te maken van de incidentie van beroepsziekten. Het overgrote deel van de meldingen betreffen psychische aandoeningen, aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat en gehoorschade.

Elk jaar kunnen de PIM-deelnemers een nascholing volgen waarin zij eigen casuïstiek voorleggen. Soms gaat het om een bijzondere casus, vaker gaat het om de vraag of het om een aandoening gaat, die vermeldenswaard is als beroepsziekte. De besproken casuïstiek levert veel leerpunten op voor de deelnemers. We presenteren hier een aantal leerpunten die we hebben opgepikt in de laatste PIM-bijeenkomst in Zwolle. Deze leerpunten lijken ons namelijk ook zinvol voor de lezers van TBV.

Casus

Mevrouw O is 55 jaar en al jaren slechthorend; ze heeft sinds een jaar of vijf ook last van tinnitus. Zij werkt 0,8 fte op hbo-niveau in een beleidsfunctie binnen een dienstverlenende sector. Ze is gescheiden en heeft twee studerende kinderen met wie het goed gaan. Mevrouw O heeft de laatste jaren prettig gewerkt in een functie, waarbij ze weinig hinder heeft ondervonden van haar verminderd gehoor. Daarbij heeft ze leuke collega's.

Met de slechthorendheid kon ze jaren goed omgaan. De tinnitus is dragelijk, ze merkt wel dat als het drukker wordt, of als ze meer gespannen is of vermoeid, de tinnitusklachten toenemen.

De bedrijfsarts heeft de afgelopen weken diverse collega's van mevrouw O op het spreekuur gehad met spanningsklachten als gevolg van een lopende reorganisatie. De reorganisatie leidt bij veel medewerkers tot boosheid en onbegrip. Ze ervaren wat we noemen 'procedurele onrechtvaardigheid'. Mevrouw O ziet de bedrijfsarts nu voor de derde keer. Zij heeft zich zes weken geleden ziek gemeld in verband toenemende klachten van oorsuizen. Ze wordt er gek van. Ze noemt de reorganisatie als aanleiding voor de toename van de klachten. Haar werkperspectief is zeer onzeker; ze maakt zich veel zorgen over het aangeboden werk waarop ze moet solliciteren. Dat werk vindt ze niet passend, ze moet dan veel te veel telefoneren en overleggen. De schijnbare willekeur waarop medewerkers kunnen blijven op hun oude functie of moeten solliciteren of afvloeien ervaart mevrouw O net als haar collega's als zeer onrechtvaardig.

De huisarts en behandelend psycholoog hebben de diagnose 'overspanning' genoteerd als oorzaak van de toegenomen tinnitusklachten. De bedrijfsarts schrijft in haar dossier 'aanpassingsstoornis (P619), werkgerelateerd'. De vraag voor de collega's in de PIM-workshop is of zij deze aandoening moet melden als beroepsziekte. De overwegingen gaan aan de hand van het zesstappenplan en de registratierichtlijn E002 (www.beroepsziekten.nl/registratierichtlijnen).

1. De diagnose overspanning is vastgesteld.
2. Relatie met arbeid: bij reorganisaties kunnen werkgerelateerde risicofactoren een overspanning veroorzaken zoals onvoldoende waardering en baanonzekerheid aan de ontwikkeling ervan bijdragen zoals verminderde sociale steun, procedurele en relationele onrechtvaardigheid.
3. Aard en mate van blootstelling: vooral het wegvallen van baanzekerheid en ervaren van onvoldoende sociale steun en procedurele en relationele onrechtvaardigheid zijn relevant.
4. Andere verklaringen: persoonlijke kwetsbaarheid in de vorm van slechthorendheid en tinnitus is gerelateerd aan de aanwezigheid van overspanning.
5. Conclusie: met in achtneming van de persoonlijke kwetsbaarheid is de aandoening vermeldenswaard als beroepsziekte.
6. Interventie en preventie: de psychologische interventie moet onder meer als doel hebben mevrouw O te leren omgaan met de huidige onzekerheid. Om vroegtijdig kwetsbare medewerkers ondersteuning te kunnen bieden moet systematisch Preventief Medisch Onderzoek (PMO) worden ingevoerd.

Beroepsziekten.indd 294 25-05-16 14:02

Vragen bij een aantal casuïstieken

De beschreven casus illustreert welke vragen leven bij de deelnemers aan de workshop.

1. Het onvermogen tot aanpassen aan de gevolgen van een reorganisatie waarbij werknemers procedurele onrechtvaardigheid ervaren.
   Wanneer is de vastgestelde aanpassingsstoornis in hoofdzaak veroorzaakt door de vastgestelde risicofactoren in het werk?
2. Werknemers met energieverlies door chronische aandoening ontwikkelen psychische klachten.
   Het is de persoonlijke kwetsbaarheid die heeft geleid tot de vastgestelde surmenage. Is het werk dan wel de oorzaak?
3. De oudere werknemer die overbelast raakt.
   Komt de vastgestelde overbelasting, fysiek en/of mentaal, in overwegende mate door het werk?

De overeenkomst in deze vragen is het gegeven dat werkgebonden klachten optreden bij een kwetsbaar deel van de arbeidspopulatie.

Leerpunten

1. Waar doen we het voor? Het signaleren van werkgebonden aandoeningen en melden van beroepsziekten dienen preventief beleid. Om dit doel van melden te benadrukken is stap 6 aan het vijfstappenplan voor het vaststellen van een beroepsziekte toegevoegd.[3] Het gaat om maatregelen in het bedrijf waarin de aandoeningen worden aangetroffen en het agenderen van maatregelen op brancheniveau en nationaal beleid. Deze visie bindt de deelnemers van PIM en deze zou voor alle bedrijfsartsen moeten gelden. Immers, *'Al het handelen van de bedrijfsarts is gericht op het voorkomen van beroepsziekten en beroepsgebonden aandoeningen, en op behoud van duurzame inzetbaarheid van de werknemer. Dit in het belang van die werknemer, de maatschappij waarin hij leeft, en de organisatie waaraan de bedrijfsarts adviseert.'* Aldus de eerste NVAB kernwaarde (zie www.nvab-online.nl/kernwaarden).
2. Herwaardering Preventief Medisch Onderzoek. Uitgangspunt voor een melding als beroepsziekte is de afweging: 'zou de aandoening ook zijn optreden als de werkende niet zou zijn blootgesteld aan de belastende arbeid of arbeidsomstandigheden?'. Een tegengeluid: 'een werkende met een bepaalde kwetsbaarheid zou in andere situaties ook een overbelastingsbeeld ontwikkelen'. Vele beroepsziekten zijn multicausaal. Meerdere factoren bepalen het optreden ervan. Vaak zijn het persoonsgebonden factoren zoals kwetsbaarheid door een chronische beperking.[4] Casuïstiek met deze afwegingen stond centraal in de PIM-bijeenkomst te Zwolle. PMO richten op kwetsbare medewerkers in relatie met hoge taakeisen staat nauwelijks meer op de agenda van bedrijfsartsen.
3. Blootstelling aan chemische stoffen wel of geen probleem? We constateren dat er steeds minder casus zijn waarbij blootstelling aan chemische stoffen de veroorzaker is. Zijn ze er niet meer, herkennen we het niet meer of zoeken we er onvoldoende naar? Het pleidooi in TBV 5 om PAGO chemische stoffen weer op de agenda te zetten komt op een goed moment nu onlangs weer mogelijk effecten van blootstelling aan chemische stoffen in de media verschijnen.[5] Vroege opsporing kan leiden tot oplossingen in de meer preventieve zin.

Literatuur

1. NCvB, Beroepsziekten in cijfers 2014. www.beroepsziekten.nl/publicaties.
2. Smits PB. Een nieuw NCvB Peilstation Intensief Melden. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2008; 16: 366.
3. Boschman JS, Brand T, Frings-Dresen M, Molen HF van der. Signaleren, melden en preventie van beroepsziekten: het zes-stappenplan voor bedrijfsartsen. Rapport NCvB, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, 2014.
4. Sorgdrager B. Beroepsziekten door slechthorendheid. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2011; 19: 137-138.
5. Brekelmans F. Jaarlijks enkele duizenden doden door blootstelling aan gevaarlijke stoffen op het werk: Hoogste tijd voor PAGO gevaarlijke stoffen! Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2016; 24: 197-198.

Beroepsziekten.indd 295 25-05-16 14:02

Kwaliteitsbureau
NVAB
Postbus 2113
3500 GC Utrecht
(030) 2040620
nvab@nvab-online.nl
www.nvab-online.nl

Bedrijfsgeneeskundige dagen

Wanneer dit TBV verschijnt, zijn de BG-dagen 2016 alweer achter de rug. In het volgende TBV kunt u een terugblik lezen. Het thema dit jaar was Leve(n) lang werken! Bekende sprekers presenteerden hun visie en ook werd het thema vanuit internationaal perspectief belicht door sprekers uit Duitsland, België en Frankrijk.

App voor Richtlijn Ischemische hartziekten

Op de BG-dagen is de app voor de richtlijn ischemische hartziekten gepresenteerd. Op de website kunt u lezen hoe u de app kunt downloaden. Hij is geschikt voor gebruik op Android- en Apple-toestellen en voor gebruik op de computer. Met deze app kunnen bedrijfsartsen alle stappen van de richtlijn doorlopen. De conclusies en adviezen kunnen in een pdf-document worden omgezet, zodat de gegevens in het bedrijfsgeneeskundig dossier geplaatst kunnen worden. De NVAB nodigt iedereen uit om de app te gebruiken en reacties te delen in de LinkedIn-groep van de NVAB of via nvab@nvab-online.nl.

Kwartiermaker

Minister Asscher van Sociale Zaken heeft de heer drs. M.P. van Gastel als kwartiermaker aangesteld. De heer van Gastel zal de komende maanden met alle partijen in gesprek gaan om te achterhalen wat er nodig is om weer voldoende instroom te krijgen in de opleiding tot bedrijfsarts.
Al een aantal jaren is de instroom in de opleiding van bedrijfsartsen te laag om de verwachte uitstroom door pensionering te kunnen opvangen. De kwartiermaker zal uiterlijk in oktober aan de minister rapporteren.

Internetconsultatie multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek

Drie jaar geleden verscheen de multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek van de KNMG. De NVAB heeft meegewerkt aan deze richtlijn, die is bedoeld voor aanbieders en uitvoerders van preventief medisch onderzoek. De KNMG wil onderzoeken of de richtlijn in zijn huidige vorm voldoet. U kunt uw mening over deze richtlijn geven via een webformulier.
De richtlijn sluit aan bij de roep uit het veld, waaronder NHG en NVAB, om kwaliteitseisen te stellen aan het toenemende aanbod van preventief medisch onderzoek. Dit was destijds een van de redenen voor het ontwikkelen van het PreventieConsult. Het PreventieConsult Cardiometabool Risico wordt genoemd als één van de voorbeelden die voldoen aan de criteria van 'gerichte opsporing, waarbij het nut van het onderzoek opweegt tegen de mogelijke fysieke en psychische nadelen.'
De KNMG wil onderzoeken of de in 2013 uitgebrachte multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek in zijn huidige vorm voldoet. Hiervoor is uw mening nodig. Wij nodigen u daarom uit om op de richtlijn te reageren door zes vragen te beantwoorden via een webformulier dat u kunt vinden via de link https://fd8.formdesk.com/knmgopleidingregistratie/consultatie-pmo. U kunt reageren tot 15 juni 2016.

Achtergrondinformatie

Preventief medisch onderzoek (PMO) is medisch onderzoek bij een persoon die geen concrete gezondheidsklacht of indicatie voor een gezondheidsrisico of -probleem heeft.

Eisen aan aanbieders en uitvoerders van PMO

De multidisciplinaire richtlijn Preventief Medisch Onderzoek van de KNMG is bedoeld voor aanbieders en uitvoerders van preventief medisch onderzoek. De kern van de richtlijn luidt als volgt:

- Het moet duidelijk zijn welke ziekte of risicofactoren het onderzoek probeert op te sporen.
- Het moet duidelijk zijn voor wie het onderzoek is bedoeld (doelgroep).
- De voordelen van het onderzoek moeten groter zijn dan de mogelijke lichamelijke en psychische nadelen.
- De aanbieder en/of uitvoerder heeft afspraken met erkende zorgaanbieders over het doorverwijzen van mensen voor verder onderzoek.
- Patiënten die niet tot de doelgroep horen of te hoge medische risico's lopen, moeten van de arts/aanbieder het advies krijgen om geen onderzoek te doen/laten doen.
- De aanbieder onderhoudt een kwaliteitssysteem voor de werkomgeving, materiaal, hulpmiddelen en apparatuur.

Workers Memorial Day

28 april was het Workers Memorial Day. Deze dag werd 20 jaar geleden door de Verenigde Naties uitgeroepen tot gedenkdag voor de werkenden die als gevolg van hun werk om het leven zijn gekomen. Jurriaan Penders schreef hierover een column in Medisch Contact. Hij meldde dat er in Nederland jaarlijks 3.000 mensen overlijden als gevolg van hun werk. En dat dat aantal niet minder wordt. "We hebben het dus in ons land over acht doden door het werk, iedere dag. Een getal om stil van te worden, en bij stil bij te staan."
Hij pleit voor een goede risico-inventarisatie als basis voor ziektepreventie en de bevordering van duurzame inzetbaarheid. Grote zorg is dat dit een investering is voor de lange termijn, terwijl de arbeidsmarkt steeds flexibeler wordt en daarmee meer op de korte termijn gericht is. U kunt de column lezen via de website van de NVAB.

Marjolein Bastiaanssen, projectleider NVAB

Agenda

2 november	Algemene ledenvergadering

Van de verenigingen.indd 296 25-05-16 14:03

Secretariaatsbureau NVVG
Domus Medica
Postbus 24095
3502 MB Utrecht

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

Voorjaarsledenvergadering

Op 7 april jl. vond in Houten de redelijk bezochte voorjaarsledenvergadering plaats. Naast veel bekende en trouwe bezoekers van de vergaderingen van onze vereniging waren er ook diverse jongere leden. Het was de eerste vergadering die werd voorgezeten door onze nieuwe voorzitter, Rob Kok.

In de vergadering werd afscheid genomen van twee bestuursleden. Jeroen van Roessel heeft de afgelopen jaren als penningmeester gewaakt over de financiën van de vereniging. Hij laat de vereniging rijk achter. Jeroen kon niet nalaten te zeggen dat een deel van het opgebouwde vermogen beschikbaar is voor projecten of onderzoeken ten behoeve van ons mooie vak. Met graagte onderschrijf ik zijn oproep. Met warme woorden werd Jeroen voor zijn inzet bedankt door onze directeur. Desiree Wierper werd voor haar kritische en scherpe bijdrage aan de bestuursvergaderingen bedankt door bestuurslid Deha Erdogan. In verband met drukke werkzaamheden moet Desiree, eerder dan ze eigenlijk wilde, stoppen met het bestuurswerk.

Tijdens de vergadering werd door leden van de diverse commissies (als: Wetenschap, Opleiding, Wet- en regelgeving) verslag gedaan van de ontwikkelingen. Het toonde aan dat de vereniging levendig is en dat er veel werk wordt gedaan door betrokken leden.

In zijn persoonlijke praatje belichtte de voorzitter een recent SER-advies over aan het werk komen en blijven met een chronische ziekte. Het advies is opgesteld zonder inbreng van onze beroepsgroep. Hierop ontspon zich een levendige discussie met als slotconclusie dat het past om de hand in eigen boezem te steken en nog harder te werken aan het profileren van ons werk in het algemeen en de vereniging in het bijzonder.

Het wetenschappelijke deel van de vergadering betrof een lezing die handelde over data in vrije brede zin. Aspecten van het elektronisch patiëntendossier kwamen aan bod, maar ook het gebruik van data in een meer algemene zin. 'Bezint eer gij begint' heb ik ervan onthouden, maar ook dat met een op orde zijnde beveiliging vrijwel alle gevaar af te wenden valt.

Bestuurswisselingen

Zoals hiervoor al aangegeven heeft het bestuur afscheid genomen van twee leden, Jeroen van Roessel en Desiree Wierper. Hun plaatsen worden ingenomen door Peter Blok en ondergetekende, Hans de Brouwer. Peter Blok heeft de functie van penningmeester op zich genomen. Maud Boiten kon de functie van secretaris niet verenigen met haar overige bezigheden en heeft deze daarom overgedragen. Met de laatste wisselingen is het bestuur in korte tijd voor een groot deel vernieuwd. Het nu zittende bestuur is een aardige afspiegeling van het huidige werkveld van de verzekeringsarts. Een aantal van ons werken in de publieke sector, een aantal in de private. Het betreft dan zowel werkzaamheden aan de kant van de verzekeraar, als aan de kant van het slachtoffer. Sommigen werken in loondienstverband, anderen als zelfstandige. Daarmee is nog eens onderstreept dat NVVG een vereniging is voor alle verzekeringsartsen. Mijn eerste bestuursvergadering is inmiddels achter de rug en gaf vertrouwen voor de toekomst.

Herbeoordelingen

Het zal niemand ontgaan zijn dat UWV de opdracht heeft op korte termijn een groot aantal herbeoordelingen uit te voeren. UWV heeft er voor (moeten) kiezen om deze beoordelingen te laten uitvoeren door relatief onervaren artsen. Het bestuur heeft hierover zijn zorgen kenbaar gemaakt bij UWV. Dit heeft geleid tot een uitvoerige reactie van de zijde van UWV waarin ingaan wordt op de opleiding en begeleiding van de nieuw geworven artsen en de kwaliteitsborging van de beoordelingen die zij gaan uitvoeren. Het bestuur zal de ontwikkelingen kritisch blijven volgen en bij alarmerende signalen opnieuw met UWV hierover in overleg gaan.

Hans de Brouwer, secretaris

Agenda

9-11 juni	EUMASS Congres, Ljubljana
13 oktober	NVVG najaarsledenvergadering

Van de verenigingen.indd 297 25-05-16 14:03

instructies voor de auteur

Inzenden kopij
Lever uw kopij aan via www.editorialmanager.com/tvbv/. 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, titulatuur en correspondentieadres, alsmede de titel, tabellen, figuren en literatuurlijst. Lever bij een artikel voor de rubriek Onderzoek, Opinie of Voor de Praktijk twee tot maximaal vijf aandachtspunten aan en minimaal drie trefwoorden.

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

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

Overige rubrieken
De maximum-omvang van artikelen in de overige rubrieken is als volgt: Standpunt.tbv 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 aanbieding van het artikel te worden vermeld. De auteur dient te verklaren wie het onderzoek en/of de publicatie heeft gefinancierd. Bij gesubsidieerd onderzoek dient de auteur een verklaring af te leggen over de onafhankelijkheid van de auteurs bij het onderzoek, de analyse en het schrijven van het artikel. De criteria die de TBV-redactie hanteert om de ingezonden kopij voor de diverse rubrieken te beoordelen zijn uitvoerig beschreven in het Handboek TBV, laatste editie november 2013. Hier vindt u ook een hoofdstuk over taalgebruik, stijl en spelling. Auteurs kunnen het Handboek TBV *online* raadplegen via www. tbv-online.nl.

tbv
Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

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

Redactie
A.N.H. (André) Weel (Yellow Factory, Leusden) (hoofdredacteur) / W.C. (Wim) Otto (UWV Amsterdam) (plv. hoofdredacteur) / B. (Bas) Sorgdrager (NCvB, UMCG) (plv. hoofdredacteur) / K. (Karin) van Wordragen (BSL) (eindredacteur) / J. (José) Huijden (BSL) (redactiesecretaris) / J.H.(Jurjen) Breedijk (Diatriba Vinkeveen) / C.A.W.M. (Kees) Hertog (MaetisArdyn, Arnhem) / F.H.W. (Frank) Jungbauer (Rijksuniversiteit Groningen) /F.H.G. (Frans) Marcelissen (Digipsy Leende) / K. (Katrien) Mortelmans (KaMoCo Antwerpen)

Vaste medewerkers
R.J. (Rolf) Blijleven / I.F.D. (Ingeborg) van den Bold (Bold filosofische praktijk)/ L.R. (Bert) Cornelius (KCVG/UMCG Groningen) / C.P.J. (Cees) Everaert (Arbo Unie Arnhem) / S. (Simon) Knepper, Laren / J.-W. (Jan-Willem) Koten / R.G.P.M. (Rulanda) van Kruysbergen (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) / 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 (WVV Leuven) / D. (Deha) Erdogan (NVVG, Utrecht) / M. (Murat) Gök (NVVG Utrecht) / S. (Simon) Knepper (GAV) / (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. (Kees) 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: adverteren@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.

Abonnementsprijs: (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.

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

www.bsl.nl

© 2016, Bohn Stafleu van Loghum

Bohn Stafleu van Loghum

mvw media voor vak & wetenschap

ISSN 0929-600X

Colofon.indd 298 25-05-16 14:05

5e editie

Differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde
Handboek & Compendium in één set

ISBN: 9789036809443

Onder redactie van:
Dr. J.W.F. Elte,
Dr. D. Overbosch,
Prof. dr. R.O.B. Gans,
Dr. M.O. van Aken

€ 75,00

DIFFERENTIËLE DIAGNOSTIEK IN DE INTERNE GENEESKUNDE

Voor het stellen van een juiste diagnose is een goede differentiële diagnose gebaseerd op anamnestische gegevens en bevindingen bij lichamelijk onderzoek essentieel. Daarbij is een consequente en systematische benadering noodzakelijk. Dit boek heeft zich vanaf de eerste druk, nu twintig jaar geleden, bewezen als een waardevol hulpmiddel bij dit proces.

In deze herziene editie komen opnieuw alle aspecten van de interne geneeskunde aan bod. Veel hoofdstukken zijn herschreven door nieuwe auteurs. Nieuw is dat aan de lever een apart hoofdstuk is gewijd; hetzelfde geldt voor somatisch onverklaarde klachten. Zoveel als mogelijk is gebruik gemaakt van recente richtlijnen en standaarden.

- **Handzaam en bruikbaar tijdens zaal- en polibezoeken. Snel opzoeken en in duidelijke taal geschreven**
- **Complete set: Handboek en Compendium in pocketformaat**
- **Klachten en verschijnselen worden op een bijzonder leesbare wijze besproken, waarbij via vele tabellen en diagrammen op overzichtelijke wijze een compleet overzicht van alle mogelijke oorzaken wordt gegeven**

Bohn Stafleu van Loghum

Snel en eenvoudig bestellen? Ga naar www.bsl.nl/differentielediagnostiek

14e 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 klopten 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

TBV Congres.indd 300 25-05-16 13:42