

Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekerings- geneeskunde





Dit advies is een product is van de Kwaliteitstafel
Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.
Eindredactie: Ravestein & Zwart
Vormgeving: AKIMOTO
Druk: 29 September 2020



Inhoud

Samenstelling van de werkgroep	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	6
2. Methode	8
3. Resultaten	13
4. Implementatie & organisatie	28
5. Literatuur	32
6. Bijlagen	39
Bijlage 1 - Lijst met afkortingen	39
Bijlage 2 - Deelnemers kwaliteitstafel	40
Bijlage 3 - Overige belanghebbenden	41
Bijlage 4 - Richtlijnen	43
Bijlage 5 - Resultaat kennisvragen prioriteringsbijeenkomst	45
Bijlage 6 - Wetenschappelijke activiteiten	47
Bijlage 7 - Goedkeuringsbrief patiëntenfederatie	55

Samenstelling van de werkgroep

Prof. dr. Sylvia van der Burg – Vermeulen (voorzitter),
verzekeringsarts, Amsterdam UMC en NSPOH

Drs. Heike Jansen (projectleider), verzekeringsarts
(startte als AIOS), Arbodienst AMC

Drs. Arnold Schriemer, bedrijfsarts, Arbo Unie, UMCG

Dr. Birgit Donker – Cools, adviseur verzekeringsarts,
Amsterdam UMC, KCVG en UWV

Prof. dr. Frederieke Schaafsma, bedrijfsarts, Amsterdam
UMC, Afdeling Public & Occupational Health

Drs. Irma Kluijt, verzekeringsarts, a.s.r.

Drs. Lianne Schouten, bedrijfsarts (startte als AIOS),
Radboudumc

Drs. Marloes Mazliah - de Vries, verzekeringsarts
(startte als AIOS), UWV

Drs. Peter Coffeng, bedrijfsarts, Richting, Edufit

Met ondersteuning van:

MSc. Dieuwke Leereveld, Senior Adviseur,
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Joke Selhorst, secretaresse en beleidsmedewerker NVVG

Samenvatting

Inleiding

Op 1 mei 2019 is de ontwikkeling van de Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde in gang gezet. Het doel van deze agenda is het verbeteren van en richting geven aan kennis- en kwaliteitsontwikkeling van de bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening. Met daaraan verbonden het vinden van oplossingen voor problemen in de dagelijkse praktijk. Dit moet leiden tot een kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke arbeidsgerichte zorg. Structurele kennis- en kwaliteitsontwikkeling dragen daarnaast positief bij aan het imago en de aantrekkelijkheid van het vak van bedrijfs- en verzekeringsarts.

Deze kennisagenda beschrijft de belangrijkste kennisvragen binnen het vakgebied van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Tevens geeft het een plan van aanpak over hoe openstaande vragen door middel van toekomstig wetenschappelijk onderzoek zijn in te vullen.

Methode

De kennisvragen zijn via drie methoden geïdentificeerd:

- 1 een digitale enquête onder de beroepsgroep.
- 2 een digitale enquête onder overige belanghebbenden.
- 3 een search naar kennisvragen in richtlijnen.

Uiteindelijk werden 2276 kennisvragen opgehaald, waarvan de werkgroep er 128 selecteerde voor de prioriteringsbijeenkomst. Van de top 40 die daar werd samengesteld, zijn uiteindelijk 12 kennisvragen in de kennisagenda opgenomen.

Resultaten

Dit zijn deze 12 geprioriteerde kennisvragen:

- Wat is de effectiviteit van interventies op duurzame inzetbaarheid bij oudere werkenden?
- Wat zijn voorspellende factoren (bijvoorbeeld ploegendienst, eerdere depressieve episode, roken) voor het optreden van (recidief) arbeidsongeschiktheid door psychische klachten of aandoeningen?
- Wat zijn effectieve en praktische tools om voor veelvoorkomende ziekte-overstijgende symptomen de invloed op het functioneren van werkenden in kaart te brengen?
- Wat zijn effectieve leefstijlinterventies voor werkbehoud en duurzame inzetbaarheid

bij werkenden met en zonder chronische aandoeningen?

- Welke factoren zijn van invloed op arbeidsparticipatie onder zzp'ers met een chronische aandoening?
- Welke interventies zijn zinvol bij werkenden met chronische vermoeidheid ten aanzien van hun functioneren en/of arbeidsparticipatie?
- Wat is de toegevoegde waarde van pijneducatie als eerste behandelstap bij chronische pijn en het effect op het beloop van de klachten en functioneren in werk?
- Wat is het effect/de effectiviteit van werkbehoud op het verloop van chronische aandoeningen met een intermitterend beloop (onder andere PDS, MS, migraine)?
- Is het gericht samenwerken tussen de behandelaars (zoals huisarts, medisch specialist, psycholoog, paramedici) en bedrijfsarts/verzekeringsarts bij gezondheidsproblemen (kosten-)effectiever op arbeidsparticipatie dan usual care?
- Wat is de invloed van maatschappelijke beleidsontwikkelingen op de gezondheid en arbeidsparticipatie van (kwetsbare) werkenden?
- Welke behandeling voor burn-out en overspanning is effectief?
- Wat zijn de prognostische factoren voor de duur tot herstel en terugkeer naar werk bij mensen met overspanning/burn-out?

zich uit voor een gedeelde financiering vanuit de ministeries SZW en VWS en private partijen op het terrein van arbeid en gezondheid.

Vervolg

De geprioriteerde kennisvragen moeten worden uitgewerkt tot onderzoeksvoorstellen. Het is belangrijk om hierbij gebruik te maken van (reeds bestaande) academische werkplaatsen die de aansluiting tussen onderzoek en praktijk waarborgen en de implementatie bevorderen.

De werkgroep adviseert om een Commissie Kennisagenda in te stellen die de kennis- en kwaliteitsontwikkeling binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde gaat vormgeven en besturen. Daarnaast acht de werkgroep het noodzakelijk dat er structurele financiering komt die de uitwerking én de voortzetting van de kennisagenda mogelijk maakt. Tot slot is het nodig om het maatschappelijk belang van kwalitatief hoogstaande zorg voor arbeid en gezondheid te benadrukken in nieuw in te richten subsidieprogramma's. De werkgroep spreekt

1. Inleiding

1.1 Wat vooraf ging

De zorg in Nederland staat steeds meer in dienst van het bevorderen van gezondheid en het zo lang en zo goed mogelijk functioneren van mensen. Arbeidsparticipatie is daarbij een belangrijke determinant van gezondheid. Naast het belang van blijven functioneren voor ons welzijn, moeten we als Nederlanders ook langer doorgaan met werken. De arbeidsproductiviteit moet bovendien omhoog. Maatschappelijk gezien raken we meer en meer bedrevingen van het belang van gezonde werkenden. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen leveren hierin een wezenlijke bijdrage. Dat doen ze als sociaal geneeskundig specialist op het gebied van gezondheid, preventie en participatie. Doordat ze zich richten op de maatschappij én op het individu in wisselwerking met zijn of haar omgeving, zorgen ze voor het behoud van arbeidsparticipatie en voor duurzame inzetbaarheid van werkenden. Om kwalitatief hoogwaardige arbeidsgerichte zorg te leveren, zijn twee voorwaarden van toepassing: een continue ontwikkeling van kennis en kwaliteit op het domein arbeid en gezondheid én een goed toegankelijke en ondersteunende kennisinfrastructuur. Dit is de afgelopen jaren al herhaaldelijk benadrukt in adviezen en rapporten van de Sociaal-Economische Raad (SER) en van ZonMw [1-4]. Het rapport van kwartiermaker van Gastel, op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SWZ) in 2017 [5] laat eenzelfde geluid horen. Van Gastel pleit voor het met elkaar werken aan een gezamenlijke agenda voor de noodzakelijke kennis- en kwaliteitsontwikkeling voor het domein arbeid en gezondheid. Er moet een aanpak komen voor het structureel inrichten en verbeteren van kennisontwikkeling, kwaliteitsborging en een kennisinfrastructuur op het gebied van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde.

1.2 Kwaliteitstafel Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

Uit het rapport van Van Gastel kwam in juni 2018 de Kwaliteitstafel Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde voort. Hieraan namen belangrijke stakeholders uit het domein arbeid en gezondheid deel [6]. Eén van de projecten van deze kwaliteitstafel is het ontwikkelen van een kennisagenda voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, om zo richting te geven aan de gewenste en benodigde kennisontwikkeling.

1.3 Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

Op 1 mei 2019 is het project Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde gestart om kennisvragen in kaart te brengen. Kennisvragen zijn door een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing onopgeloste vraagstukken in de alledaagse praktijk van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. In deze kennisagenda staan de belangrijkste kennisvragen beschreven, plus een plan van aanpak over hoe deze met wetenschappelijk onderzoek zijn in te vullen. Dit is een gezamenlijk project van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV).

1.4 Belang en doel

De twee specialismen bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde delen, met elk hun eigen rol en deskundigheid, het kennisgebied arbeid en gezondheid. De gecombineerde kennisagenda draagt bij aan hun gemeenschappelijk doel: een betere arbeidsgerichte zorg voor alle werkenden en werkzoekenden in Nederland.

Dat is nodig. Er is namelijk sprake van een achterstand op het gebied van kennisontwikkeling binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Deze achterstand ondermijnt het belang dat de Nederlandse beroepsbevolking heeft bij kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke arbeidsgerichte zorg. Belangrijke doelen van deze zorg zijn het verbeteren en bevorderen van de gezondheid van werkenden, en zorgen dat mensen met een arbeidsrelevante aandoening of verminderd arbeidsvermogen mee blijven doen.

Het doel van de Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde is dan ook de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening te versterken, berustend op wetenschappelijk bewijs. Structurele kennis- en kwaliteitsontwikkeling dragen daarnaast positief bij aan het imago en de aantrekkelijkheid van het vak van bedrijfs- en verzekeringsarts. Bij de ontwikkeling van deze kennisagenda zijn zoveel mogelijk belanghebbende partijen betrokken. Zo ontstaat een breed ondersteunde kennisagenda die draagkracht genereert voor de (toekomstige) financiering van de benodigde kennis- en kwaliteitsontwikkeling.

1.5 Doelgroep en beoogde gebruikers

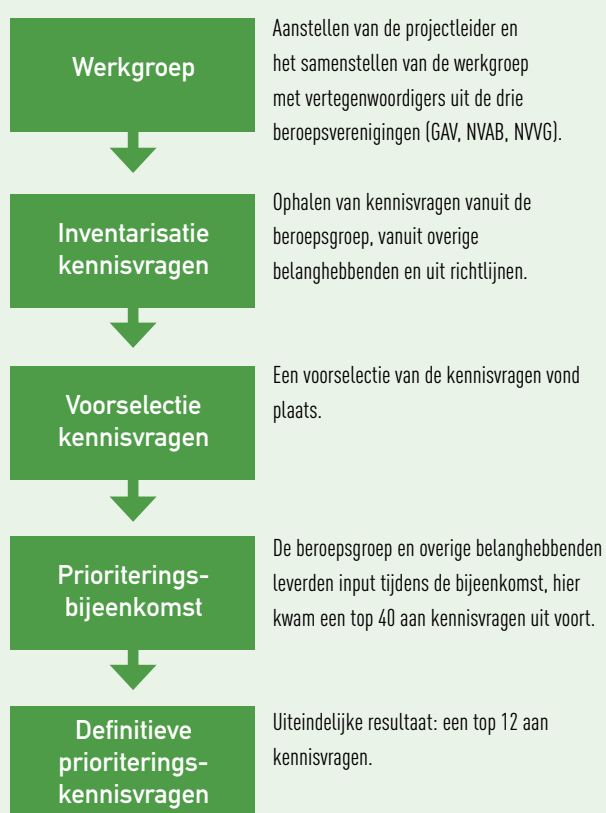
De doelgroep van de kennisagenda bestaat uit bedrijfs- en verzekeringsartsen, onderzoekers en onderzoeksgroepen die actief zijn op het terrein van arbeid en gezondheid. De kennisagenda is openbaar en voor iedereen beschikbaar.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de methode die is toegepast. De resultaten van het project worden beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 geeft aan hoe deze kennisagenda een vervolg gaat krijgen. In hoofdstuk 5 en 6 vindt u respectievelijk de literatuur en de bijlagen.

2. Methode

Voor het ontwikkelen van de kennisagenda is gebruik gemaakt van de systematiek van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten [7][8].



2.1 Werkgroep

Heike Jansen is met instemming van de GAV, de NVAB en de NVVG aangesteld als projectleider. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers vanuit de praktijk en de wetenschap, op voordracht van de drie wetenschappelijke beroepsverenigingen. Rekening houdend met de verschillende ledenaantallen bestaat de werkgroep uit acht leden: vier namens de NVAB, drie namens de NVVG en één namens de GAV. Voorzitter van de werkgroep is prof. dr. Sylvia van der Burg-Vermeulen. Dieuwke Leereveld, senior adviseur van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, ondersteunt de werkgroep.

2.2 Inventarisatie kennisvragen

Om tot een top 10 tot 15 aan kennisvragen te komen voor de kennisagenda, zijn via verschillende routes kennisvragen verzameld. Als eerste vond er een inventarisatie plaats van kennisvragen uit de beroepsgroepen van bedrijfs- en verzekeringsartsen, en uit de groep van overige belanghebbenden. Die laatste groep is zo breed mogelijk benaderd. Tot slot zijn er ook uit de (multidisciplinaire) richtlijnen nog kennisvragen gedestilleerd.

2.2.1 Inventarisatie kennisvragen binnen de beroepsgroep van bedrijfs- en verzekeringsartsen

Via een digitale enquête zijn de 2522 leden van de beroepsverenigingen (NVAB 1500, NVVG 802, GAV 220) gevraagd naar hun kennisvragen. Het verzoek was om per persoon maximaal vijf kennisvragen te formuleren als een met onderzoek te beantwoorden vraag, vergezeld van een korte motivatie. De digitale enquête is uitgezet in augustus 2019, de leden konden tot twee maanden later reageren.

2.2.2 Inventarisatie kennisvragen onder overige belanghebbenden

De deelnemers aan de kwaliteitstafel (bijlage 2) zijn eveneens om hun input gevraagd. Daarnaast heeft de werkgroep een inventarisatie van de overige belanghebbenden (bijlage 3) gemaakt en hen aangeschreven. Ook zij konden gedurende twee maanden via een digitale enquête per persoon maximaal vijf vragen aanleveren in de vorm van een onderzoeksvraag met een korte toelichting.

2. Methode

2.2.3 Inventarisatie kennisvragen uit richtlijnen (bijlage 4)

Als laatste zijn nog uit de richtlijnen en protocollen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen en uit overige relevante (multidisciplinaire) richtlijnen kennisvragen gedestilleerd. Voorwaarde was wel dat, conform de systematiek van het Kennisinstituut, richtlijnen (eventueel met achtergronddocumenten) waarbij de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs en de sterkte van aanbevelingen niet (inzichtelijk) waren beschreven, hierin niet zijn meegenomen. Uit de andere richtlijnen zijn de voor bedrijfs- en verzekeringsartsen belangrijke conclusies (onder andere over arbeid en gezondheid, prognose, preventie, behandeling, etiologie en risico's) geselecteerd. De conclusies die een laag evidence niveau (GRADE 'low' en 'very low', niveau C en D, EBRO Level 3 en 4) hadden, zijn aangemerkt als kennisvraag en geherformuleerd tot een met onderzoek te beantwoorden vraag.

2.2.3.1 Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Verzekeringsgeneeskundige protocollen zijn documenten die het professionele verzekeringsgeneeskundig handelen ondersteunen. Ze zijn gebaseerd op beschikbare multidisciplinaire, curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en consensus van deskundigen.

Deze protocollen beperken zich tot een deel van de verzekeringsgeneeskunde. Namelijk dat deel dat – in de context van de Nederlandse wetgeving – voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving door arbeidsongeschiktheid. Andere werkterreinen, zoals bijvoorbeeld de begeleidende 'arborol' die verzekeringsartsen vervullen voor zieke uitzendkrachten en zieke werklozen, worden in de protocollen niet expliciet behandeld. De kennis die in de protocollen en de bijbehorende toelichtingen is opgenomen, is in deze andere verzekeringsgeneeskundige functies echter eveneens toepasbaar [9]. Dit met de aantekening dat gedetailleerde handelingsvoorschriften ontbreken en het eveneens ontbreekt aan eenduidige relaties tussen specifieke onderzoeksbevindingen en de aan- of afwezigheid van bepaalde functionele beperkingen. De verzekeringsgeneeskundige protocollen zijn allen gebaseerd op niet-systematisch samengevatte literatuur en good practice [10]. Over het algemeen komt in de protocollen geen beschrijving van evidence niveaus (zoals hierboven beschreven) voor.

Wel zijn voor een aantal protocollen kennisupdates beschikbaar die wel gebruik maken van evidence niveaus. Voor de kennisagenda zijn deze kennisupdates beoordeeld op het aanwezig zijn van eventuele kennisvragen. Voor de overige protocollen is bekeken of het kennisonderwerp onderdeel was van één van de geselecteerde (multidisciplinaire) richtlijnen. Waar dit niet het geval was, is voor het betreffende kennisonderwerp een vervangende richtlijn gezocht van aangrenzende medische disciplines.

2.2.3.2 GAV-richtlijnen

De werkgroep ontving de beschikbare richtlijnen van de GAV ter beoordeling van eventuele kennisvragen. Van één richtlijn was de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs en de sterkte van aanbevelingen beschreven (Beoordeling van risico's op arbeidsongeschiktheid in verband met psychische klachten of aandoeningen). Uit deze richtlijn werden vervolgens kennisvragen gedestilleerd.

2.2.3.3 NVAB-richtlijnen

De NVAB-richtlijnen behandelen een bepaalde aandoening, een probleem of een risicofactor. Ze spreken duidelijk uit wat adequaat handelen is. Een deel hiervan is gericht op het handelen van de bedrijfsarts bij de begeleiding van werkenden. Het doel van elk van deze richtlijnen is het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg, en tegelijkertijd het beschermen en bevorderen van de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van werkenden [10].

Ten tijde van de selectie van richtlijnen werd een aantal NVAB-richtlijnen geüpdate en was een aantal nieuwe richtlijnen in ontwikkeling. De werkgroep mocht, na overleg met de NVAB, de conceptversies van deze richtlijnen inzien om zo de daarin beschreven evidence te kunnen screenen op eventuele kennisvragen. Dat lukte niet voor de NVAB-richtlijn 'rugklachten'. De werkgroep heeft deze update niet op tijd ontvangen en zodoende niet beoordeeld op aanwezige kennisvragen.

2.2.4 Geïdentificeerde kennisvragen

In totaal zijn 2276 kennisvragen geïnventariseerd. Alle kennisvragen zijn als eerste in thema's ingedeeld. Hiervoor werden de CanMeds-competenties als raamwerk gebruikt [11]. Dit enerzijds omdat de aangeleverde kennisvragen

hiertoe uitnodigden, en anderzijds omdat deze CanMeds-competenties universeel zijn en voor zowel bedrijfs- als verzekeringsartsen gelden.

Alleen de CanMeds-competenties die in de kennisvragen naar voren kwamen, zijn als thema aangemerkt. Vanwege de grootte van bepaalde thema's heeft de werkgroep een onderverdeling in subthema's gemaakt. Dit leidde tot de volgende indeling:

- I *Medisch handelen*
 - a. Preventie
 - b. Etiologie
 - Risicofactoren
 - Causaliteit
 - c. Diagnostiek
 - Beoordelen belastbaarheid
 - d. Interventie
 - Verzuimbegeleiding
 - Curatief
 - Functioneel
 - e. Prognose
- II *Samenwerking*
 - Bedrijfsarts - verzekeringsarts
 - Arbocuratieve samenwerking
- III *Maatschappelijk handelen*
- IV *Organisatie van arbeidsgerichte zorg*
- V *Professionaliteit*
 - Clïënt/patiënt georiënteerd
- VI *Overig*

2.2.5 Voorselectie kennisvragen

Voorafgaand aan de prioriteringsbijeenkomst heeft de werkgroep uit de grote hoeveelheid kennisvragen een voorselectie gemaakt. Bij deze voorselectie zijn de kennisvragen conform de systematiek van het Kennisinstituut beoordeeld. De volgende stappen zijn doorlopen:

- verwijderen van alle dubbelingen in kennisvragen;
- uitsluiten van kennisvragen die geen betrekking hebben op het vakgebied;
- uitsluiten van vragen die over een implementatieprobleem gaan;
- uitsluiten van vragen die niet te onderzoeken zijn;
- uitsluiten van vragen waar al onderzoek naar loopt of waarover al kennis beschikbaar is.

Voor de overgebleven kennisvragen werd het belang ervan bepaald door te beoordelen:

- hoe vaak een probleem in de praktijk voorkomt;
- wat de ernst van het probleem is;
- of het beantwoorden van de kennisvraag een oplossing biedt voor de dagelijkse praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Kennisvragen die op alle drie criteria hoog scoorden werden als meest belangrijk gezien.

De aangeleverde kennisvragen vanuit de beroepsgroep en vanuit de patiëntenvertegenwoordigers werden als relevant voor de praktijk beschouwd.

Het was wel mogelijk dat deze aangeleverde kennisvragen in de voorselectie alsnog afvielen omdat ze onder een van de uitsluitingscriteria vielen.

Kennisvragen die sterk op elkaar leken, werden waar mogelijk, tot één vraag geherformuleerd.

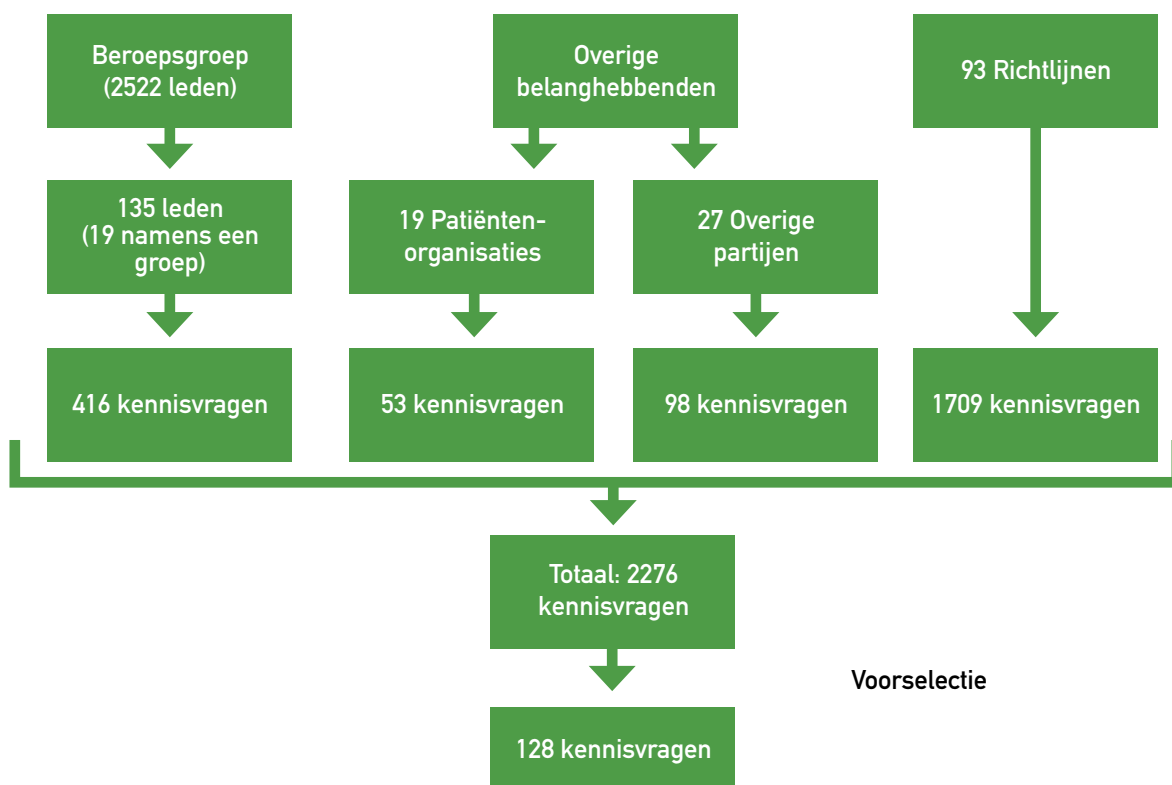
Voor de voorselectie werden de kennisvragen verdeeld onder de werkgroepleden. Hiervoor werden duo's gevormd tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen. Dit zorgde voor een zo goed mogelijke beoordeling van een kennisvraag, waardoor zoveel mogelijk consensus werd geborgd.

Uiteindelijk zijn 128 kennisvragen meegenomen naar de prioriteringsbijeenkomst. In tabel 1 is de herkomst van deze kennisvragen weergegeven.

Herkomst van de vraag	Aantal
Richtlijn	49
Beroepsgroep	31
Overige belanghebbenden (patiëntenorganisaties)	28 (19)
Beroepsgroep + richtlijn	7
Patiëntenorganisaties + richtlijn	5
Overige belanghebbenden + richtlijn	3
Beroepsgroep + patiëntenorganisaties	2
Beroepsgroep + overige belanghebbenden	2
Beroepsgroep + overige belanghebbenden + richtlijn	1

Tabel 1. Herkomst van de 128 kennisvragen

2. Methode



Figuur 1. Proces van inventarisatie kennisvragen

2.3 Prioritering kennisvragen en opstellen van de kennisagenda

2.3.1 Prioriteringsbijeenkomst

Om tot een top 10 tot 15 van kennisvragen voor de kennisagenda te komen, vond op 5 februari 2020 een prioriteringsbijeenkomst plaats. Leden van de GAV, NVAB en de NVVG, deelnemers van de Kwaliteitstafel Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, patiëntenvertegenwoordigers en overige belanghebbenden waren uitgenodigd om een top 40 van belangrijkste kennisvragen te selecteren. In totaal waren, exclusief de leden van de werkgroep, 72 deelnemers aanwezig: 32 namens de beroepsgroepen, 20 namens de patiëntenorganisaties en 20 namens de overige belanghebbenden.

De prioriteringsbijeenkomst bestond uit drie rondes. In de eerste twee rondes werden de deelnemers verdeeld over 8 groepen. Per groep werden één of twee thema's (zie 2.2.4) met bijbehorende kennisvragen besproken. Bij de verdeling werd geprobeerd om in elke groep vertegenwoordigers vanuit zowel de GAV, NVAB als NVVG te plaatsen. Ten aanzien van de overige belanghebbenden (waaronder ook de patiën-

tenvertegenwoordigers) werd geprobeerd om hen in één van de twee rondes te plaatsen bij een groep die aansloot bij het eigen expertisegebied.

In de eerste ronde startten de acht groepen met elk 16-18 kennisvragen, waaruit de tien belangrijkste vragen werden gekozen. In de tweede ronde werd de samenstelling van de groepen gewijzigd en mochten er per groep nog vijf vragen overblijven. Zo nodig werden vragen samengevoegd en/of de formulering aangepast of aangescherpt. Bij unanieme instemming van de groep was het mogelijk om de prioritering van de eerste ronde zo nodig nog te wijzigen. De prioritering vond in beide rondes plaats op basis van relevantie, urgentie, impact op het vakgebied/maatschappij, implementeerbaarheid en aansluiting bij patiënteninbreng.

In de derde ronde werden de overgebleven 40 meest belangrijke kennisvragen plenair gepresenteerd (bijlage 5). Vervolgens konden de deelnemers met stickers aangeven welke kennisvragen voor hen het belangrijkste waren. Hiervoor kreeg elke deelnemer vijf stickers. Bedrijfs- en verzekeringsartsen, patiëntenvertegenwoordigers en overige belanghebbenden kregen ieder een eigen kleur sticker, zodat

achteraf duidelijk zou zijn welke kennisvragen door welke groep belangrijk werden gevonden. Ook de werkgroepleden hebben individueel als lid van de beroepsgroep hun stem uitgebracht.

2.3.2 Methodiek definitieve prioritering kennisvragen

Om de haalbaarheid van de kennisagenda te kunnen borgen is door de werkgroep besloten om de 15 kennisvragen met de meeste stemmen uit de prioriteringsbijeenkomst verder uit te werken. De kennisvragen die het hoogst geprioriteerd waren, kwamen grotendeels overeen met de kennisvragen met de meeste stemmen vanuit de patiëntenvertegenwoordigers. Verdere uitwerking van deze 15 kennisvragen vond plaats door waar nodig de vraagstelling aan te passen naar een ziekte-overstijgende kennisvraag. Dit om te vermijden dat de kennisagenda alleen over een specifieke ziekte of aandoening zou gaan. Ook werd geïnventariseerd of er al onderzoek naar de betreffende vraag gaande was en werd aanvullend literatuuronderzoek gedaan. Indien er reeds onderzoek gaande was of de kennisvraag reeds beantwoord bleek, verdween de vraag van de kennisagenda. Tot slot bleken een aantal vragen dicht bij elkaar te liggen. De werkgroep besloot om deze vragen samen te voegen, waardoor uiteindelijk 12 geprioriteerde kennisvragen verder zijn uitgewerkt voor deze kennisagenda.

3 Resultaten

3.1 Top 12 kennisvragen

In willekeurige volgorde (een aantal thema's, zoals beschreven bij 2.2.4, komt hierbij niet meer naar voren omdat bepaalde vragen bij de voorselectie/prioriteringsbijeenkomst zijn vervallen):

I Medisch handelen a Preventie

Wat is de effectiviteit van interventies op duurzame inzetbaarheid bij oudere werkenden?

Vraag 29 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 10 stemmen: 7x beroepsgroep, 3x overige belanghebbenden. Nederland vergrijst. De meeste werkenden in Nederland zijn inmiddels 50 jaar of ouder. Vooral het aantal werkende 55- tot 65-jarigen en 65-plussers stijgt de laatste jaren sterk [12]. Omdat de pensioengerechtigde leeftijd naar 67 jaar schuift in 2024, blijft deze trend zich doorzetten. Door de vergrijzing, de verhoging van de pensioenleeftijd en de hoge prevalentie van chronische gezondheidsproblemen onder ouderen is duurzame inzetbaarheid van oudere werkenden een maatschappelijk breed gedragen doel.

Het gaat niet alleen om willen en kunnen doorwerken tot de verwachte hogere pensioenleeftijd, maar zeker ook om dit zo vitaal en productief mogelijk te doen.

In de huidige praktijk is de inzetbaarheid van oudere werkenden lang niet altijd optimaal. Zo'n 40% van de werkenden boven de 45 jaar ervaart knelpunten door het ouder worden. Van deze groep werkenden heeft 60% daardoor moeilijkheden in het werk. Meer dan één op de drie oudere werkenden heeft behoefte aan ondersteuning om het werk de komende jaren te kunnen blijven uitvoeren [13].

Bij duurzame inzetbaarheid van oudere werkenden spelen variabelen een rol op het niveau van de werkende, van het werk en van de werkomgeving [14-15]. Dit betekent dat het bij interventierichtingen moet gaan om:

- een verbeterde aansluiting tussen aanwezige en gevraagde fysieke en psychische capaciteiten;
- een verbeterde aansluiting tussen aanwezige en gevraagde kennis en vaardigheden;
- een verbeterde vervulling van werkwaarden door het werk [16].

Werkenden in de leeftijd van 45 tot 65 jaar noemen het vaakst een kortere werkweek als voorwaarde om

langer te willen en kunnen doorwerken. Daarnaast ziet deze groep fysiek en/of psychisch lichter werk als een tweede belangrijke voorwaarde [17]. Er is tot nu toe te weinig bekend over de effectiviteit van maatregelen en interventies ter bevordering van het functioneren op de werkvloer van oudere werkenden. Datzelfde geldt voor inzicht in welke interventies voorkomen dat ouderen het arbeidsproces verlaten. Meer onderzoek is daarom hard nodig.

b Etiologie

Wat zijn voorspellende factoren (bijvoorbeeld ploegendienst, eerdere depressieve episode, roken) voor het optreden van (recidief) arbeidsongeschiktheid door psychische klachten of aandoeningen?

Vraag 10 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 15 stemmen: 12x beroepsgroep, 2x overige belanghebbenden, 1x patiëntenvertegenwoordigers.

Deze vraag is van belang vanwege preventieve aspecten in het bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige werkveld. Daarnaast helpt deze vraag de private verzekeringsgeneeskunde bij het goed inschatten van het risico op arbeidsongeschiktheid bij een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

In 2017 is een GAV-richtlijn uitgebracht voor medisch adviseurs en verzekeringsartsen, als hulp voor de beoordeling van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering [18]. Deze richtlijn biedt medisch adviseurs en verzekeringsartsen de mogelijkheid de beoordeling van het risico op arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk te objectiveren.

Deze richtlijn geeft de mate van bewijs aan voor verschillende voorspellende factoren op arbeidsongeschiktheid vanwege psychische klachten of aandoeningen. Van een groot aantal factoren is het bewijs echter beperkt. Bovendien is er weinig literatuuronderzoek beschikbaar met betrekking tot risicofactoren voor zelfstandigen.

Verder onderzoek is noodzakelijk voor betere voorspellingen, om zo werkenden, inclusief zzp'ers, met psychische klachten beter te kunnen begeleiden of beschermen. En om de objectiviteit van de beoordeling voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering te optimaliseren.

c Diagnostiek

Wat zijn effectieve en praktische tools om voor veelvoorkomende ziekte-overstijgende symptomen de invloed

op het functioneren van werkenden in kaart te brengen?

Combinatie van vraag 36, 37 en 38 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 58 stemmen: 26x beroepsgroep, 6x overige belanghebbenden, 26x patiëntenvertegenwoordigers.

In Nederland heeft 32% van de beroepsbevolking een chronische ziekte [19]. Denk bijvoorbeeld aan psychische stoornissen, aandoeningen van het bewegingsapparaat of het zenuwstelsel, hart- en vaatziekten en kanker. Deze chronische ziekten en de daaraan gerelateerde behandelingen veroorzaken vaak ziekte-overstijgende klachten zoals pijn, vermoeidheid, cognitieve problemen of een combinatie daarvan [20]. Klachten passen mogelijk bij de ziekte en zijn behandelingen, maar het komt ook voor dat er geen duidelijke somatische verklaring voor is [21]. Deze klachten kunnen het werk van de betrokkenen belemmeren [22-25].

De bedrijfs- en de verzekeringsarts moeten beoordelen of de klachten en de ervaren belemmeringen van betrokkenen leiden tot ongeschiktheid voor respectievelijk eigen of aangepast werk, of voor gangbare arbeid [26]. Zij voeren hiervoor gesprekken met hun cliënt, verrichten lichamelijk en psychisch onderzoek en vragen de medische gegevens via de behandelend specialist op [27], al dan niet aangevuld met door betrokkene zelf ingevulde vragenlijsten [28-29]. Op basis van deze informatie stellen bedrijfs- en verzekeringsartsen de belastbaarheid vast. De verzekeringsarts moet zich daarbij bijvoorbeeld houden aan de standaard 'Duurbelastbaarheid in Arbeid'. Die vermeldt dat "duurbelastbaarheid beperkt kan zijn door een stoornis in de energiehouding" [30]. Hij of zij bepaalt of, en zo ja, hoe lang en hoe vaak herstelperioden in gangbare arbeid zijn vereist.

En daar wringt de schoen: er is nauwelijks evidence voorhanden om met de voorliggende gegevens de vertaalslag te maken naar belastbaarheid en het duiden van de noodzaak voor herstelperioden [31]. Vermoeidheid is één van de meest voorkomende symptomen bij mensen met oncologische aandoeningen [32], hartziekten [33-34] of niet-aangeboren hersenletsel (NAH) [35]. Maar vermoeidheid komt eveneens voor bij COPD [36], OSAS [37], burn-out [38-39], de ziekte van Lyme [40], HIV-infectie [41], QVS [42], CVS en SOLK.

Verder hebben mensen met deze aandoeningen regelmatig last van cognitieve klachten. Die kunnen

3. Resultaten

samenhangen met aanwezige mentale problematiek, maar ook met vermoeidheid en slaapproblemen [43-44].

Deze subjectieve, ziekte-overstijgende klachten zijn mogelijk aanleiding om een cognitieve stoornis te objectiveren door een neuropsychologisch onderzoek (NPO), maar er is net zo min evidence voorhanden om de bevindingen van een NPO te vertalen naar functionele mogelijkheden. Inmiddels is wel uit onderzoek gebleken dat niet alleen ziekte-gerelateerde aspecten, maar ook persoonlijke, psychosociale en werk-gerelateerde aspecten mogelijk van invloed zijn op het functioneren in het werk [45-47]. Het is echter niet bekend hoe deze aspecten zijn mee te nemen bij de beoordeling van en de advisering over de functionele- en re-integratiemogelijkheden.

Het is aangetoond dat er een ruime interdoktervariatie bestaat als het gaat om het vaststellen van de functionele mogelijkheden bij subjectieve ziekte-overstijgende klachten, bijvoorbeeld ten aanzien van de duurbelastbaarheid [48]. Deze onwenselijke situatie geeft eens te meer aan dat aanvullend wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk is naar tools die de beoordeling en advisering ten aanzien van het functioneren in werk door bedrijfs- en verzekeringsartsen kunnen ondersteunen [31].

d Interventie

Wat zijn effectieve leefstijlinterventies voor werkbehoud en duurzame inzetbaarheid bij werkenden met en zonder chronische aandoeningen?

Combinatie van vraag 18 en 30 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 46 stemmen: 24x beroepsgroep, 6x overige belanghebbenden, 16x patiëntenvertegenwoordigers. In Nederland groeit de aandacht voor leefstijlgeneskunde. Voor de bedrijfsgeneeskunde is preventieve aandacht voor behoud en verbetering van de gezondheid niet nieuw. Binnen de door bedrijfsartsen aangeboden Preventieve Medische Onderzoeken (PMO's) is dit een bekend onderwerp. Deze onderzoeken geven aandacht aan diverse leefstijlaspecten, vaak aangeduid met de term BRAVO (Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning) [49]. Dat aandacht voor leefstijl van belang is, blijkt bijvoorbeeld uit de stijging van overgewicht en obesitas. In 1990 had één op de drie volwassen Nederlanders (35,1%) matig of ernstig overgewicht. In 2017 gold dat al voor bijna de helft van alle

volwassenen (48,8%). Het percentage mensen met ernstig overgewicht (obesitas) is in dezelfde periode verdubbeld, van 6,2 naar 13,9% [50]. Naarmate de body mass index (BMI) of buikomvang toeneemt, stijgt het risico op ziekten [51].

Voorbeelden van aan overgewicht en obesitas gerelateerde ziekten zijn diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten [51], aandoeningen van de ademhalingswegen, zoals astma, en aandoeningen van het bewegingsstelsel, zoals chronische rugpijn en artrose [51-52]. Ernstig overgewicht (obesitas) hangt samen met angststoornissen en depressies [53].

Waarschijnlijk zorgt de door overheidsmaatregelen verhoogde pensioenleeftijd (67 jaar in 2024) ervoor dat een nog groter aandeel werkenden door chronische leefstijlgerelateerde aandoeningen te maken krijgt met belemmeringen in hun werkfunctioneren. Of zelfs met een voortijdig einde van hun loopbaan. Dat vergroot de directe kosten van de gezondheidszorg, maar ook de secundaire kosten door arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim [54]. Mensen met overgewicht hebben een verhoogde kans op vroege arbeidsongeschiktheid. Voor mensen met obesitas is dit risico nog hoger [55].

De werksetting, waar werkenden een belangrijk deel van hun tijd doorbrengen, kan een waardevolle omgeving zijn om leefstijlinterventies uit te voeren. Recent onderzoek geeft meer zicht op daarbij in te zetten effectieve interventies [56], die bijvoorbeeld gericht zijn op preventie van diabetes mellitus type 2 bij werkenden in ploegendienst [57]. Bedrijfsarts Kouwenhoven ontwikkelde een veelbelovende interventie, waarbij werknemers met overgewicht een zogenaamd 'blended' levensstijlprogramma volgden dat e-health, online games en persoonlijke coaching combineerde [58]. Een aandachtspunt bij de verdere ontwikkeling van dit type interventie is een gepersonaliseerde aanpak [59].

Algemene en aan de betreffende aandoeningen verbonden gezondheidsparameters kunnen bij onderzoek naar leefstijlinterventies dienen als uitkomstmaten. Bij diverse Nederlandse randomized controlled trials waarin leefstijlinterventies in de werkomgeving werden geëvalueerd, werd geen daling van ziekteverzuim gevonden [60-65]. In plaats daarvan kan bij studies met een langere follow-up periode duurzame inzetbaarheid als lange termijn uitkomstmaat worden gehanteerd. In Nederland ontwikkelden Van der Klink et al. daarvoor het capa-

bilitymodel [66]. Dat model en andere invalshoeken zouden benut kunnen worden voor de verdere operationalisering van het maatschappelijk relevante begrip duurzame inzetbaarheid. Om deze lange termijnstudies te realiseren is het nodig om grote cohorten werkenden langdurig te volgen. Daarnaast zijn hiervoor databestanden van arbodienstverleners te gebruiken.

Welke factoren zijn van invloed op de arbeidsparticipatie onder zzp'ers met een chronische aandoening?

Vraag 25 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 15 stemmen: 6x beroepsgroep, 3x overige belanghebbenden, 6x patiëntenvertegenwoordigers.

Eind 2019 waren er in Nederland, mede door de flexibilisering van de arbeidsmarkt, ruim 1 miljoen werkenden met een hoofdbaan als zelfstandige zonder personeel/zzp'er [67]. In Nederland heeft 32% van de mensen in de werkende leeftijd een gediagnosticeerde chronische ziekte [68]. Dit is te vertalen naar circa 300.000 'zzp'ers met een gediagnosticeerde chronische aandoening.

Het aandeel van tijdelijke - of flexwerkers (vangnetters) in de WIA is de afgelopen jaren, door de verdere flexibilisering van de arbeidsmarkt, relatief sterk gestegen tot 55%. Het toont aan dat groepen met slechte gezondheidscondities in meer flexibele arbeidscontracten zijn beland. Bij een deel van de zzp'ers, dat laaggeschoold is met een lage sociaal-economische positie (SEP) en een chronische aandoening heeft, zal dezelfde problematiek spelen. In de richtlijn chronisch zieken en werk zijn ziektespecifieke en -overstijgende factoren ingedeeld aan de hand van het ICF-model (ICF= 'International Classification of Functioning'). Positieve werkgerelateerde externe factoren in dit model zijn: het passend kunnen maken van werk, het verrichten van bureauwerkzaamheden, steun en begrip, werkplekaanpassingen en flexibele werktijden. Fysiek zwaar werk, weinig regelmogelijkheden en onvoldoende steun en begrip zijn negatieve factoren. In het achtergronddocument van de richtlijn chronisch zieken en werk komt het onderwerp zelfstandig ondernemerschap aan bod. Hierin wordt onder andere gerefereerd aan de Zelfstandige Enquête Arbeidsomstandigheden (ZEA) van TNO, die aangeeft dat ongeveer een derde van de zelfstandigen een langdurige ziekte/aandoening of handicap heeft. De enquête toont dat zzp'ers een actiever en

vrij bestaan hebben, waardoor ze gezonder zijn. Anderzijds komt hierin naar voren dat hier sprake is van een selectie-effect (mensen met een goede gezondheid kiezen eerder voor zelfstandig ondernemerschap) en dat zzp'ers juist meer stress ervaren door een hogere werkdruk ten opzichte van werknemers.

Wat betreft belemmeringen in het werk vertonen zelfstandigen nagenoeg dezelfde kenmerken als werknemers. Hierbij is het aantal mensen met een lichte of ernstige belemmering wel iets groter.

Een grote Engelse longitudinale studie naar veroudering, "English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)", vergeleek oudere werknemers met oudere zelfstandig werkenden. Het blijkt dat na het diagnosticeren van een chronische ziekte het verbeteren van de werkgebonden factoren zoals autonomie, taakeisen en werktijden beperkt blijft tot de zelfstandig werkenden. Het advies is dan ook om ook bij werknemers met een chronische ziekte de werk(omstandigheden) aan te passen om arbeidsongeschiktheid op oudere leeftijd te voorkomen [69].

In Noorwegen is onderzoek gedaan naar de re-integratie van zelfstandig werkenden, die genezen zijn van kanker. Deze groep blijkt juist meer problemen te hebben bij de re-integratie in werk dan werknemers. De lagere sociale ondersteuning en een geringer gebruik (kunnen) maken van het juridische en sociale vangnet, lijken dit te veroorzaken. Het advies is om zelfstandig werkenden met kanker goed te informeren over de werkgerelateerde uitdagingen bij re-integratie. Een tweede advies omvat het tijdig hulp zoeken bij maatschappelijk werk, zodat deze groep zijn rechten beter leert te benutten [70]. Deze eerste literatuurresearch leverde dus geen goed antwoord op de bovenstaande vraag op. Er is dus nader onderzoek nodig.

Welke interventies zijn zinvol bij werkenden met chronische vermoeidheid ten aanzien van hun functioneren en/of arbeidsparticipatie?

Vraag 23 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 14 stemmen: 7x beroepsgroep, 1x overige belanghebbenden, 6x patiëntenvertegenwoordigers.

Vermoeidheid is een veelvoorkomend verschijnsel onder werkenden [71]. Chronische vermoeidheid kan bij een breed scala aan aandoeningen optreden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het chronisch vermoeidheidssyndroom, vermoeidheid bij niet-aan-

3. Resultaten

geboren hersenletsels, bij chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld reuma, longproblematiek en harten vaatziekten en vermoeidheid na oncologische behandelingen. Chronische vermoeidheid kan van invloed zijn op het sociaal en beroepsmatig functioneren. Verzuim door chronische vermoeidheid kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven en heeft economische consequenties [72].

Er zijn verschillende onderzoeken die zich richten op aan specifieke aandoeningen gerelateerde vermoeidheid. Van behandeling na kanker is bijvoorbeeld bekend dat een lagere mate van vermoeidheid een voorspellende factor is voor eerdere terugkeer naar werk [73]. Het verminderen van vermoeidheid is daarmee een belangrijke factor die de terugkeer naar werk bevordert [73].

Er zijn studies die zich richten op preventie van vermoeidheid. Dat geldt bijvoorbeeld voor een mindfulnessbehandeling tijdens chemotherapie, waarbij terugkeer in werk een van de secundaire uitkomstmaten is [74]. Er is ook een studie gedaan waarbij een multidisciplinair revalidatieprogramma tijdens chemotherapie lijkt te leiden tot terugkeer in werk en verminderde vermoeidheid [75].

Ten aanzien van het chronisch vermoeidheidssyndroom werden 'graded exercise therapy' en cognitieve gedragstherapie beschouwd als gangbare behandeling. Echter, het bewijs voor effectiviteit van deze behandelingen is beperkt, ook ten aanzien van arbeidsparticipatie [76-78].

Voor mensen met chronische vermoeidheid, ongeacht hun onderliggende aandoening, is een onderzoek verricht naar de effectiviteit van een multidisciplinaire behandeling. Die behandeling is gericht op het verbeteren van fysiek en mentaal functioneren, en het bevorderen van arbeidsparticipatie [72]. Uitgangspunt is het biopsychosociaal model, als verklaring van chronische vermoeidheid. Dit onderzoek laat zien dat de betreffende behandeling mogelijk zinvol is. Het gaat hier echter niet om 'hard' bewijs. Voor deze vraag is dus eveneens meer onderzoek noodzakelijk.

Wat is de toegevoegde waarde van pijneducatie als eerste behandelstap bij chronische pijn en het effect op het beloop van de klachten en functioneren in werk?

Vraag 17 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 12 stemmen: 4x beroepsgroep, 3x overige belanghebbenden, 5x patiëntenvertegenwoordigers.

Eén op de vijf volwassen Europeanen lijdt aan chronische pijn. Daarmee is het een veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Chronische pijn veroorzaakt een hoge zorgconsumptie en een groot verlies aan arbeidscapaciteit. Een deel van de mensen met chronische pijn ervaart door de pijn zoveel beperkingen dat zij hun huidige werk niet meer (volledig) kunnen uitvoeren [79]. Voor een deel van de mensen met chronische pijnklachten kan dit leiden tot verzuim [80].

Veel chronische pijnklachten zijn te verklaren vanuit veranderingen binnen ons centrale zenuwstelsel. Deze veranderingen leiden mogelijk tot een toegenomen pijngevoeligheid; centrale sensitivatie. Ook patiënten met chronische pijn zoeken duidelijkheid over de oorzaak van hun klachten. De pijn kan toenemen door het ontbreken van een goede uitleg en door het hebben van verkeerde of bedreigende gedachten over de pijnklachten. Daarom is pijneducatie, zo wijst onderzoek uit, een belangrijk onderdeel van de behandeling van patiënten met pijn [81]. In 2017 is een multidisciplinaire zorgstandaard ontwikkeld voor evidence-based multidimensionale diagnostiek en behandeling van chronische pijn [79].

Hierin komt een stepped care-benadering van chronische pijn naar voren, waarbij pijneducatie in stap 2 aan bod komt. Adequate pijneducatie gaat catastroferen tegen, de belangrijkste onderhoudende factor voor chronische pijn. In plaats van de pijn te benadrukken, is het beter het belang van functioneren met pijn in het dagelijks leven te onderstrepen. Zowel bij zelfverzorging als bij activiteiten in vrije tijd en werk [79].

Of en in hoeverre de huidige pijneducatie als eerste behandelstap effect heeft op het beloop van de klachten en functioneren in werk, is nog onbekend.

Wat is het effect/de effectiviteit van werkbehoud op het verloop van chronische aandoeningen met een intermitterend beloop (onder andere PDS, MS, migraine)?

Vraag 15 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 31 stemmen: 15x beroepsgroep, 7x overige belanghebbenden, 9x patiëntenvertegenwoordigers.

Het onderwerp 'chronische ziekten en werk' krijgt steeds meer aandacht. Dit komt omdat chronische ziektes op hogere leeftijd vaker voorkomen en de arbeidspopulatie in Nederland vergrijst en langer moet doorwerken (hogere AOW/pensioen-

leeftijd). Tot slot zorgt ook de betere zorg voor een toename. Het ontwikkelen van chronische ziekten is gerelateerd aan de sociaal-economische positie of opleidingsniveau. Laagopgeleiden met een chronische ziekte hebben een arbeidsparticipatie van 45%. Dat is 75% bij hoogopgeleiden met een chronische ziekte (gemiddeld 50%). Voor de gezonde populatie geldt een arbeidsparticipatie van 80%. Van deze werkenden ervaart 48% dat werk een positief effect heeft op hun gezondheid [82].

In de richtlijn chronisch zieken en werk zijn ziektespecifieke en -overstijgende factoren ingedeeld aan de hand van het al genoemde ICF-model. Positieve werkgerelateerde externe factoren in dit model zijn: het passend kunnen maken van werk, het verrichten van bureauwerkzaamheden, steun en begrip, werkplekaanpassingen en flexibele werktijden. Fysiek zwaar werk, weinig regel mogelijkheden, en onvoldoende steun en begrip zijn negatieve factoren. In deze richtlijn komt het onderwerp 'intermitterend beloop' naar voren: "Een grillig, onvoorspelbaar beloop van de chronische aandoening vergt voor de werkende zelf voortdurende aanpassing en is ook lastig voor de werkgever." (Niveau 4 D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening). In het achtergronddocument van deze richtlijn komt het als fluctuerend beloop naar voren. Om overbelasting en daarmee verzuim zoveel mogelijk te voorkomen, moeten betrokkene en werkgever grenzen aangeven en bewaken.

Bij een literatuursearch naar bovenstaande vraag kwam vooral literatuur naar boven die betrekking had op Multipole Sclerose (MS). Het bleek onder andere dat werkenden met MS een grotere set aan werkmogelijkheden hebben dan werkenden in de algemene populatie. Dit werd geassocieerd met betere gezondheids- en werkresultaten [83]. Verder is er bij 'relapsing and remitting' MS onderzoek gedaan naar de uitvoerende vaardigheden (plannen, concentreren, et cetera) en duurzame inzetbaarheid. Betaald werk lijkt bij MS-patiënten positieve effecten te hebben op deze vaardigheden en op hun duurzame inzetbaarheid [84]. Uit ander onderzoek onder MS-patiënten komt naar voren dat werk significant samenhangt met onder andere beter fysiek - en sociaal functioneren, een betere mentale gezondheid, meer vitaliteit en minder pijn [85]. Er zijn helaas niet meer relevante studies gevonden over MS. Het aantal relevante artikelen met betrek-

king tot andere chronische aandoeningen met een intermitterend beloop is verder zeer gering. In de literatuursearch kwam dus geen goed antwoord op de bovenstaande vraag, die dus verder onderzoek verdient. Interessant hierbij is op welke manier werkbehoud kan bijdragen aan de kwaliteit van leven en duurzame inzetbaarheid.

Welke behandeling voor burn-out en overspanning is effectief?

Vraag 14 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 14 stemmen: 9x beroepsgroep, 4x overige belanghebbenden, 1x patiëntenvertegenwoordigers.

In 2018 waren er bij huisartsen naar schatting 263.500 personen met de diagnose neurasthenie/surmenage bekend. Dat is nog los van van de mensen die zich alleen bij de bedrijfsarts hebben gemeld. Uit zelfrapportage van werknemers blijkt ruim 17% burn-outklachten te ervaren. Net als in de huisartspraktijk geven vrouwen vaker aan burn-out klachten te hebben dan mannen. In het onderwijs (23%) en in ICT (19,1%) komen de meeste klachten voor. In de landbouw (11,2%) en recreatie (14%) zijn de minste meldingen [86]. In 2018 werden 1712 meldingen van overspanning en burn-out bij de Nationale Registratie van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) geregistreerd. Dit is ruim 44% van het totaal aantal meldingen van beroepsziekten (3854) [87] (deze cijfers zijn gestegen ten opzichte van 2017).

Richtlijnen geven adviezen over de begeleiding door de bedrijfsarts en verzekeringsarts [88] en behandeling van onder andere individuele cliënten. Gezien het gunstige natuurlijk beloop is terughoudendheid van inzet van behandeling, zeker in de eerste zes weken, gewenst. Om ernstige hinderende symptomen te verminderen, is het mogelijk om tijdelijk medicatie in te zetten, bijvoorbeeld bij slaapproblemen. Behandeling, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), uitgevoerd door een eerste lijnspsycholoog of een huisarts, heeft de voorkeur [89].

Uit een systematisch literatuuronderzoek uit 2015 blijkt dat bij klachten van overspanning en burn-out, vaak een vorm van CGT of van een probleem oplosende therapie (OGT) wordt gegeven. Er is echter geen enkel bewijs van hoge kwaliteit gevonden dat deze therapieën overspannings- of burn-outklachten verminderen. Wel is er bewijs van redelijke kwaliteit

3. Resultaten

dat CGT effectiever is dan OGT en dat psychosociale therapie, acupunctuur en een voedingssupplement effectiever zijn dan geen interventie. Door de diversiteit aan controlecondities (andere interventie, behandeling niet volgens richtlijn, geen interventie, et cetera) is het niet mogelijk om een eenduidige conclusie te trekken over welke interventie het meest effectief is in dit literatuuronderzoek [89-90]. Daarnaast blijkt uit een kwalitatief goede meta-analyse uit 2016 dat alle onderzochte interventies slechts bewijs van zeer lage kwaliteit leveren. De geïncludeerde studies hadden een klein effect op het verminderen van burn-out klachten. In deze studies is voor burn-out uitputting als uitkomstmaat gebruikt [88][91].

Voor bewijs van hoge kwaliteit om recidief van overspanning of burn-out te voorkomen zijn studies met een lange follow-up tijd nodig. In de meta-analyse hebben slechts vier van 47 geïncludeerde studies een follow-up van zes maanden [91].

Er is dus meer onderzoek nodig om kwaliteit van hoog bewijs te leveren, zeker omdat er in de praktijk een groot aanbod is van heel veel verschillende soorten interventies, door verschillende professionals. Werkgever en werknemer vragen bedrijfsartsen regelmatig om advies over de in te zetten interventie voor het herstel van de werknemer bij burn-out klachten. Daarnaast, in het kader van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, is evidence-based kennis nodig, zodat de verzekeringsarts zich een kwalitatief goed beeld kan vormen. Bij het onderzoeken van deze vraag is het wellicht mogelijk om aansluiting te vinden bij de vraag hier direct onder.

e Prognose

Wat zijn de prognostische factoren voor de duur tot herstel en terugkeer naar werk bij mensen met overspanning/burn-out?

Vraag 7 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 10 stemmen: 6x beroepsgroep, 4x overige belanghebbenden, 0x patiëntenvertegenwoordigers

Prognostische factoren voor de duur tot herstel en terugkeer naar werk helpen de bedrijfsarts bij het adviseren van werkgever en werknemer over de duur van het verzuim. Daarnaast kan de bedrijfsarts adviezen geven over eventuele aanpassingen, interventies of voorzieningen die de werkgever voor re-integratie moet inzetten. De verzekeringsarts gebruikt deze gegevens in de begeleiding van klanten.

Uit systematisch literatuuronderzoek uit 2015 blijkt dat er voor vermindering van overspanningsklachten twee prognostische factoren van redelijke kwaliteit zijn gevonden: meer steun van collega's heeft een positief effect op vermindering, terwijl voor lagere leeftijd geen effect is gevonden. Voor de overige onderzochte factoren bestaat er alleen bewijs van lage kwaliteit met een positief effect voor korte duur van klachten. De factoren minder emotionele uitputting, minder autonomie in werk, mannelijk geslacht, lagere psychologische of somatische attributie, kortere duur van verzuim, minder werkuren zijn daarbij inconsistent.

Uit datzelfde onderzoek blijkt dat er voor vermindering van burn-outklachten drie prognostische factoren zijn gevonden van redelijk bewijs. Het blijkt dat minder uitputting effect heeft, terwijl meer taakvariatie en minder werkuren geen effect hebben. Er bestaat inconsistent bewijs van lage kwaliteit voor de overige onderzochte factoren: minder autonomie in werk, kortere duur van klachten, meer steun van collega's, meer steun van leidinggevende, lagere leeftijd, mannelijk geslacht.

Tevens zijn er voor verslechtering in werkgerelateerde uitkomstmaten (re-integratie, terugkeer naar werk, langdurig verzuim, verlies van werk) vier factoren gevonden waarvan de kwaliteit van het bewijs redelijk is. Hogere leeftijd heeft invloed op verslechtering, terwijl een lager inkomen en opleidingsniveau geen relatie hebben. Meer ziekteverzuim is een inconsistente factor. Ditzelfde geldt, met kwaliteit van laag bewijs, voor het hebben van co-morbiditeit.

Er is een factor gevonden, namelijk het bezoek aan een professional (fysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werker), waarvan de kwaliteit van het bewijs hoog is. Hiervoor is echter geen effect gevonden voor de relatie met de werkgerelateerde uitkomsten [89-90].

Er is dus meer onderzoek nodig om kwaliteit van hoog bewijs te leveren, zeker omdat in de praktijk werkgevers, werknemers en werkzoekenden behoefte hebben aan adviezen die het herstel en terugkeer naar werk positief beïnvloeden. Bij het onderzoeken van deze vraag is het wellicht mogelijk om aansluiting te vinden bij de voorgaande vraag.

II Samenwerking

Is het gericht samenwerken tussen de behandelers (zoals huisarts, medisch specialist, psycholoog, paramedici) en bedrijfsarts/verzekeringsarts bij gezondheidsproblemen (kosten-)effectiever op arbeidsparticipatie dan usual care?

Vraag 40 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 36 stemmen: 17x beroepsgroep, 6x overige belanghebbenden, 13x patiëntenvertegenwoordigers.

Nederland kent, anders dan elders in de wereld gebruikelijk is, een nadrukkelijke scheiding tussen behandeling en beoordeling van ziekteverzuim [92]. Artsen in de curatieve sector zijn daardoor weinig geoefend in het herkennen en uitvragen van problemen op het werk. Kennis van arbeidsomstandigheden die van invloed zijn op de gezondheidsklachten is eveneens beperkt [93]. Bij werkenden, die als gevolg van ziekte tijdelijk of langdurig hun werk niet kunnen uitvoeren, bestaat veelal de behoefte aan een duidelijke afstemming tussen professionals. Denk bijvoorbeeld aan het inschatten van de belastbaarheid ten aanzien van werk, het adviseren van werkaanpassingen, en de verwachte prognose voor werkherwinning. Steeds luider klinkt in Nederland de roep om maatschappelijke participatie ook als uitkomstmaat voor kwaliteit van zorg te zien, en de kloof tussen deze sectoren te overbruggen door een betere samenwerking [94]. Medisch specialisten zien net zo zeer het belang van aandacht voor het werk in de behandeling [95].

In de internationale literatuur zijn diverse studies gedaan naar de waarde van samenwerking tussen de curatieve sector en een arboprofessional, zoals een casemanager of een 'return-to-work coördinator' [96-97]. Deze laten een wisselend beeld zien van de effectiviteit op werkherwinning en kwaliteit van leven. Ten aanzien van het effect van goede samenwerking tussen artsen in de Nederlandse situatie zijn in het verleden, met wisselende resultaten, diverse studies gedaan [98-100]. Hierin is de waarde van samenwerking niet goed los te zien van de andere ingrediënten van de bestudeerde interventie. Er lopen daarnaast momenteel diverse onderzoeksprojecten naar het effect van interventies op werkgerelateerde uitkomstmaten. Deze studies richten zich echter niet specifiek alleen op de waarde van de samenwerking [101-108]. Het RIVM organiseert momenteel een platform waarin vertegenwoordigers van de curatieve sector, bedrijfs- en verzekerings-

artsen en artsen maatschappij en gezondheid zijn vertegenwoordigd. Dit platform heeft tot doel om initiatieven ter verbetering van de arbocuratieve samenwerking een stap verder te brengen [109]. Over het algemeen wordt erkend dat samenwerking bijdraagt aan een betere zorg. Als het om kwaliteit van leven en werkgerelateerde uitkomstmaten gaat, is er echter nog onvoldoende overtuigend wetenschappelijk bewijs dat deze samenwerking op zichzelf effectief is.

III Maatschappelijk handelen

Wat is de invloed van maatschappelijke beleidsontwikkelingen op de gezondheid en arbeidsparticipatie van (kwetsbare) werkenden?

Vraag 11 uit de prioriteringsbijeenkomst (bijlage 5). Totaal 31 stemmen: 18x beroepsgroep, 7x overige belanghebbenden, 6x patiëntenvertegenwoordigers.

De maatschappij is voortdurend in beweging en dit leidt regelmatig tot beleidsveranderingen. Vrijwel al het beleid op sociaal- economisch terrein heeft op een of andere manier effect op de arbeidsparticipatie. Voor veel kabinetten is het bevorderen van de arbeidsparticipatie een belangrijke doelstelling geweest.

Zo wordt in verband met de steeds verder stijgende levensverwachting sinds 2013 de AOW-leeftijd stapsgewijs verhoogd naar in ieder geval 67 jaar in 2024. Mensen moeten dus langer doorwerken. Op hogere leeftijd stijgt echter het aantal mensen met een verhoogde herstelbehoefte na het werk, neemt het werkvermogen over het algemeen af en de kans op werkuitval toe. Wat precies het effect is van langer doorwerken op de gezondheid is (nog) niet met zekerheid te zeggen. Omdat de pensioengerechtigde leeftijd in Nederland én internationaal pas recentelijk is opgeschoven, is er nagenoeg nog geen onderzoek uitgevoerd naar het effect van langer doorwerken op de gezondheid.

Een ander voorbeeld is de Participatiewet, die in 2015 werd geïntroduceerd. Die had het doel om meer mensen, ook mensen met een arbeidsbeperking, aan de slag te krijgen. Gemeentes zijn door deze wet nu verantwoordelijk voor mensen met arbeidsvermogen die ondersteuning nodig hebben.

Na invoering van beleidsveranderingen zoals de Participatiewet, wordt het effect ervan vaak cijfermatig onderzocht. Denk aan het aantal mensen in de bijstand, het aantal ingezette re-integratie-

3. Resultaten

voorzieningen en het aantal aanvragen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering [110-112]. Naast het onderzoek naar aantallen en trends is er echter behoefte aan meer onderzoek. Bijvoorbeeld om inzicht te krijgen in de invloed van beleid op (het bevorderen van) gezondheid en arbeidsparticipatie. Als we vooruitkijken is dit jaar het rapport van de commissie Borstlap verschenen [113], dat aanbevelingen doet voor een toekomstbestendige arbeidsmarkt. Bovendien verscheen het WRR-rapport “Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht” [114]. Nieuwe technologie, flexibilisering en intensivering van werk staan centraal in dit rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Drie ontwikkelingen die verre gaande gevolgen kunnen hebben voor de hoeveelheid werk, voor wie in de toekomst nog werk heeft en voor de kwaliteit van dit werk.

Welke aanbevelingen worden uitgewerkt? En welke effecten hebben de beleidsveranderingen, waartoe de politiek uiteindelijk besluit, op de gezondheid en arbeidsparticipatie van (kwetsbare) werkenden? Buiten het domein van arbeid en gezondheid spelen

eveneens beleidsveranderingen die mogelijk raken aan arbeid en gezondheid. Zoals bijvoorbeeld het stimuleren van ouderen om steeds langer thuis te blijven wonen, met een daardoor toenemende druk op het verlenen van mantelzorg. Mantelzorgers doen dat vaak naast een baan [115], wat de vraag legitiem maakt welk effect dit eventueel heeft op gezondheid en arbeidsparticipatie in de breedste zin van het woord. Maar denk ook aan veranderingen in de toegankelijkheid van curatieve zorg: welke invloed heeft bijvoorbeeld de wachtlijstproblematiek op de (kwetsbare) werkende? Of een eventuele verdere verhoging van het eigen risico van de zorgverzekering? Deze brede kennisvraag stelt de gezondheid en arbeidsparticipatie van de (kwetsbare) werkende centraal, in een voortdurend nieuw beleid ontwikkelende maatschappij.

3.2 Aansluiting

3.2.1 Aansluiting bij richtlijnen

In tabel 2 is aangegeven bij welke richtlijnen de top 12 kennisvragen mogelijk kunnen aansluiten.

Tabel 2

Kennisvraag	Richtlijn
Wat is de effectiviteit van interventies op duurzame inzetbaarheid bij oudere werkenden?	<ul style="list-style-type: none">• NVAB-conceptrichtlijn Gezondheidseffecten van nachtwerk (2019)• NVAB-richtlijn Computerwerk (2013)• NVAB-richtlijn Werkdruk (2013)• Richtlijn Chronisch ziekten en werk (2016)
Wat zijn voorspellende factoren (bijvoorbeeld ploegdienst, eerdere depressieve episode, roken) voor het optreden van (recidief) arbeidsongeschiktheid door psychische klachten of aandoeningen?	<ul style="list-style-type: none">• NVAB-richtlijn Overspanning en burn-out (2011)• NVAB-richtlijn Psychische problemen (2019)• Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (2013)• Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2013)• Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008)• Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2012)• Registratierichtlijn Beroepsgebonden depressie• Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen (2013)• Richtlijn Beoordeling van risico's op arbeidsongeschiktheid in verband met psychische klachten of aandoeningen (2017)• Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (2016)• Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008)• Verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen en werk (update - 2017)• Verzekeringsgeneeskundig protocol Overspanning en burn-out (update - 2015)

<p>Wat zijn effectieve en praktische tools om voor veelvoorkomende ziekte-overstijgende symptomen de invloed op het functioneren van werkenden in kaart te brengen?</p>	<p>Deze vraag kan op zeer veel richtlijnen van toepassing zijn.</p>
<p>Wat zijn effectieve leefstijlinterventies voor werkbehoud en duurzame inzetbaarheid bij werkenden met en zonder chronische aandoeningen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NVAB-conceptrichtlijn Gezondheidseffecten van nachtwerk (2019) • Multidisciplinaire richtlijnmodule Diabetes en arbeid (2011) • Richtlijn Cardiovasculair risicomangement (2019) • Richtlijn Morbide Obesitas (2011) • Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2008)
<p>Welke factoren zijn van invloed op arbeidsparticipatie onder zzp'ers met een chronische aandoening?</p>	<p>Deze vraag kan op richtlijnen van toepassing zijn waarbij het gaat om een chronische aandoening, zoals bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NVAB-richtlijn Ischemische hartziekten (2019), • NVAB-richtlijn Kanker en werk (2019), • NVAB-richtlijn Astma (2019), • Multidisciplinaire richtlijn module Diabetes en arbeid (2011), • Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (2016) <p>Een richtlijn die specifiek gericht is op zzp'ers is er niet.</p>
<p>Welke interventies zijn zinvol bij werkenden met chronische vermoeidheid ten aanzien van hun functioneren en/of arbeidsparticipatie?</p>	<p>Deze vraag kan op zeer veel richtlijnen van toepassing zijn. Het kan passen bij allerlei aandoeningen waarbij vermoeidheid voorkomt. Daarnaast past deze vraag ook bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richtlijn Chronisch zieken en werk (2016)
<p>Wat is de toegevoegde waarde van pijneducatie als eerste behandelstap bij chronische pijn en het effect op het beloop van de klachten en functioneren in werk?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • VG-protocol Whiplash • KNGF-richtlijn Klachten aan de arm, nek en/of schouder • NVAB-richtlijn Klachten arm, schouder of nek (2014) • Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke Klachten Arm, Nek en/of Schouders (2012) • Multidisciplinaire richtlijn Chronische aangezichtspijn (2013) • Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2013) • Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van het prikkelbare darmsyndroom (2011) • Multidisciplinaire richtlijn Mensen met migraine... aan het werk! (2013) • Richtlijn Chronisch zieken en werk (2016) • Richtlijn Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie (2018) • Richtlijn Diagnostiek en behandeling van mensen met Whiplash associated disorder I/II (2008) • Richtlijn Herziening complex regionaal pijnsyndroom type I (2014) • Richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom (2008) • Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid (2015) • Richtlijn Subacromiaal pijnsyndroom van de schouder (2013) • Verzekeringsgeneeskundig protocol Aspecifieke lage rugklachten (update - 2015) • Verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash (update - 2015)
<p>Wat is het effect/de effectiviteit van werkbehoud op het verloop van chronische aandoeningen met een intermitterend beloop (onder andere PDS, MS, migraine)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NVAB-richtlijn astma (2019) • Richtlijn Werkgerelateerd astma (2016) • Multidisciplinaire richtlijn Mensen met Migraine ... aan het werk! (2013) • Richtlijn Multipole Sclerose (2012) • Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van het prikkelbare darmsyndroom (2011)

3. Resultaten

Is het gericht samenwerken tussen de behandelaars (zoals huisarts, medisch specialist, psycholoog, paramedici) en bedrijfsarts/verzekeringsarts bij gezondheidsproblemen (kosten-) effectiever op arbeidsparticipatie dan usual care?	Deze vraag is op vele richtlijnen van toepassing.
Wat is de invloed van maatschappelijke beleidsontwikkelingen op de gezondheid en arbeidsparticipatie van (kwetsbare) werkenden?	<ul style="list-style-type: none"> • NVAB-conceptrichtlijn Gezondheidseffecten van nachtwerk (2019) • NVAB-richtlijn Bevorderen van veilig gedrag in productieomgevingen (2013) • NVAB-richtlijn Computerwerk (2013) • NVAB-richtlijn Influenza: preventie en outbreak control (2007) • NVAB-richtlijn Influenzapandemie in arbeidsorganisaties (2012) • NVAB-richtlijn Preventie beroepslethorendheid (2006) • NVAB-richtlijn Werk-privé balans (2013) • NVAB-richtlijn Zwangerschap, postpartumperiode en werk (2018) • Registratierichtlijn Gehoorverlies door beroepsmatige blootstelling aan lawaai • Richtlijn Chronisch ziekten en werk (2016)
Welke behandeling voor burn-out en overspanning is effectief? & Wat zijn de prognostische factoren voor de duur tot herstel en terugkeer naar werk bij mensen met overspanning/burn-out?	<ul style="list-style-type: none"> • Registratierichtlijn Overspanning/burn-out als beroepsziekte • NVAB-richtlijn Overspanning en burn-out (2011) • NVAB-richtlijn Psychische problemen (2019) • Verzekeringsgeneeskundig protocol Overspanning en burn-out (update - 2015)

3.2.2 Koppeling met onderzoekslijnen

Om te beoordelen of er naar bepaalde kennisvragen al onderzoeken gaande waren, werden in mei/juni 2019 de grote academische centra en onderzoeksgroepen aangeschreven om te inventariseren welke onderzoeken op dat moment liepen (bijlage 6).

In tabel 3 is aangegeven bij welke onderzoekslijnen de top 12 kennisvragen mogelijk kunnen aansluiten. De onderzoeken waarvan bekend is dat deze ten tijde van het verschijnen van deze kennisagenda niet meer gaande zijn, werden hierin niet meegenomen.

Tabel 3

Kennisvraag	Onderzoekslijnen
Wat is de effectiviteit van interventies op duurzame inzetbaarheid bij oudere werkenden?	<ul style="list-style-type: none"> • HAN: <ul style="list-style-type: none"> - Authentiek en vitaal leiderschap als ondersteuning voor duurzame inzetbaarheid • TNO: <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring & determinanten duurzame inzetbaarheid - Interventies gezond & veilig werken en gedrag • RIVM: <ul style="list-style-type: none"> - Nachtwerk en gezondheidseffecten
Wat zijn voorspellende factoren (bijvoorbeeld ploegdienst, eerdere depressieve episode, roken) voor het optreden van (recidief) arbeidsongeschiktheid door psychische klachten of aandoeningen?	<ul style="list-style-type: none"> • Erasmus MC: <ul style="list-style-type: none"> - Bestuingsondersteunend instrument: 'Chronische aandoeningen en arbeidsparticipatie' - Werk als beste zorg • UMCG: <ul style="list-style-type: none"> - Landelijk dataregister Arbeidsongeschiktheids- verzekeringen • ACPV (GAV + UMCG): <ul style="list-style-type: none"> -Voorspellers voor arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen

<p>Wat zijn effectieve en praktische tools om voor veelvoorkomende ziekte-overstijgende symptomen de invloed op het functioneren van werkenden in kaart te brengen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UMCG/KCVG: <ul style="list-style-type: none"> -De beoordeling van de duurbelastbaarheid door de verzekeringsarts -Bronnen van variatie bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling -Sociaal Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA): naar een evidence-based participatiegerichte beoordeling • AMC/KCVG: <ul style="list-style-type: none"> -Werkfunctioneren van werkenden met een aanhoudende gezondheidsaandoening: een meetmethode plus onderzoek naar ondersteunende werk- en organisatiefactoren
<p>Wat zijn effectieve leefstijlinterventies voor werkbehoud en duurzame inzetbaarheid bij werkenden met en zonder chronische aandoeningen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erasmus MC: <ul style="list-style-type: none"> - PerfectFit 2.0 • HAN: <ul style="list-style-type: none"> -ZonMW project MyHealthy Lifestyle voor werkenden met lage SES • VUmc: <ul style="list-style-type: none"> -Reducing sedentary behavior among office workers • VUmc/KCVG: <ul style="list-style-type: none"> - TANSNIP - Citizen Science onder werknemers • Erasmus MC, VUmc/KCVG: <ul style="list-style-type: none"> - Promotion of healthy behaviour and prevention of obesity in workers with a lower socioeconomic position: an equity specific analysis of what works and why • Maastricht University: <ul style="list-style-type: none"> - Project BENEFIT • RIVM: <ul style="list-style-type: none"> - Rol van leefstijl in de gezondheidseffecten van ongunstige arbeidsomstandigheden
<p>Welke factoren zijn van invloed op arbeidsparticipatie onder zzp'ers met een chronische aandoening?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erasmus MC: <ul style="list-style-type: none"> - Beslissingsondersteunend instrument: 'Chronische aandoeningen en arbeidsparticipatie' • UMCG: <ul style="list-style-type: none"> - De invloed van naasten op arbeidsparticipatie van werkenden met een chronische ziekte • VUmc/KCVG: <ul style="list-style-type: none"> - Stimuleren van zelfredzaamheid in het werk voor werkenden met een chronische ziekte. De rol van de sociaal geneeskundige - Sustained employability in cancer patients and their partners • RIVM: <ul style="list-style-type: none"> - Europees project dat een toolkit ontwikkelt en evalueert om werkgevers te ondersteunen bij werknemers met een chronische ziekte • Maastricht University: <ul style="list-style-type: none"> - Towards sustainable labor market participation of chronic kidney disease stage 3b-5 patients: the effect of preemptive transplantation and development of a model of work support to prevent work loss (CKD@Work)
<p>Welke interventies zijn zinvol bij werkenden met chronische vermoeidheid ten aanzien van hun functioneren en/of arbeidsparticipatie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tranzo: <ul style="list-style-type: none"> - Interventie ter bevordering van werkvermogen en re-integratie bij werknemers met kanker, met een Health Impact Bond als financieringsinstrument - Health Impact Bond als innovatief financieringsinstrument voor uitdagingen in de gezondheidszorg: een exploratieve case study van de HIB Kanker en werk

3. Resultaten

	<ul style="list-style-type: none">• LUMC:<ul style="list-style-type: none">- Behoud van betaald werk bij inflammatoire reumatische aandoeningen- Terugkeer naar werk na CVA- Verkrijgen betaald werk jongeren en jongvolwassenen met niet aangeboren hersenletsel• VUmc/KCVG:<ul style="list-style-type: none">- Sustained employability in cancer patients and their partners• AMC/KCVG:<ul style="list-style-type: none">- Quality improvement of vocational rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal pain and reduced work participation
Wat is de toegevoegde waarde van pijneducatie als eerste behandelstap bij chronische pijn en het effect op het beloop van de klachten en functioneren in werk?	<ul style="list-style-type: none">• AMC/KCVG:<ul style="list-style-type: none">- Quality improvement of vocational rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal pain and reduced work participation• LUMC:<ul style="list-style-type: none">- Behoud van betaald werk bij inflammatoire reumatische aandoeningen
Wat is het effect/de effectiviteit van werkbehoud op het verloop van chronische aandoeningen met een intermitterend beloop (onder andere PDS, MS, migraine)?	<ul style="list-style-type: none">• Erasmus MC:<ul style="list-style-type: none">- Beslissingsondersteunend instrument: 'Chronische aandoeningen en arbeidsparticipatie'• UMCG:<ul style="list-style-type: none">- De invloed van naasten op de arbeidsparticipatie van werkenden met een chronische ziekte• VUmc/KCVG:<ul style="list-style-type: none">-Voorspellende factoren voor terugkeer naar werk voor arbeidsongeschikten met SOLK
Is het gericht samenwerken tussen de behandelaars (zoals huisarts, medisch specialist, psycholoog, paramedici) en bedrijfsarts/verzekeringsarts bij gezondheidsproblemen (kosten-)effectiever op arbeidsparticipatie dan usual care?	<ul style="list-style-type: none">• RIVM:<ul style="list-style-type: none">- Platform arbocuratieve samenwerking- Uitdragen van goede voorbeelden van arbocuratieve samenwerking• Tranzo:<ul style="list-style-type: none">- Health Impact Bond als innovatief financieringsinstrument voor uitdagingen in de gezondheidszorg: een exploratieve case study van de HIB Kanker en werk.
Wat is de invloed van maatschappelijke beleidsontwikkelingen op de gezondheid en arbeidsparticipatie van (kwetsbare) werkenden?	<ul style="list-style-type: none">• Erasmus MC:<ul style="list-style-type: none">-In or out employment? How do national policies and economic climate determine health-selective employment in Europe-Beslissingsondersteunend instrument: 'Chronische aandoeningen en arbeidsparticipatie'-Werk als beste zorg• UMCG:<ul style="list-style-type: none">-Landelijk dataregister arbeidsongeschiktheidsverzekeringen• UMCG – Academische werkplaats UWV Noord<ul style="list-style-type: none">-Sociale zekerheidsvaardigheden• ACPV (GAV + UMCG):<ul style="list-style-type: none">-Voorspellers voor arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen• AMC/KCVG:<ul style="list-style-type: none">-Proefdraaien met de werkende centraal: een proeftuin voor co-creatie van wetenschap en sociaal geneeskundig werkveld-Werk en Mantelzorg: Aanpak van mantelzorgstress en andere gezondheidsklachten bij werkenden die in de privésituatie belast zijn met mantelzorg• HAN:<ul style="list-style-type: none">-Intern project rond verzorgenden met lage SES en/of mantelzorgtaken in de ouderenzorg (lectoraat HRM van de HAN) / Vital@work

- **TNO:**

- Monitoring & determinanten duurzame inzetbaarheid
- Ontwikkelingen gezond en veilig werken

- **VUmc/KCVG:**

- Stimuleren van zelfredzaamheid in het werk voor werkenden met een chronische ziekte. De rol van de sociaal geneeskundige
- Sustained employability in vulnerable groups
- Informal care giving to someone at the end of life and work participation
- Mental health and early career workers

- **RIVM:**

- Versterken bekendheid en vindbaarheid bedrijfsartsen
- Platform arbeidsgerichte samenwerking
- Nachtwerk en gezondheidseffecten
- Mantelzorg en werk
- Infectieziekten en werknemersbescherming

Welke behandeling voor burn-out en overspanning is effectief?

&

Wat zijn de prognostische factoren voor de duur tot herstel en terugkeer naar werk bij mensen met overspanning/burn-out?

- **UMCG:**

- Mentale gezondheid en werk functioneren

- **Tranzo:**

- Het effect van het werkhervattingsproces op duurzame werkhervatting bij mensen met psychische problemen

3.2.3 Kennisagenda Arbeid & Gezondheid (RIVM)

Het RIVM heeft in 2019 een kennisagenda op het brede domein van arbeid en gezondheid ontwikkeld, waarin 9 thema's aan bod komen: wisselwerking arbeid en gezondheid, duurzame inzetbaarheid, preventie, arbeid en zorg, technologische ontwikkelingen, flexibilisering, psychische gezondheid, (her) waardering van werk en inclusieve arbeidsmarkt [116].

Hoewel de Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde specifiek gericht is op de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen, lijkt er wel enige aansluiting te bestaan bij deze kennisagenda van het RIVM.

Tabel 4 geeft weer welke kennisvragen mogelijk aansluiten bij de kennisagenda van het RIVM.

Tabel 4

Kennisvraag	Thema – Kennisagenda Arbeid & Gezondheid (RIVM)
Wat is het effect/de effectiviteit van werkbehoud op het verloop van chronische aandoeningen met een intermitterend beloop (onder andere PDS, MS, migraine)?	<ul style="list-style-type: none"> • Wisselwerking arbeid en gezondheid • Inclusieve arbeidsmarkt
Wat zijn effectieve leefstijlinterventies voor werkbehoud en duurzame inzetbaarheid bij werkenden met chronische aandoeningen?	<ul style="list-style-type: none"> • Wisselwerking arbeid en gezondheid • Preventie
Welke factoren zijn van invloed op arbeidsparticipatie onder zzp'ers met een chronische aandoening?	<ul style="list-style-type: none"> • Wisselwerking arbeid en gezondheid
Wat zijn voorspellende factoren (bijvoorbeeld ploegdienst, eerdere depressieve episode, roken) voor het optreden van (recidief) arbeidsongeschiktheid door psychische klachten of aandoeningen?	<ul style="list-style-type: none"> • Wisselwerking arbeid en gezondheid

3. Resultaten

Wat is de effectiviteit van leefstijlbevordering onder werkenden op het verminderen van ziekteverzuim en het bevorderen van duurzame inzetbaarheid?	• Preventie
Wat is de effectiviteit van interventies op duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers?	• Preventie
Is het gericht samenwerken tussen de behandelaars (zoals huisarts, medisch specialist, psychologen, paramedici) en bedrijfsartsen/verzekeringsartsen bij gezondheidsproblemen effectiever op arbeidsparticipatie dan usual care?	• Arbeid en zorg
Wat is de invloed van maatschappelijke beleidsontwikkelingen op de gezondheid en arbeidsparticipatie van (kwetsbare) werkenden?	• Inclusieve arbeidsmarkt

4. Implementatie & organisatie

4.1 Organisatie en financiering

Deze eerste Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde dient als basis voor een continue kennis- en kwaliteitscyclus binnen het vakgebied van arbeid en gezondheid. De geprioriteerde kennisvragen moeten worden uitgewerkt tot onderzoeksvoorstellen. Er zijn verschillende onderzoeksvormen mogelijk, zoals vergelijkend onderzoek met behulp van bestaande of nog te bouwen zorg(kwaliteit)registraties, gerandomiseerde studies, cohortstudies of doelmatigheidsstudies. De evaluatievorm is contextspecifiek en hangt onder andere af van het onderwerp van het onderzoek, van langetermijngevolgen en van de benodigde bewijskracht. Belangrijke randvoorwaarden voor het uitwerken en implementeren zijn:

- Opzetten en uitvoeren van kwalitatief hoogstaand onderzoek binnen onderzoeksnetwerken, die een goede aansluiting tussen onderzoek en praktijk waarborgen. Dit om de implementatie van de gevonden resultaten te bevorderen en meer effectief bij te dragen aan zorginnovatie en kwaliteitsverbetering.
- Tijdig en actief betrekken van patiënten en cliënten bij het opzetten en uitwerken van de studies, en rekening houdend met het patiënt/cliëntperspectief. Patiëntenfederatie Nederland kan in de advisering een rol spelen ten aanzien van de relevante, te betrekken patiëntenorganisaties, gezien de diverse aandoening-overstijgende kennisvragen.
- Opnemen van de resultaten van deze onderzoeken in richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, waar mogelijk. Zodat er rekening mee wordt gehouden, bijvoorbeeld bij de herziening en ontwikkeling van nieuwe richtlijnen en protocollen.
- Evaluatie of de eventuele nieuwe aanbevelingen die voortkomen uit onderzoek naar de kennisvragen een plek hebben in de dagelijkse praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen, en of er nieuwe kennishiaten zijn ontstaan in het vakgebied.
- Voldoende financiering voor de onderzoeken en voor de verspreiding en borging van kennis. De financiering is momenteel niet geregeld en dat baart de werkgroep grote zorgen.

4. Implementatie & organisatie

4.1.1 Organisatie binnen de GAV, NVAB en NVVG

De werkgroep adviseert om een Commissie Kennisagenda in te stellen om de kennis- en kwaliteitsontwikkeling binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde vorm te geven en te besturen. Deze commissie bestaat bij voorkeur uit een of meer vertegenwoordigers vanuit (het bestuur van) de NVAB, NVVG en GAV en een of meer vertegenwoordigers vanuit de werkgroep Kennisagenda. De werkgroep gaat ervan uit dat de verenigingen daarbij verbinding zullen maken met hun commissies die zich bezighouden met wetenschap en richtlijnontwikkeling. Er moet binnen de Commissie Kennisagenda expertise aanwezig zijn op het gebied van kwaliteitsbeleid en wetenschapsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen. Bovendien is een patiënt- of cliëntvertegenwoordiger gewenst. Ook adviseert de werkgroep om vertegenwoordigers van de opleidingsinstituten voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde deel te laten nemen. Op die manier is het mogelijk om de kennisagenda en de ontwikkelingen op dit vlak in de opleidingen op te nemen.

De commissie bespreekt alle onderdelen uit de kennis- en kwaliteitscyclus (zie figuur 2) en geeft zo het beleid op een samenhangende manier vorm. Dit stimuleert bijvoorbeeld de vertaling van onderzoek naar richtlijnen.

4.1.2 Financiering

Binnen de medisch specialistische zorg is voor kennis- en kwaliteitsontwikkeling structureel financiële ruimte beschikbaar. Bijvoorbeeld in de begrotingen van ziekenhuizen en via het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ook huisartsen krijgen structurele financiële ondersteuning via VWS, en dragen ook zelf bij als ondernemer/beroepsbeoefenaar [5].

De bedrijfs- en verzekeringsartsen hebben beiden een wetenschappelijke beroepsvereniging, die de kwaliteit van het vak wil bevorderen. Voor de bureaus van deze verenigingen en voor het kwaliteitsbeleid is echter geen structurele financiering beschikbaar, anders dan uit contributiegelden. Wel verzetten leden op vrijwillige basis zeer veel werk. De financiële slagkracht van de verenigingen en de bureaus is dus zeer beperkt [5]. Structurele financiering voor wetenschappelijk onderzoek is essentieel om de achterstand in kennisontwikkeling binnen de

bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde te dichten, en om een betere kwaliteit van arbeidsgerichte zorg te realiseren.

De bekostiging en organisatie van wetenschappelijk onderzoek en academische werkplaatsen voor de verzekeringsgeneeskunde vindt momenteel alleen plaats via het Kenniscentrum voor Verzekeringsgeneeskunde (KCVG, een samenwerking tussen Amsterdam UMC, UMCG en UWV). Deze financiering komt ten goede aan de verzekeringsgeneeskunde binnen de kaders van het UWV. Er is in het geheel geen structurele financiering voor wetenschappelijk onderzoek of de academische werkplaatsen voor de bedrijfsgeneeskunde. Ondanks verschillende initiatieven is er tot op heden geen gedragen aanpak tot stand gekomen voor structurele financiering van kennisontwikkeling en kwaliteitsbeleid. Een van de doelen van de kwaliteitstafel was daarom ook te komen tot een uitvoerbaar en gedragen model van structurele financiering voor kwaliteitsbeleid [5].

De werkgroep acht structurele financiering noodzakelijk om de uitwerking én voortzetting van de kennisagenda vorm te kunnen geven. Die financiering zou gestalte moeten krijgen binnen nieuw in te richten subsidieprogramma's, waarbij de ministeries SZW en VWS en private partijen op het terrein van arbeid en gezondheid de verantwoordelijkheid delen. Een goede gezondheid van de werkende mens en het bevorderen van deelname aan werk voor zoveel mogelijk mensen zijn immers van groot maatschappelijk belang.

4.2 Evaluatie en actualisatie

De werkgroep adviseert om de nieuw in te richten Commissie Kennisagenda de voortgang en actualiteit van de kennisagenda te laten evalueren en zo nodig bij te sturen. De actualiteit van de agenda is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken die zijn voortgekomen uit de huidige kennisagenda, en uit de ontwikkelingen in het vakgebied. Op basis van de ervaringen binnen het Kennisinstituut Medisch Specialisten adviseert de werkgroep om na vier jaar de voortgang te toetsen. Om vervolgens ook te evalueren of er een nieuwe werkgroep Kennisagenda moet komen voor het vervolg op deze kennisagenda.

4.3 Implementatie in de praktijk

Om de resultaten van de uit te voeren onderzoeken snel te kunnen implementeren in de dagelijkse praktijk, moeten deze snel hun weg vinden naar de bedrijfs- en verzekeringsartsen. Dit kan met behulp van onder andere richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten. Opname van nieuwe kennis in de richtlijnen is de eerste stap naar implementatie in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Het is bij de uitwerking van de kennisvragen daarom van belang dat er samenwerking plaatsvindt met bijvoorbeeld degenen die zich bezig houden met de herziening en ontwikkeling van de richtlijnen. Bij het ophalen van kennisvragen vanuit de beroepsgroep en overige belanghebbenden werden vragen aangeleverd die betrekking hadden op implementatie van reeds beschikbare kennis. Het ging hierbij om manieren die de beschikbare kennis bekend kunnen maken onder de beroepsgroep. Maar ook om hoe de beschikbare kennis meer toegankelijk is te maken (zoals bijvoorbeeld de behoefte om in uitgebreide richtlijnen makkelijker te vinden wat u zoekt). Ook de beste, haalbare (optimale) manier van onderwijs en training om de richtlijnen te implementeren, werd aangehaald. Hoewel deze kennisvragen op basis van de selectiecriteria niet zijn meegenomen in de voorselectie, verdient dit aspect absoluut aandacht. Het is zeker van belang om bij het maken en actualiseren van richtlijnen na te denken over de implementatie hiervan. Mogelijke belemmerende en faciliterende factoren voor succesvolle implementatie moeten in kaart worden gebracht, om deze factoren bij het beoordelen van de richtlijnen te kunnen toetsen aan het Agree II instrument [117]. Vervolgens is het aan te bevelen een plan op te stellen dat toepassing van de richtlijnaanbevelingen door de beroepsgroep in de praktijk bevordert. Wellicht is aansluiting mogelijk bij de ontwikkelingen betreffende de implementatie vanuit de 'werkgroep Richtlijnen', eveneens onderdeel van de kwaliteitstafel.

4.4 Netwerken

Voor een goed georganiseerde, breed gedragen uitwerking en uitvoering van de kennisvragen uit deze kennisagenda, is het van belang dat er netwerkvorming ontstaat. Dit zorg ervoor dat bedrijfs- en verzekeringsartsen en onderzoekers in het veld kunnen samenwerken. Aansluiting bij

(reeds bestaande) academische werkplaatsen lijkt hiervoor de beste optie. Deze netwerkvorming voorkomt bovendien onderlinge concurrentie bij het aanvragen van subsidies. Daarnaast zorgt een netwerk voor een beter overzicht van uit te werken vragen en van lopende onderzoeken. Dit verkleint het risico op dubbel uitgevoerd onderzoek. Tot slot zal er door een breed netwerk van bedrijfs- en verzekeringsartsen, onderzoekers en belangrijke stakeholders, meer draagvlak ontstaan voor het uitgevoerde onderzoek. Dit zou een belangrijke taak kunnen zijn voor de in te richten Commissie Kennisagenda.

4.4.1 Scenario's voor netwerkvorming

Netwerkvorming is in verschillende scenario's of fasen te onderscheiden. In het Adviesrapport Zorgevaluatie [7] zijn ze als volgt beschreven:

1. geen netwerk binnen de wetenschappelijke verenigingen.
2. geen netwerk, enige coördinatie binnen de wetenschappelijke verenigingen.
3. netwerk van onderzoekers en praktiserend artsen binnen de wetenschappelijke verenigingen.
4. een geïntegreerd netwerk.

De verschillende scenario's vormen een groeimodel van de situatie 'geen netwerk' naar 'een geïntegreerd netwerk'. Scenario 3 en 4 zorgen voor een breed draagvlak binnen de wetenschappelijke verenigingen. Het integreren van faciliteiten binnen het netwerk in scenario 4 vraagt wel om een grote investering en brengt financiële risico's met zich mee.

4.4.2 Netwerkvorming binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

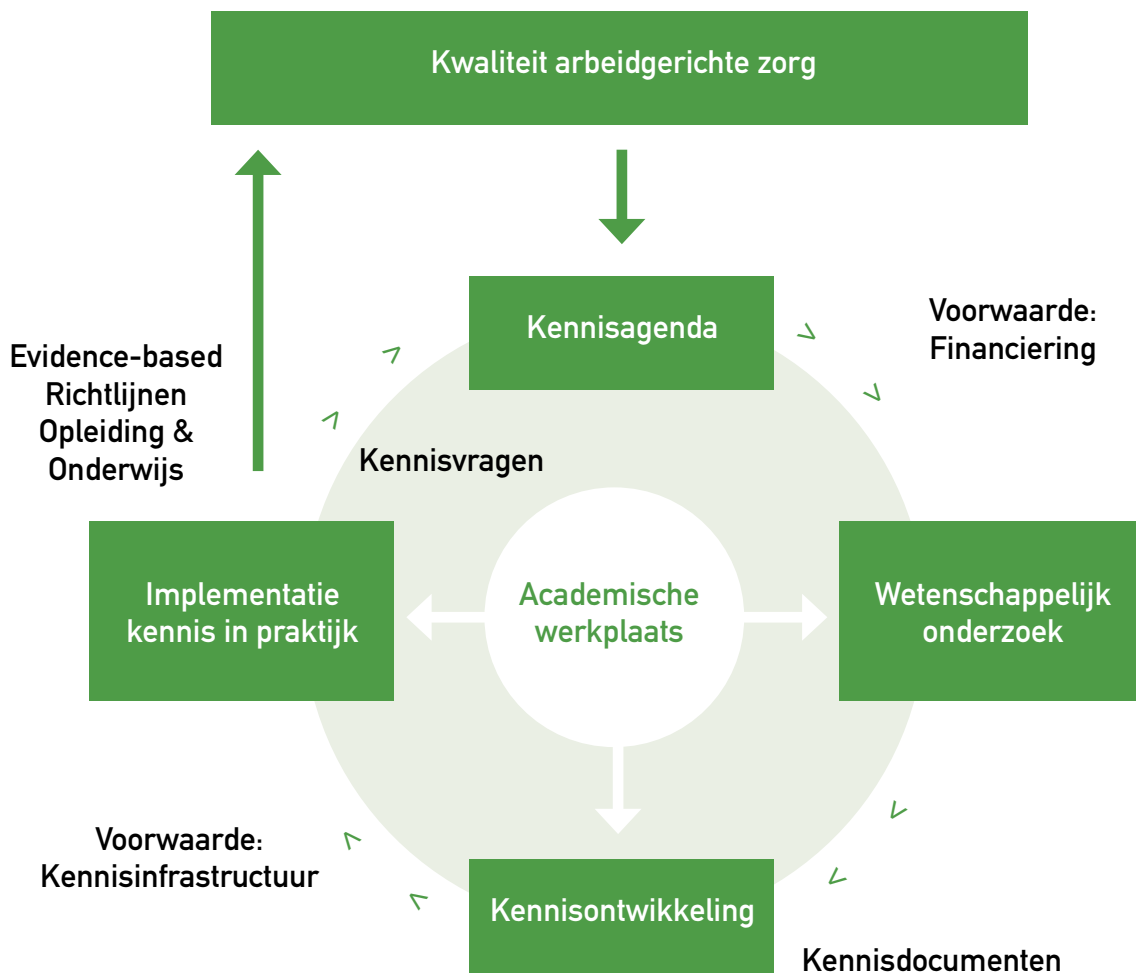
Op dit moment vindt netwerkvorming binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde voornamelijk plaats volgens scenario 2 (geen netwerk, enige coördinatie binnen de wetenschappelijke verenigingen). De werkgroep wil toewerken naar scenario 3, waarin bedrijfs- en verzekeringsartsen, onderzoekers en patiënten/cliënten in onderling overleg afstemmen welke onderwerpen ze gezamenlijk oppakken, hoe ze de studies gaan uitwerken en wie welke taken op zich zal nemen. De werkgroep adviseert om aan de leden, onderzoekers en onderzoeksnetwerken concreet te vragen wie er interesse heeft om aan de totstandkoming van scenario 3 mee te werken. Voor de uitwerking van deze kennisagenda is het concrete advies om, wanneer dat kan, gebruik te

4. Implementatie & organisatie

maken van al bestaande onderzoeksnetwerken. Voor draagvlak binnen het gehele netwerk is het belangrijk om de onderwerpen van onderzoek gezamenlijk te selecteren, om vervolgens op een later tijdstip de onderzoekaanvraag gezamenlijk te formuleren. Bovendien geldt dat hoofdonderzoekers van een onderzoek naar een van de kennisvragen zich bij voorkeur ook als mede-onderzoeker inzetten voor onderzoeken naar andere kennisvragen. Om

voldoende draagvlak te creëren, is het belangrijk om iedereen met interesse in het uitwerken van bepaalde onderzoeksvragen, uit te nodigen voor een bijeenkomst. De bedoeling is om het in deze bijeenkomst te bespreken, zodat de onderzoeksvragen niet op voorhand worden verdeeld. De in te richten Commissie Kennisagenda kan hiervan de coördinatie op zich nemen.

Figuur 2. Kennis- en kwaliteitscyclus



5. Literatuur

- [1] Stelsel voor gezond en veilig werken, Advies 12/08, Sociaal-Economische Raad, December 2012. Via: <https://www.njb.nl/umbraco/uploads/2020/3/stelsel-gezond-en-veilig-werken-ser-2012.pdf>
Bezocht op 24-04-2020.
- [2] Beter zorg voor werkenden, Advies 14/07, Sociaal-Economische Raad, september 2014. Via: <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2014/toekomst-arbeidsgerelateerde-zorg.pdf?la=nl&hash=9B51BFD-7CF9BC19877AA497F9125AA53> Bezocht op 25-04-2020.
- [3] Professionele ontwikkeling arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde. Een pre-programmeringsstudie in opdracht van ZonMw, Eindrapport, NVAB, NVVG, GAV, juli 2015.
- [4] Verkenning Kennisinstructuur Arbeid & Zorg, Eindrapport. Onderzoek in opdracht van ZonMw, APE, november 2015.
- [5] Rapport aanpak dreigend tekort bedrijfsartsen, Marcel van Gastel, 26-01-2017. Via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/04/19/rapport-aanpak-dreigend-tekort-bedrijfsartsen>
- [6] Kamerstuk 25883-345, ISSN 0921 – 7371, 's-Gravenhage 2019. Voortgang kwaliteitstafel bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25883-345.html>
- [7] Adviesrapport Zorgevaluatie – van project naar proces. Federatie Medisch Specialisten. Stuurgroep zorgevaluatie, 25 april 2016. Via: <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/rapport%20zorgevaluatie%20def.pdf>
- [8] Achtergronddocument bij Adviesrapport Zorgevaluatie. Federatie Medisch Specialisten. Stuurgroep zorgevaluatie, 25 april 2016. Via: https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_Achtergronddocument_Rapport_Zorgevaluatie_v02.pdf
- [9] Verzekeringsgeneeskundige protocollen – algemene inleiding, overspanning, depressieve stoornis. 2006. Via: <https://www.nvvg.nl/richtlijnen/> Bezocht op 14-04-2020.
- [10] Programma herziening NVAB-richtlijnen en VG-protocollen, Rapportage, juni 2015.

5. Literatuur

- Via: <https://nvab-online.nl/sites/default/files/Programma%20herziening%20NVAB%20RL%20en%20VG%20Prot.pdf>. Bezocht op 14-04-2020.
- [11] Algemene competenties van de medisch specialist. Via: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/algemene-competenties-van-de-medisch-specialist.htm>
- [12] Verkooijen L. Arbeidsparticipatie ouderen flink gestegen. CBS, 2017.
- [13] Kraan K en Sanders J. Monitor Duurzame Inzetbaarheid. Resultaten 2014, Trends sinds 2010 en Methodologie. TNO, 2016.
- [14] Hidding R, de Jong A, Krestin M, Severijen T, Tromp H, Vermeulen M, Visman L en Zuidervliet J. Studierapport 'De oudere werknemers', omgaan met vergrijzing in de organisatie. STECR Platform re-integratie, 2004.
- [15] Nauta A, de Bruin M en Cremer R. De mythe doorbroken: een inventarisatie van beelden, feiten en maatregelen over gezondheid en inzetbaarheid van oudere werknemers. TNO, 2014.
- [16] Blatter B, Dorenbosch L. en Keijzer L. Duurzame Inzetbaarheid in perspectief. Inzichten en oplossingen op sector, organisatie en individueel niveau. TNO, 2014.
- [17] Gommans F. Sociaaleconomische trends. De rol van gezondheid bij langer doorwerken. CBS, 2017.
- [18] Beoordeling van risico's op arbeidsongeschiktheid in verband met psychische klachten of aandoeningen. Richtlijn voor medisch adviseurs bij beoordeling van een aanvraag voor een AOV. GAV, 2017.
- [19] Fit for Work programma. Centrum werk gezondheid en SER werkgroep chronisch zieke werkende. Via: https://www.fitforworknederland.nl/wp-content/uploads/2019/04/FitforWork_ImpactGraphic_2019.pdf. Bezocht op 18-05-2020.
- [20] Abrahams HJG, Gielissen MFM, Goedendorp MM et al. A randomized controlled trial of web-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued breast cancer survivors (CHANGE-study): study protocol. *BMC Cancer* 2015;765.
- [21] GGZ Standaarden. Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). 2018.
- [22] Donker-Cools B, Schouten MJE, Wind H, Frings-Dresen MH. Return to work following acquired brain injury: the views of patients and employers. *Disabil Rehabil.* 2018;40:185-91.
- [23] Kiasuwa Mbengi R, Otter R, Mortelmans K, Abyn M, van Oyen H, Bouland C, de Brouwer C. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action – rapid review and expert consultation. *Systematic Reviews* 2016;5:35.
- [24] Hoving JL, Van Zwieten MCB, Van der Meer M, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Work participation and arthritis: a systematic overview of challenges, adaptations and opportunities for interventions. *Rheumatology* 2013;52:1254-64.
- [25] Omachi TA, Claman DM, Blanc PD, Eisner MD. Obstructive Sleep Apnea: A Risk Factor for Work Disability. *SLEEP* 2009;32: 791-8.
- [26] Richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids-criterium (MAOC). Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv). Tijdelijk instituut coördinatie en afstemming (Tica). Amsterdam. 1996.
- [27] Onderzoeksmethoden standaard. Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv). Amsterdam. 2000.
- [28] Worm-Smeitink M, Gielissen M, Bloot L, van Laarhoven HWM, van Engelen BGM, van Riel P, Bleijenberg G, Nikolaus S, Knoop H. The assessment of fatigue: Psychometric qualities and norms for the Checklist individual strength. *J Psychosom Res.* 2017;98:40-6.
- [29] Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*; World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2010.
- [30] Standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid. UWV Sociaal Medische Zaken-Centraal expertise Centrum. Amsterdam. 2015.
- [31] Boersema HJ, Cornelius B, de Boer WEL, van der Klink JJL, Brouwer S. The assessment of work endurance in disability evaluations across European countries. *PLoS One* 2018;13:e0202012.
- [32] Richtlijn kanker en werk voor het handelen

- van de bedrijfsarts bij behoud van en terugkeer naar werk. NVAB. 2019.
- [33] Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie 2011. Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie / Nederlandse Hartstichting (Richtlijn Hartrevalidatie 2004), Projectgroep PAAHR (gedeeltelijke herziening 2011).
- [34] Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten. NVAB. 2007.
- [35] Multidisciplinaire Richtlijn Niet aangeboren Hersenletsel (NAH) en Arbeidsparticipatie. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). 2012.
- [36] Boot CR, Vercoulen JH, van der Gulden JW, Orbon KH, van den Hoogen H, Folgering HT. Sick leave in patients with obstructive lung disease is related to psychosocial and work variables rather than to FEV1. *Respir Med.* 2005b;99:1022-31.
- [37] Sivertsen B, Øverland S, Glozier N, Bjorvatn B, Mæland JG, Mykletun A. The effect of OSAS on sick leave and work disability. *European Respiratory Journal* 2008;32:1497-503.
- [38] Rongen A, Zemouri C, Nieuwenhuijsen K, Hulshof C, Sluiter J, Frings-Dresen M. Update van de kennis over overspanning en burnout: Diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC/UvA. 2015.
- [39] Leone SS, Huibers MJH, Knottnerus JA, Kant IJ. The prognosis of burnout and prolonged fatigue in the working population: a comparison. *J Occup Environ Med.* 2008;50:1195-202.
- [40] Van Egmond ME, Luijckx GJ, Kramer H, Benne CA, Slebos DJ, Van Assen S. Diaphragmatic weakness caused by neuroborreliosis. *Clinical neurology and neurosurgery.* 2011;113:153-5.
- [41] Jong E, Oudhoff LA, et al. Predictors and treatment strategies of HIV-related fatigue in the combined antiretroviral therapy era. *AIDS* 2010;24:1387-405.
- [42] Worm-Smeitink M, Nikolaus S, Goldsmith K, Wiborg J, Ali S, Knoop H, Chalder T. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: Differences in treatment outcome between a tertiary treatment centre in the United Kingdom and the Netherlands. *J Psychosom Res.* 2016;87:43-9.
- [43] Asher A, Myers JS. The effect of cancer treatment on cognitive function. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2015;13:441-50.
- [44] Hutchinson AD, Hosking JR, Kichenadasse G, et al. Objective and subjective cognitive impairment following chemotherapy for cancer: A systematic review. *Cancer Treat Rev.* 2012;38:926-34.
- [45] Cornelius LR, van der Klink JJ, de Boer MR, Groothoff JW, Brouwer S. Predictors of functional improvement and future work status after the disability benefit claim: a prospective cohort study. *J Occup Rehabil.* 2014;24:680-91.
- [46] Van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ, van der Beek AJ. Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2013;22:144-60.
- [47] Dekkers-Sánchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2008;65:153-7.
- [48] Spanjer J, Krol B, Brouwer S, Groothoff JW. Inter-rater reliability in disability assessment based on a semi-structured interview report. *Disabil Rehabil.* 2008;30:1885-90.
- [49] Sorgdrager B, van Vliet K, van Mechelen W. Naar een BRAVO-beleid door bedrijfsartsen. *TVBV* 2006 Mar;14(3):110-111.
- [50] RIVM. Volksgezondheidszorg.info 2019; Available at: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-volwassenen>. Bezocht op 10-04-2020.
- [51] Martin-Rodriguez E, Guillen-Grima F, Martí A, Brugos-Larumbe A. Comorbidity associated with obesity in a large population: The APNA study. *Obesity Research & Clinical Practice* 2015;9(5):435-447.
- [52] Heuch I, Heuch I, Hagen K, Zwart J. Body mass index as a risk factor for developing chronic low back pain: a follow-up in the Nord-Trøndelag Health Study. *Spine* 2013 Jan 15;38(2):133-139.
- [53] Nigatu YT, Reijneveld S, Jonge P, Rossum L, Bültmann U. The combined effects of obesity, abdominal obesity and major depression/

5. Literatuur

- anxiety on health-related quality of life: The lifelines cohort study. *PLoS ONE* 2016 Feb 1,;11(2):e0148871.
- [54] Müller-Riemenschneider F, Reinhold T, von Schulzendorff A, Willich SN. Health economic burden of obesity – an international perspective. In: Crawford D, Jeffery RW, Ball K, Brug J, editors. *Obesity Epidemiology: From Aetiology to Public Health*: Oxford University Press; 2010.
- [55] Robroek S, Reeuwijk K, Hillier J, Bambra C, Rijn R, Burdorf A. The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: A meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2013 May 10,;39(3):233-240.
- [56] Tam G, Yeung MPS. A systematic review of the long-term effectiveness of work-based lifestyle interventions to tackle overweight and obesity. *Preventive Medicine* 2018 Feb;107:54-60.
- [57] Demou E, MacLean A, Cheripelli LJ, Hunt K, Gray CM. Group-based healthy lifestyle workplace interventions for shift workers: a systematic review. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2018 Nov 1,;44(6):568-584.
- [58] Kouwenhoven-Pasmooij TA, Robroek SJ, Ling SW, van Rosmalen J, van Rossum EF, Burdorf A, et al. A Blended Web-Based Gaming Intervention on Changes in Physical Activity for Overweight and Obese Employees: Influence and Usage in an Experimental Pilot Study. *JMIR serious games* 2017 Apr 3,;5(2):e6.
- [59] Kouwenhoven-Pasmooij T, Robroek S, Kraaijenhagen R, Helmhout PH, Nieboer D, Burdorf A, et al. Effectiveness of the blended-care lifestyle intervention 'PerfectFit': A cluster randomised trial in employees at risk for cardiovascular diseases. *BMC Public Health* 2018 Jun 19,;18(1):766.
- [60] van Berkel J, Boot CRL, Proper KI, Bongers PM, van der Beek, A. J. Effectiveness of a Worksite Mindfulness-Related Multi-Component Health Promotion Intervention on Work Engagement and Mental Health: Results of a Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 2014;9(1):e84118.
- [61] Viester L, Verhagen, E. A. L. M, Bongers PM, van der Beek, A. J. The effect of a health promotion intervention for construction workers on work-related outcomes: results from a randomized controlled trial. *Int Arch Occup Environ Health* 2015;88(6):789-798.
- [62] Karen M Oude Hengel, Brigitte M Blatter, Henk F van der Molen, Paulien M Bongers, Allard J van der Beek. The effectiveness of a construction worksite prevention program on work ability, health, and sick leave: results from a cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2013 Sep 1,;39(5):456-467.
- [63] Coffeng JK, Heniksen IJM, Duijts SFA, Twisk JWR, van Mechelen W, Boot CRL. Effectiveness of a Combined Social and Physical Environmental Intervention on Presenteeism, Absenteeism, Work Performance, and Work Engagement in Office Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2014;56(3):258-265.
- [64] Wier MFv, Verweij LM, Proper KI, Hulshof CTJ, Tulder MWv, Mechelen Wv. Economic evaluation of an occupational health care guideline for prevention of weight gain among employees. 2013.
- [65] Jorien E Strijk, Karin I Proper, Willem van Mechelen, Allard J van der Beek. Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2013 Jan 1,;39(1):66-75.
- [66] Jac JL van der Klink, Ute Bültmann, Alex Burdorf, Wilmar B Schaufeli, Fred RH Zijlstra, Femke I Abma, et al. Sustainable employability – definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2016 Jan 1,;42(1):71-79.
- [67] Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS. Voor het eerst meer dan 9 miljoen werkenden. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/03/voor-het-eerst-meer-dan-9-miljoen-werkenden>. Bezocht op 16-1-2020.
- [68] Centrum Werk Gezondheid met inbreng van de SER: vanuit de werkgroep SR Chronisch Zieke Werkenden is hiertoe een literatuur-

- studie verricht. Impact Graphic: Werkbehoud bij chronische aandoeningen, wat levert het op? Available from: https://www.fitforworknederland.nl/wp-content/uploads/2019/04/FitforWork_ImpactGraphic_2019.pdf
- [69] Fleischmann M, Carr E, Xue B, Zaninotto P, Stansfeld SA, Stafford M, et al. Changes in autonomy, job demands and working hours after diagnosis of chronic disease: a comparison of employed and self-employed older persons using the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *J. Epidemiol Community Health*. 2018 October; 72 (10): 951-957.
- [70] Torp S, Syse J, Paraponaris A, Gudbergsson S. Return to work among self-employed cancer survivors. *J Cancer Surviv* 2017 April; 11(2):189-200.
- [71] Bültmann U, Kant I, Kasl SV, Beurskens AJ, van den Brandt PA. Fatigue and psychological distress in the working population: psychometrics, prevalence, and correlates. *J Psychosom Res*. 2002 Jun;52(6):445-52.
- [72] Joosen, M.C.W., Frings-Dresen, M.H.W. & Sluiter, J.K. Long-Term Outcomes Following Vocational Rehabilitation Treatments in Patients with Prolonged Fatigue. *Int.J. Behav. Med*. 20, 42–51 (2013).
- [73] Wolvers MDJ, Leensen MCJ, Groeneveld IF, Frings-Dresen MHW, De Boer AGEM. Predictors for earlier return to work of cancer patients. *J Cancer Surviv*. 2018 Apr;12(2):169-177.
- [74] Carlson LE, Subnis UB, Piedalue KL, Vallerand J, Specca M, Lupichuk S, Tang P, Faris P, Wolever RQ. The ONE-MIND Study: Rationale and protocol for assessing the effects of ONlinE MINDfulness-based cancer recovery for the prevention of fatigue and other common side effects during chemotherapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Jul;28(4):e13074. DOI: 10.1111/ecc.13074. Epub 2019 May 5.
- [75] Leensen MCJ, Groeneveld IF, Heide IV, Rejda T, van Veldhoven PLJ, Berkel SV, Snoek A, Harten WV, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM. Return to work of cancer patients after a multidisciplinary intervention including occupational counselling and physical exercise in cancer patients: a prospective study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2017 Jun 15;7(6):e014746. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014746.
- [76] Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 10. Art. No.: CD003200. DOI: 10.1002/14651858.CD003200.pub8.
- [77] Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD001027. DOI: 10.1002/14651858.CD001027.pub2.
- [78] Carolyn E. Wilshire, Tom Kindlon, Robert Courtney, Alem Matthees, David Tuller, Keith Geraghty, Bruce Levin. Rethinking the treatment of chronic fatigue syndrome—a reanalysis and evaluation of findings from a recent major trial of graded exercise and CBT. *BMC Psychol*. 2018; 6: 6.
- [79] Dutch Pain Society, Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar een stem. *Zorgstandaard chronische pijn*. 2017.
- [80] de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave? *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):489–502. DOI:10.1007/s10926-012-9360-6.
- [81] van Wilgen C.P., Remerie S.C. (2019) Pijneducatie: de eerste stap in de behandeling. In: Verbunt J., Swaan J., Schiphorst Preuper H., Schreurs K. (eds) *Handboek pijnrevalidatie*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- [82] Centrum Werk Gezondheid met inbreng van de SER: vanuit de werkgroep SR Chronisch Zieke Werkenden is hiertoe een literatuurstudie verricht. Impact Graphic: Werkbehoud bij chronische aandoeningen, wat levert het op? Available from: https://www.fitforworknederland.nl/wp-content/uploads/2019/04/FitforWork_ImpactGraphic_2019.pdf. Bezocht in april 2019.
- [83] Van Gorp DAM, van der Klink JJJ, Abma FI, Jongen PJ, Lieshout van I, Arnoldus EPJ, et al. The capability set for work – correlates of sustainable employability in workers with multiple sclerosis. *Health Qual life Outcomes*, 2018 June; 16: 113.

5. Literatuur

- [84] Van der Hiele K, van Gorp D, Ruimschotel R, Kamminga N, Visser L, Middelkoop H. Work Participation and Executive Abilities in Patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *PloS One*, 2015 June; 10(6).
- [85] Boot CRL, Broek -van Lieshout van den IJ, Gulden van der JWJ. Werken hangt samen met de kwaliteit van leven bij mensen met multipole sclerose. *TBV* 2009 december: 17 (10): 435-439.
- [86] RIVM. Overspannenheid en burn-out>Cijfers & Context>Huidige situatie [Available from: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/cijfers-context/huidige-situatie#!node-aantal-meldingen-burn-out-bij-werknemers.>]
- [87] Beroepsziekten NCvB. NCvB statistiek – Nationale Registratie Beroepsziekten 2018. Via: <https://www.beroepsziekten.nl/datafiles/statistics/ncvb-statistics/NCvB-Statistiek-2018.pdf>
- [88] NVAB. Achtergronddocument bij de richtlijn psychische problemen voor het handelen van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts bij werkenden met psychische problemen 2019. Via: https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/ADOC_psychische_problemen_def.pdf
- [89] Beroepsziekten NCvB. Achtergronddocument bij registratierichtlijn E002 Overspanning/ burnout als beroepsziekte 2019. Via: <https://www.beroepsziekten.nl/datafiles/achtergrond-documenten/achtergronddocument-e002.pdf>
- [90] Rongen A, Zemouri C, Nieuwenhuijsen K, Hulshof C, Sluiter J, Frings-Dresen M. Update van de kennis over overspanning en burnout: diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief. *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC/UvA*; 2015 2015. Contract No.: 15-05.
- [91] Maricuțoiu LP, Sava FA, Butta O. The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2016;89(1):1-27.
- [92] Grond JThH. De scheiding tussen behandeling en controle. *Tijdschr Soc Geneesk* 1980;58:669-78.
- [93] Van der Gulden JWJ. Aandacht voor werk in het spreekuur van de huisarts. *Tijdsch Soc Geneesk* 2011;89 (1);3
- [94] Theo Senden, Desiree Dona, Jacqueline Janssen. Radboudumc overbrugt kloof tussen zorg en arbeidsdomein. *Medisch contact*, 2019. Via: <https://www.medischcontact.nl/tijdschrift/medisch-contact-thema/thema-artikel/radboudumc-overbrugt-kloof-tussen-zorg-en-arbeidsdomein.htm>
- [95] Onderzoeksagenda orthopedie, 2019-2022. Via: <https://www.orthopeden.org/downloads/630/onderzoeksagenda-orthopedie-2019-2022.pdf>
- [96] Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, Cassidy JD. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap*. 2016 Sep 8;24(1):32.
- [97] Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WE, Busse JW, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 30;3:CD011618.
- [98] Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, van Mechelen W. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Feb 1;32(3):291-8.
- [99] van Vilsteren M, Boot CR, Twisk JW, van Schaardenburg D, Steenbeek R, Voskuyl AE, Anema JR. Effectiveness of an integrated care intervention on supervisor support and work functioning of workers with rheumatoid arthritis. *Disabil Rehabil*. 2017 Feb;39(4):354-362.
- [100] Vonk Noordegraaf A, Anema JR, van Mechelen W, Knol DL, van Baal WM, van Kesteren PJ, Brölmann HA, Huirne JA. A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: results of a multicentre randomised trial. *BJOG*. 2014 Aug;121(9):1127-35.
- [101] Hoorntje, Alexander & Witjes, Suzanne & Koenraadt, Koen & Kuijer, P Paul & Blankevoort, Leendert & Kerkhoffs, Gino & Geenen, Rutger. (2020). Goal Attainment Scaling Rehabilitation Improves Satisfaction

- with Work Activities for Younger Working Patients After Knee Arthroplasty: Results from the Randomized Controlled ACTION Trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 1. 10.2106/JBJS.19.01471.
- [102] Cost-effectiveness of a transmural integrated care program for knee arthroplasty patients in the working population. Amsterdam UMC.
- [103] Evaluatie van een implementatiestrategie voor Individual Placement and Support (IPS) voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Kennis Centrum Verzekeringsgeneeskunde/Amsterdam UMC.
- [104] Arbeidsgerichte zorg in MUMC+: van polikliniek tot werkplek. Maastricht Universiteit.
- [105] Evaluatie integrale MDL zorg. Maastricht Universiteit.
- [106] Towards sustainable labor market participation of chronic kidney disease stage 3b-5 patients: the effect of preemptive transplantation and development of a model of work support to prevent work loss (CKD@Work). UMCG (Groningen), Maastricht Universiteit, Amsterdam UMC (AMC).
- [107] Ontwikkeling en evaluatie van een BRUG-interventie (BRUG: Borstkanker Re-integratie van Uit Gezondheidszorg). Maastricht Universiteit.
- [108] Health Impact Bond als innovatief financieringsinstrument voor uitdagingen in de gezondheidszorg: een exploratieve case study van de HIB Kanker en werk. Tranzo (Tilburg Universiteit).
- [109] Platform arbocuratieve samenwerking. RIVM. Via: <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arbocuratieve-samenwerking>
- [110] Factsheet uitvoering participatiewet 2015-2019, Rijksoverheid. Via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet/documenten/brochures/2019/11/26/participatiewet>. Bezocht op 23-04-2020.
- [111] Effect van stijging AOW-leeftijd op arbeidsongeschiktheid, CPB. Via: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-18sept2018-Effect-van-stijging-AOW-leeftijd-op-arbeidsongeschiktheid.pdf>. Bezocht op 23-04-2020.
- [112] Duurzame inzetbaarheid: zzp'ers versus werknemers, TNO. Via: https://www.tno.nl/media/7589/duurzame_inzetbaarheid_zzpers_versus_werknemers_r16002.pdf. Bezocht op 23-04-2020.
- [113] In wat voor land willen wij werken? Eindrapport van de Commissie Regulering van Werk. Via: <https://www.reguleringvanwerk.nl/documenten/publicaties/2020/01/23/eindrapport-commissie-regulering-van-werk>. Bezocht op 23-04-2020.
- [114] WRR-rapport nr. 102: Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht. Via: <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2020/01/15/het-betere-werk>. Bezocht op 26-04-2020.
- [115] Concurrentie tussen mantelzorg en betaald werk, SCP. Via: https://www.utrecht-monitor.nl/sites/www.utrecht-monitor.nl/files/documenten/concurrentie_tussen_mantelzorg_en_betaald_werk_2015_scp.pdf. Bezocht op 23-04-2020.
- [116] van Oostrom, S. H., Polder, J., van Guldener, V., & Proper, K. I. (2019). Samen werken aan kennis voor arbeid en gezondheid. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 27(5), 20-28.
- [117] AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Mei 2009.

6. Bijlagen

Bijlage 1 - Lijst met afkortingen

AIOS	Arts in opleiding tot specialist
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVS	Chronisch vermoeidheidssyndroom
GAV	Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken
Ministerie SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Ministerie VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MS	Multiple sclerose
NAH	Niet-aangeboren hersenletsel
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde
OSAS	Obstructief slaapapneusyndroom
PDS	Prikkelbare darmsyndroom
QVS	Q-koortsvermoeidheidssyndroom
SOLK	Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Bijlage 2 - Deelnemers kwaliteitstafel

AKC	Arbeidsdeskundig Kennis Centrum
Amsterdam UMC – Locatie AMC	
BA&O	Beroepsvereniging Arbeids- & organisatiedeskundigen
BVVA	Belgische Vereniging Voor Arbeidsverhoudingen
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond
De Geneeskundestudent	
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
GAV	Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken
IOSG	Interfacultair Overleg Hoogleraren Sociale Geneeskunde
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KokxDeVoogd	
KoM	Kwaliteit op Maat
LOSGIO	Landelijk Overleg Sociaal Geneeskundigen in Opleiding
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)	
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVKA	Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde
NVVA	Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen
NVvA	Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne
NVVG	Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde
NVVK	Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde
OVAL	Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan
Radboudumc	
SGBO	Sociaal Geneeskundige Beroepsopleiding
Tranzo – Tilburg University	
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VCP	Vakcentrale voor Professionals
Verbond van Verzekeraars	
VNO-NCW / MKB-Nederland	Verbond van Nederlandse Ondernemingen-Nederlands Christelijk Werkgeversverbond / Landelijke belangenvereniging Midden- en Kleinbedrijf
Amsterdam UMC – Locatie VUmc	
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

6. Bijlagen

Bijlage 3 - Overige belanghebbenden

ACPV	Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde
CIAO	Centrum Inclusieve Arbeidsorganisatie
Erasmus MC	
HAN University of Applied Sciences	
Instituut Gak	
KCVG	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
Maastricht University	
NCvB	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NVGzP	Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Patiëntenfederatie Nederland*	
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
Trimbos-instituut	
VRA	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
Zorgverzekeraars Nederland	
Stichting ZZP Nederland	

Voor de prioriteringsbijeenkomst werden daarnaast nog benaderd:

- Commissie klachten behandeling aanstellingskeuringen
- Sectorinstituut Transport en logistiek
- Stigas
- Vereniging zelfstandige en freelance bedrijfsartsen
- Vollandis

*Patiëntenorganisaties benaderd door de Patiëntenfederatie Nederland

Asbestslachtoffers Vereniging Nederland
CBB/FES
CCUVN
CVS Vereniging
Diabetesvereniging Nederland
Dwarslaesie Organisatie Nederland
Endometriose Stichting
Harteraad
Hematon
Hersenletsel.nl
Hoofdpijnnet
Longfonds
Lymevereniging
ME/CVS Stichting
MIND
MS Vereniging
Nederlandse Vereniging voor Hemofilie
NFK
Nierpatiënten Vereniging Nederland
Oogvereniging
Osteoporose Vereniging
Parkinson Vereniging
Patiëntenplatform hersenaneurysma
Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging
ReumaNederland
Reumazorg Nederland
RSI vereniging
Steungroep ME en arbeidsongeschiktheid
Stichting Hoormij
Stichting OPS
Whiplash Stichting Nederland

Bijlage 4 - Richtlijnen

KNGF-richtlijn Klachten aan de arm, nek en/of schouder (2010)
NVAB Blauwdruk Kanker en werk (2009)
NVAB-conceptrichtlijn Contacteczeem (2019)
NVAB-conceptrichtlijn Gehoorstoornissen en/of tinnitus (2019)
NVAB-conceptrichtlijn Gezondheidseffecten van nachtwerk (2019)
NVAB-conceptrichtlijn Ischemische hartziekten (2019)
NVAB-richtlijn Agressie en geweld (2013)
NVAB-richtlijn Arbeid en Lymeziekte (2014)
NVAB-richtlijn Astma en COPD (2019)
NVAB-richtlijn Bevorderen van veilig gedrag in productieomgevingen (2013)
NVAB-richtlijn Computerwerk (2013)
NVAB-richtlijn Conflicten in de werksituatie (2019)
NVAB-richtlijn Influenza: preventie en outbreak control (2007)
NVAB-richtlijn Influenzapandemie in arbeidsorganisaties (2012)
NVAB-richtlijn Kanker en werk (2019)
NVAB-richtlijn Klachten arm, schouder of nek (2014)
NVAB-richtlijn Lichaamstrillingen (2014)
NVAB-richtlijn Obstructieve slaapapneusyndroom en werk (2012)
NVAB-richtlijn Overspanning en burn-out (2011)
NVAB-richtlijn Preventie beroepslethorendheid (2006)
NVAB-richtlijn Psychische problemen (2019)
NVAB-richtlijn Vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen (2013)
NVAB-richtlijn Werkdruk (2013)
NVAB-richtlijn Werk-prive balans (2013)
NVAB-richtlijn Zwangerschap, postpartumperiode en werk (2018)
Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (2013)
Multidisciplinaire richtlijn Aspectie Klachten Arm, Nek en/of Schouders (2012)
Multidisciplinaire richtlijn Chronische aangezichtspijn (2013)
Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2013)
Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van het prikkelbare darmsyndroom (2011)
Multidisciplinaire richtlijn Familiaal huiselijk geweld (2009)
Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen (2010)
Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie (2011)
Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid (2012)
Multidisciplinaire richtlijn Mensen met migraine... aan het werk! (2013)
Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie (2012)
Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008)
Multidisciplinaire richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom (2019)
Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2012)
Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2008)
Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen (2013)
Multidisciplinaire richtlijnmodule Diabetes en arbeid (2011)
Registratierichtlijn Artrose van de heup
Registratierichtlijn Beroepsgebonden CTS
Registratierichtlijn Beroepsgebonden depressie
Registratierichtlijn Beroepsgebonden huidmaligniteiten
Registratierichtlijn Beroepsgebonden lumbosacraal radiculair syndroom

Registratierichtlijn Beroepsgebonden subacromiaal pijnsyndroom
Registratierichtlijn Epicondylitis lateralis
Registratierichtlijn Gehoorverlies door beroepsmatige blootstelling aan lawaai
Registratierichtlijn Overspanning/burn-out als beroepsziekte
Registratierichtlijn Werkgerelateerd astma
Registratierichtlijn Werkgerelateerd rhinitis
Registratierichtlijn Werkgerelateerde stemstoornis
Registratierichtlijn Tinnitus
Richtlijn Acuut lateraal enkelbandletsel (2011)
Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit (2012)
Richtlijn Beoordeling van risico's op arbeidsongeschiktheid in verband met psychische klachten of aandoeningen (2017)
Richtlijn Cardiovasculair risicomangement (2019)
Richtlijn Carpaletunnelsyndroom (2017)
Richtlijn Chronische Rhinosinusitis en neuspoliep (2009)
Richtlijn Chronisch zieken en werk (2016)
Richtlijn Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie (2018)
Richtlijn Consitutioneel eczeem (2014)
Richtlijn Contacteczeem (2013)
Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (2016)
Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) (2013)
Richtlijn Diagnostiek en behandeling van mensen met Whiplash associated disorder I/II (2008)
Richtlijn Diagnostiek en beleid bij volwassenen met chronische nierschade (2018)
Richtlijn Follow-up na kinderkanker (2010)
Richtlijn Guillain-Barre syndroom (2011)
Richtlijn Herziening complex regionaal pijnsyndroom type I (2014)
Richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom (2008)
Richtlijn Lymeziekte (2013)
Richtlijn Morbide Obesitas (2011)
Richtlijn Multiple sclerose (2012)
Richtlijn Oncologische revalidatie (2011)
Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008)
Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid (2015)
Richtlijn Schildklierfunctiestoornissen (2012)
Richtlijn Stemklachten (2016)
Richtlijn Subacromiaal pijnsyndroom van de schouder (2013)
Richtlijn Totale knieprothese (2014)
Richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen (2011)
Richtlijn Varicella (2010)
Richtlijn Werkgerelateerd astma (2016)
Verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen en werk (update - 2017)
Verzekeringsgeneeskundig protocol Aspecifieke lage rugklachten (update - 2015)
Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker en werk (update - 2017)
Verzekeringsgeneeskundig protocol Darmkanker (2009)
Verzekeringsgeneeskundig protocol Hartinfarct (update - 2015)
Verzekeringsgeneeskundig protocol Overspanning en burn-out (update - 2015)
Verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash (update - 2015)

6. Bijlagen

Bijlage 5 - Resultaat kennisvragen prioriteringsbijeenkomst

Nr.	Vraag	# BA/ VA	# Overig	# pt	Totaal # stemmen
1	In hoeverre zijn bijwerkingen van medicatie van invloed op werkbehoud en werkherwinning?	2			2
2	Welke factoren voorspellen het aanhouden van klachten en beperkingen bij licht trauma van het hoofd?	2	2		4
3	Welke (persoonlijkheids)factoren zijn voorspellend voor een succesvolle re-integratie, onafhankelijk van de aard van de primaire aandoening?	1			1
4	Welke factoren (individuele en/of werkgebonden) zijn voorspellend voor het wel of niet uitvallen van vrouwen met overgangsklachten?	1	1		2
5	Welke werkgerelateerde risicofactoren veroorzaken epigenetische veranderingen bij werkenden waardoor een verhoogd risico op ziekte ontstaat?	7			7
6	Wat zijn risicofactoren voor vertraagde werkherwinning na het doormaken van een hartinfarct?			2	2
7	Wat zijn prognostische factoren voor de duur tot herstel en terugkeer naar werk bij mensen met overspanning/burn-out?	6	4		10
8	Welke persoonlijkheidsaspecten bij werknemers zijn risicoverhogend voor de ontwikkeling van psychische klachten door overbelasting op het werk?	1	1		2
9	Welke aspecten zijn relevant voor de prognose (bijvoorbeeld comorbiditeit) van functioneren in werk/terugkeer naar werk bij patiënten met een depressieve stoornis?			1	1
10	Wat zijn voorspellende factoren (bijvoorbeeld ploegendienst, eerdere depressieve episode, roken) voor het optreden van (recidief) arbeidsongeschiktheid door psychische klachten of aandoeningen?	12	2	1	15
11	Wat is de invloed van maatschappelijke beleidsontwikkelingen op de gezondheid en arbeidsparticipatie van (kwetsbare) werkenden?	18	7	6	31
12	Welke genderverschillen zijn relevant om in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde rekening mee te houden?	3			3
13	Wat is de invloed van omgevingsfactoren op arbeidsparticipatie van mensen met een common mental disorder (niet alleen angststoornis)?		2		2
14	Wat is de effectiviteit van een burn-out behandeling op het voorkomen van een recidief?	9	4	1	14
15	'Werk als medicijn', wat is het effect/de effectiviteit van werkbehoud op het verloop van chronische aandoeningen met een intermitterend beloop (onder andere PDS, MS, migraine)?	15	7	9	31
16	Welke interventies zijn effectief voor het functioneren in werk na licht hoofdtrauma met aanhoudende klachten?	3	1	1	5
17	Wat is de toegevoegde waarde van pijneducatie als eerste behandelstap bij chronische pijn en het effect op het beloop van de klachten en functioneren in werk?	4	3	5	12
18	Wat zijn effectieve leefstijlinterventies op werkbehoud en duurzame inzetbaarheid bij werkenden met chronische aandoeningen?	13	2	12	27
19	Wat zijn effectieve interventies/hulpmiddelen voor werkbehoud of werkherwinning bij mensen met specifieke KANS?	1	2	1	4

Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

20	Welke interventies zijn effectief om mensen met artrose duurzaam inzetbaar te houden?	2	4	6
21	Wat is de effectiviteit van actieve opsporing van depressie/angststoornissen met een eenvoudige vragenlijst bij werkenden met hartfalen op werk?			0
22	Welke interventies verbeteren de belastbaarheid/re-integratie van werkenden met OSAS?	2	1	3
23	Welke interventies zijn zinvol bij werkenden met chronische vermoeidheid (in de breedste zin van het woord) ten aanzien van hun functioneren en/of arbeidsparticipatie?	7	1	6
24	Wat zijn effectieve interventies om arbeidsparticipatie tijdens en na kankerbehandeling te bevorderen?	3	3	6
25	Welke factoren zijn van invloed op arbeidsparticipatie onder zzp'ers met een chronische aandoening?	6	3	6
26	Welke werk/persoonlijke interventies zijn effectief voor werkenden met psychische problemen om (borderline, ernstige psychische aandoeningen, depressie, angst) voor functioneren (bijvoorbeeld behouden van baan, voorkomen van verzuim)?	4	4	1
27	Welke interventies/methodieken helpen om te voorkomen dat familie/naasten (die werken) van mensen met psychische problemen zelf een burn-out/depressie krijgen of uitvallen?	2	1	4
28	Wat is de effectiviteit van een PMO (+ eventuele interventie) op het bevorderen van duurzame inzetbaarheid voor de oudere werkende?			0
29	Wat is de effectiviteit van interventies op duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers?	7	3	10
30	Wat is de effectiviteit van leefstijlbevordering onder werkenden op het verminderen van ziekteverzuim en het bevorderen van duurzame inzetbaarheid?	11	4	4
31	Wat is het effect van implementatie van de nieuwe NVAB-richtlijn contactcezem bij niet- en wel risicoberoepen?	1	1	2
32	Welke maatregelen op het werk zijn effectief ter preventie van knieartrose?	3	1	2
33	Welke maatregelen op het werk zijn effectief ter preventie van werkgerelateerd subacromiaal pijnsyndroom?			0
34	Welke vormen van PMO (bijvoorbeeld spirometrie/huidpriktest) bij werkenden met een verhoogd risico zijn effectief bij werkgerelateerd astma/COPD?		2	2
35	Wat is de effectiviteit van een preventief consult door de bedrijfsarts op werkbehoud en terugkeer naar werk tijdens en na zwangerschap en het effect op zwangerschapsuitkomsten?	4	1	1
36	Wat zijn effectieve en praktische tools om voor veelvoorkomende ziekte-overstijgende symptomen (vermoeidheid, pijn en cognitieve beperkingen) de invloed op het functioneren van een patiënt in werk in kaart te brengen?	5	2	5
37	Wat is een effectieve en praktische tool om de gevolgen van NAH voor een patiënt in kaart te brengen?	5	2	7
38	Welke onderzoeksmethoden dragen bij aan het inschatten van duurbelastbaarheid, in het bijzonder bij moeilijker objectiveerbare aandoeningen?	16	2	14
39	Wat is het effect van gezamenlijke besluitvorming (shared decision making met de cliënt) binnen de arbeidsgeneeskundige zorg (bedrijfsarts/verzekeringarts) op werkhervatting (in vergelijking met de gebruikelijke zorg/begeleiding)?	4	2	3
40	Is het gericht samenwerken (bij een effectieve interventie) tussen de behandelaars en bedrijfsarts/verzekeringarts bij gezondheidsproblemen effectiever op arbeidsparticipatie dan usual care?	17	6	13

= aantal stemmen per groep (beroepsgroep, overigen en patiëntenvertegenwoordigers)

6. Bijlagen

Bijlage 6 - Wetenschappelijke activiteiten

Instituut	Titel	Inhoud (indien bekend)
Erasmus MC - Maatschappelijke gezondheidszorg	Worklong	Dit multidisciplinaire onderzoek de volgende aspecten: - De impact van wetgeving en beleidsmaatregelen rond het verhogen van de pensioenleeftijd op uitval uit werk bij werknemers met gezondheidsproblemen; - De langetermijneffecten van interventies en beleid om behoud van werk bij werknemers met chronische aandoeningen te bevorderen; - De impact van wetgeving en beleid op de gezondheid van werknemers van verschillende sociaal-demografische groepen voor en na pensionering.
	In or out employment? How do national policies and economic climate determine health-selective employment in Europe?	Met innovatieve statistische methoden wordt de invloed van nationaal beleid en het economisch klimaat op de arbeidsparticipatie van chronisch zieken onderzocht.
	Big data en re-integratie	Wat zijn de kansen, risico's en (on)mogelijkheden in het gebruik van big data om de effectiviteit en kwaliteit van gemeentelijke re-integratie te verbeteren?
	PerfectFit 2.0	Dit onderzoek evalueert de effectiviteit en implementatie van een gezondheidsbevorderende aanpak, bestaande uit een preventief medisch onderzoek, gevolgd door coaching met motiverende gespreksvoering, voor het bevorderen van de gezondheid van werknemers met een lage sociaaleconomische positie.
	Promotion of healthy behaviour and prevention of obesity in workers with a lower socioeconomic position: an equity specific analysis of what works and why	De gegevens van 17 in Nederland uitgevoerde interventiestudies naar gezondheidsbevordering op de werkplek worden opnieuw geanalyseerd om te onderzoeken of en welke interventies sociaaleconomische gezondheidsverschillen vergroten of verkleinen.
	Healthy behavior and good working conditions as adaptation factors for better health and work participation of workers in low socioeconomic position (SEP) with a chronic disease	In dit onderzoek komen onderstaande onderzoeksvragen aan bod: - Dragen gezond gedrag en goede werkomstandigheden op een verschillende manier bij aan een betere gezondheid en werkbehoud bij werkenden met een chronische ziekte in een lage sociaaleconomische positie (SEP) versus een hoge sociaaleconomische positie? - Welke gezonde gedragingen en goede werkomstandigheden dragen bij aan een betere ervaren gezondheid en werkbehoud bij werkenden in een lage SEP met een chronische ziekte, en verschilt dit tussen specifieke chronische ziekten? - Zijn werkomstandigheden bevorderend of belemmerend voor een gezonde leefstijl bij werkenden in een lage SEP met een chronische ziekte, en vice versa? - Leiden verbeteringen in gezond gedrag en werkomstandigheden tot een betere gezondheid en beter functioneren op het werk bij chronisch zieken in een lage SEP en een chronische ziekte?
	Beslissingsondersteunend instrument: 'Chronische aandoeningen en arbeidsparticipatie'	Dit onderzoek bouwt voort op bovenstaand onderzoek en heeft als doel inzicht te krijgen in welke werkgerelateerde kenmerken relevant zijn voor het functioneren in werk en arbeidsuitval en de invloed van wisselwerking met persoons- en ziektegerelateerde factoren. Deze kennis wordt vervolgens vertaald naar een beslissingsondersteunend document voor arbeidsdeskundigen.
	Werk als beste zorg	Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te krijgen in de toegevoegde waarde van werk als beste zorg in het bevorderen van duurzame arbeidsparticipatie en verbetering van de gezondheid bij cliënten met langdurige psychische problematiek.

UMCG	De invloed van naasten op arbeidsparticipatie van werknemers met een chronische ziekte	Betreft project binnen een landelijk onderzoeksprogramma 'De werkende centraal: wat is de rol van de sociaal geneeskundige' (www.dewerkendecentraal.nl). Het doel van dit project is het ontwikkelen van een wetenschappelijk onderbouwde methodiek waarmee sociaal geneeskundigen op een gestandaardiseerde wijze de sociale context van hun cliënten in kaart kunnen brengen en deze kunnen betrekken in hun advisering, begeleiding en beoordeling van de belastbaarheid van chronisch zieke werknemers.
	Aandacht voor de invloed van naasten in het BG/VG handelen: ontwikkeling van een e-learningmodule en gesprekstool	Dit onderzoek ontwikkelt een e-learningmodule en gesprekstool voor bedrijfs- en verzekeringsartsen om het betrekken van naasten in arbeidsgerelateerde zorg te bevorderen.
	DIPI: Ontwikkeling en evaluatie van een bedrijfsgeneeskundige interventie voor verbetering van ziektepercepties van chronisch zieke werknemers in laag sociaaleconomische positie en hun partners	Doel van dit project is het ontwikkelen, toepassen en evalueren van een bedrijfsgeneeskundige behandeling die zich richt op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en ziektepercepties van chronisch zieke werknemers in lage SEP en hun partners. Het project wordt uitgevoerd door onderzoekers van het UMCG en de doelgroep, in samenwerking met vier bedrijven en hun arbodiensten.
	Landelijk dataregister Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen	Er wordt gezamenlijk gewerkt aan het oprichten van het landelijk dataregister Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Vastlegging van bestaande gegevens in een verzekeraar overstijgend "dataregister AOV" biedt mogelijkheden tot interessante onderzoeksprojecten op basis van 'big-data', wat onder andere zal leiden tot op actuele data gestoelde objectieve richtlijnen voor het private domein van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.
UMCG - BG	Academische werkplaats in oprichting	De Academische Werkplaats Arbo Unie-UMCG zal zich richten op de gebieden preventie, verzuim, re-integratie en werkfunctioneren.
	Frequent verzuim	Het onderzoek belicht het fenomeen frequent verzuim in verschillende studies, onder andere betreffende een e-health interventie.
	Mentale gezondheid en werk functioneren	Het onderzoek richt zich op het werkfunctioneren van werknemers na werkhervatting na psychisch verzuim.
	Gehoor en duurzame inzetbaarheid	Het onderzoek richt zich op de relatie tussen gehoorproblemen en duurzame inzetbaarheid, gemeten met de capability approach, van docenten.
UMCG - KCVG	De beoordeling van de duurbelastbaarheid door de verzekeringsarts	Dit project verwerft kennis en inzicht over de (beoordeling van) duurbelastbaarheid en de factoren die daarbij een rol spelen.
	Bronnen van variatie bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling	Het doel van dit promotieonderzoek is om meer inzicht te krijgen in de bronnen van variatie op de FML, welke kenmerken van cliënt en werk deze variatie kunnen verklaren (naast kenmerken van de verzekeringsarts), wat een acceptabele bandbreedte is, en hoe daarmee interdoktervariatie te verminderen. De onderzoeksopzet is een mix van kwalitatieve (focusgroep, vignetstudie) en kwantitatieve studies (registeranalyses, haalbaarheidsstudie).
	Sociaal Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA): naar een evidence-based participatiegerichte beoordeling	Dit project onderzoekt de wetenschappelijke kwaliteit en bruikbaarheid van de methode SMBA onder verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen en genereert inzicht in het vaststellen van arbeidsvermogen en de factoren die daarmee samenhangen.
	Integrale participatiegerichte dienstverlening voor klanten met multiproblematiek	Het uiteindelijke doel is om de effecten te onderzoeken van een training voor arbeidsdeskundigen ten behoeve van een integrale participatiegerichte dienstverlening aan klanten met een meervoudige problematiek.

6. Bijlagen

UMCG - Academische werkplaats UWV Noord	Het BAVA-overleg: de verzekeringsarts als klankbord voor de bedrijfsarts	De pilot heeft als doel inzicht te krijgen in de haalbaarheid en bruikbaarheid van overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsarts bij langdurig verzuim.
	Regionale verschillen in de Wajong	
	Inzet van voorzieningen en relatie met participatie	Inzicht krijgen in de samenhang tussen de inzet van voorzieningen (specifiek orthopedische werkschoenen) en participatie in werk.
	Vragenlijst ervaren belemmeringen	Inzicht in bruikbaarheid van een vragenlijst voor de cliënt over ervaren belemmeringen in het spreekuur.
	Sociale zekerheidsvaardigheden	Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de aard en omvang van problematiek met betrekking tot sociale zekerheidsvaardigheden binnen de Nederlandse context en op welke terreinen deze problemen met name spelen. Hierbij steken we in op twee niveaus: 1) de klant en 2) het systeem (professionals, organisatie, wet- en regelgeving).
ACPV (GAV + UMCG)	Voorspellers voor arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen	Inzicht in voorspellers van arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen met een arbeidsongeschiktheidsverzekering om bij acceptatie betere beslissingen te kunnen nemen en gerichtere preventieve maatregelen te nemen.
	Voorspellende waarde van underwriting criteria voor levensverzekeringen bij zelfstandigen	Inzicht in de voorspellende waarde van underwriting criteria om het acceptatieproces meer evidence-based te maken en minder belastend voor de aanvrager.
AMC + Maastricht	De ontbrekende schakel: optimalisatie van werkhervatting van werknemers met kanker, door het ondersteunen van werkgevers	Het ontwikkelen en evalueren van een online toolbox om werkgevers te ondersteunen tijdens de werkhervatting van werknemers met kanker, met als doel om de arbeidsparticipatie van werknemers met kanker te verbeteren.
	Inbreng van de werkende bij begeleiding naar werk en beoordeling van functionele mogelijkheden	Het doel van dit deelproject is om te onderzoeken hoe specifieke informatie van de werkende zelf systematisch te betrekken is bij de begeleiding en beoordeling van de functionele mogelijkheden van de zieke werkenden.
	Werkvermogen: hoe meet je het en waar hangt het mee samen? Onderzoek in verschillende populaties	
AMC - KCVG	Verzekeringsgeneeskundige prognosticering: de ontwikkeling van een methodiek en training	Het doel van het onderzoek is de ontwikkeling en evaluatie van een beslissingsondersteunende methodiek en training ten behoeve van de prognosestelling door verzekeringsartsen.
	ProudWoman: het verbeteren van de gezondheid van werkende vrouwen met een lage sociaaleconomische positie van verschillende achtergronden in de overgangsfase	
	De multidisciplinaire richtlijn 'Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie' toegepast in de verzekeringsgeneeskunde	Het doel is de in de richtlijn opgenomen kennis, die verzekeringsartsen kan ondersteunen bij de beoordeling van werknemers met NAH, te actualiseren en deze geactualiseerde kennis over te dragen naar verzekeringsartsen in de praktijk.
	GIRONA: gastro intestinal cancer patients receiving occupational support near and after diagnosis	Developed an in- hospital program to support the RTW process for GI cancer patients. The program offers tailored support varying the severity of work- related problems of GI cancer patients. The (cost)-effectiveness of the intervention will be determined in a multicentre Randomised Controlled Trial.
	Proefdraaien met de werkende centraal: een proeftuin voor co-creatie van wetenschap en sociaal geneeskundig werkveld	Het doel van de proeftuin is om producten, die zijn voortgekomen uit de drie andere deelprojecten, te evalueren en te implementeren in de praktijk.

	Core Outcome Set for Work Participation	We aim to seek consensus on the core outcomes and the most suitable outcome measurement instruments.
AMC - KCVG	Verbeteren van functionele mogelijkheden bij vangnetters met psychische aandoeningen	Het ontwikkelen van een screeningsinstrument om vangnetters met psychische klachten te classificeren. Het ontwikkelen van een modulaire GGZ-interventie voor vangnetters met psychische klachten om de belastbaarheid voor werk te verhogen. Het evalueren van de implementatie van het gebruik van een screeningsinstrument met daarop aansluitend een interventie of afwachtend beleid.
	Quality improvement of vocational rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal pain and reduced work participation	
	Expect to work: weer gaan werken na een knieprotheseoperatie. Wat zijn de patiëntverwachtingen en komen die ook uit?	
	Werkfunctioneren van werkenden met een aanhoudende gezondheidsaandoening: een meetmethode plus onderzoek naar ondersteunende werk- en organisatiefactoren	
	Werk en Mantelzorg: Aanpak van mantelzorgstress en andere gezondheidsklachten bij werkenden die in de privé-situatie belast zijn met mantelzorg	
	De uitvoering van preventief medisch onderzoek door bedrijfsartsen	
	Het effect van hypoxie op de vliegprestaties van piloten	
	Van signalering naar preventie van beroepsgebonden long- en huidaandoeningen door schadelijke stoffen	
HAN	Intern project rond verzorgenden met lage SES en/of mantelzorgtaken in de ouderenzorg (lectoraat HRM van de HAN) / Vital@work	
	ZonMw project MyHealthy Lifestyle voor werkenden met lage SES (lectoraat HRM van de HAN)	
	Deskundig leidinggeven aan DI van verpleegkundigen	
	Effectiviteit van mindfulness op werkenden met veel stress	
	Authentiek en vitaal leiderschap als ondersteuning voor duurzame inzetbaarheid	
	Dyslexie en werk	
	Invloed van dyslexie op studieresultaten HBO/WO studenten	
	Kwaliteit van bewegen	
TNO	Monitoring & determinanten duurzame inzetbaarheid	Doel is een structurele datastroom te verzorgen om trends in arbeid, nieuwe arbeidsrisico's en risicogroepen te identificeren. Gaat niet alleen om structurele dataverzameling maar ook om de ontwikkeling van nieuwe meetmethoden, data-applicaties en innovatieve data-koppelingen.

6. Bijlagen

	Interventies gezond & veilig werken en gedrag	Deze hoofdlijn ontwikkelt kennis en interventies op de terreinen arbeidsveiligheid, duurzaam fysiek werk, mentale gezondheid en gezond en veilig werken met stoffen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van nieuwe technologieën en kennis over cultuur en gedrag(sbeïnvloeding), om zo deze interventies succesvol te kunnen implementeren in onderwijs en bedrijven.
	Netwerk duurzaam gezond & veilig werken	Verhogen van het bewustzijn van risico's voor gezond en veilig werken bij werkgevers en werkenden, het leveren van benodigde kennis en het vinden en delen van effectieve maatregelen.
	Ontwikkelingen gezond en veilig werken	Actuele beleids- en/of maatschappelijke vraagstukken op het terrein van gezond en veilig werken agenderen en nieuwe projecten initiëren om gezond en veilig werken in Nederland (en Europa) te bevorderen.
VUmc	The cost-effectiveness of a transmural peri-operative care program for gynaecology	
	Overgangsklachten en werkvermogen	
	Societal participation and retirement in an ageing population	
	Multiple job holding; effects on health and work participation	
	Prolonged work participation and health	
	Smoking cessation in the Netherlands: occupational settings and nationwide policies	
	Ploegendienst en Gezondheid: De gezondheidseffecten van ploegendienst en de rol van slaapkwaliteit en leefstijl	
	The Active Worker consortium: Can socio-economic health differences be explained by physical activity?	
	De (kosten) effect evaluatie van een e-health interventie programma voor grote buikoperaties op herstel	
	Physical and mental determinants of dropout and retention among nursing students	
	Sleep quality and work performance in business managers in South Africa	
Reducing sedentary behavior among office workers		
VUmc + KCVG	Bevorderen doelmatigheid WIA-herbeoordelingen	Een evidence-based instrument (op basis van een predictiemodel) dat kan helpen bij een efficiëntere planning van herbeoordelingen, kan – in het licht van de beperkte capaciteit van verzekeringsartsen – wellicht bijdragen aan het beperken van de toenemende werkdruk, zeker omdat relatief veel herbeoordelingen niet leiden tot een verandering in de uitkering.
	Voorspellende factoren voor terugkeer naar werk voor arbeidsongeschikten met SOLK	
	Professionalisering van het klantmanagement werkparticipatie en inkomen door ontwikkeling van een keuzehulp voor maatwerk	
	Shift work and health	

	TANSNIP: Trans-Atlantic Network to study Stepwise Non-invasive Imaging as a tool for Cardio Vascular Disease Prognosis and prevention	
	Stimuleren van zelfredzaamheid in het werk voor wer- kenden met een chronische ziekte. De rol van de sociaal geneeskundige	
	Citizen Science onder werknemers: Het verbeteren van de leefstijl en gezondheid van werknemers in de bouw-, agrarische- en transport en logistiek sector middels de Citizen Science aanpak	
VUmc + KCVG	Evaluatie van een implementatiestrategie voor Individual Placement and Support (IPS) voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen	Evalueren van de (kosten)effectiviteit van IPS met een financiële en een organisatorische implementatiestrategie ten aanzien van: de duur tot het ver- krijgen van minstens 1 dag regulier, betaald werk bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) vanuit het maatschappelijk en UWW/gemeente perspectief/ secundaire arbeidsuitkomsten en gezondheidsuitkomsten. Evalue- ren van de ervaringen met de implementatie van IPS met een financiële en een organisatorische implementatiestrategie.
	Sustained employability in vulnerable groups	
	Informal care giving to someone at the end of life and work participation	
	Promotion of healthy behaviour and prevention of obesity in workers with a lower socioeconomic position: an equity specific analysis of what works and why	
	Duurzamer plaatsen met Mentorwijs? Een effectstudie naar de Mentorwijstraining voor leidinggevenden van kwetsbare werknemers	
	Grip op Gezondheid: de aanpassing en implementatie van de participatieve aanpak voor werkenden met een laag sociaal economische status	
	Cost-effectiveness of a transmurale integrated care program for knee arthroplasty patients in the working population	
	IPS+PA: 1+1=3? Onderzoek naar de effectiviteit van Indi- vidual Placement and Support, Participatieve Aanpak en combinatie van beide om arbeidsparticipatie van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt te vergroten binnen de gemeentelijke uitvoeringspraktijk	
	Ondersteuning van UWW-professionals met een tria- ge-instrument en beslismodel voor passende WIA WGA dienstverlening	Handvatten bieden om bij te dragen aan het activeren van klanten die met arbeidsvermogen instromen in de WIA bij UWW, zodat zij regie krijgen op hun toekomst en hun arbeidsmogelijkheden zoveel mogelijk kunnen benutten.
	Sustained employability in cancer patients and their partners	

6. Bijlagen

	Stimuleren van evidence-based prognose in de verzekeringsgeneeskundige praktijk	
	Mental health and early career workers	
Maastricht University	Betekenis en benutting van technologische ontwikkelingen voor de toekomst van beoordelingen en re-integratie door UWW	
	Individual placement and support (IPS) bij persoonlijkheidsstoornissen	
	Validering Burnout assessment tool onder vangnetters UWW Heerlen en UWW Venlo	
	MAISE toolkit	Development of online toolkit to increase sustainable employability of employees at lower job levels, using the Maastricht Instrument for Sustainable Employability (MAISE).
	HIV related stigma in health care professionals in Asia	
	KanS: Kanker Support op het Werk	Ondersteuning bij kanker voor kleine en middelgrote ondernemingen.
	M@zI-PO	Verzuimbegeleiding in het basisonderwijs.
	Personnel and performance metrics for benchmarking primary health centers in the state of karnataka, India: an empirical investigation including health care personnel engagement	
Denken mee met:	Project BENEFIT	Initiatieven om gezonde leefstijl te bevorderen.
	Towards sustainable labor market participation of chronic kidney disease stage 3b-5 patients: the effect of preemptive transplantation and development of a model of work support to prevent work loss (CKD@Work)	Onder andere met UMCG en AMC.
Funding stop, publicaties worden nog gemaakt:	Cost-effectiveness evaluation of Return-to-Work support during Cardiac Rehabilitation	
	Cost-effectiveness evaluation of the Op Eigen Kracht aan het werk – intervention for employees with chronic health conditions	
	Ontwikkeling en evaluatie van een BRUG-interventie (BRUG: Borstkanker Re-integratie van Uit Gezondheidszorg)	
RIVM	Versterken bekendheid en vindbaarheid bedrijfsartsen	Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de applicatie ZorgDomein Patiëntoverleg, om bedrijfsartsen beter vindbaar en bereikbaar te laten zijn. Er zijn nu (2019) ruim 500 bedrijfsartsen aangemeld. In 2020 is het streven om deze uit te breiden naar onder andere verzekeringsartsen.

	Platform arbocuratieve samenwerking	Multidisciplinaire werkgroep om initiatieven ter verbetering van de arbocuratieve samenwerking een stap verder te brengen. Dit platform bestaat onder andere uit vertegenwoordigers van de NVAB, LHV, NHG, KAMG, NVVG en vertegenwoordigers van medisch specialisten. Er vindt tweemaal per jaar een bijeenkomst plaats.
	Uitdragen van goede voorbeelden van arbocuratieve samenwerking	De uitvoering van dit onderdeel kent drie onderdelen: 1. Inspirerende praktijkvoorbeelden (good practices) van arbocuratieve samenwerking ophalen en verspreiden. 2. Netwerkbijeenkomsten. 3. Opstellen elementen/criteria voor goede arbocuratieve samenwerking.
	Nachtwerk en gezondheidseffecten	Wat zijn de effecten op de gezondheid, en wat zijn onderliggende mechanismen? Het betreft een paar onderdelen: - monitoring van epidemiologisch en mechanistisch onderzoek; - kennisplatform en kennisnetwerk; - kennisgenererend onderzoek naar mogelijkheden voor preventieve maatregelen; - toegepast onderzoek naar mogelijkheden voor preventieve maatregelen.
	Kerncijfers over beroepsziekten en arbeidsgerelateerde gezondheid in kaart brengen	Waaronder ook de ziektelast van leefstijl versus arbeidsomstandigheden, hoe gezond de beroepsbevolking is en de trends scenario's en verkenningen beroepsziekten en arbeidsomstandigheden.
	Ondersteuning van UWV-professionals met een triage-instrument en beslismodel voor passende WIA WGA dienstverlening	Handvatten bieden om bij te dragen aan het activeren van klanten die met arbeidsvermogen instromen in de WIA bij UWV, zodat zij regie krijgen op hun toekomst en hun arbeidsmogelijkheden zoveel mogelijk kunnen benutten.
	Sustained employability in cancer patients and their partners	
	Stimuleren van evidence-based prognose in de verzekeringsgeneeskundige praktijk	
LUMC	Mental health and early career workers	
	Betekenis en benutting van technologische ontwikkelingen voor de toekomst van beoordelingen en re-integratie door UWV	
	Individual placement and support (IPS) bij persoonlijkheidsstoornissen	
	Verkrijgen betaald werk jongeren en jongvolwassenen met niet aangeboren hersenletsel	
	Werk en hypofysetumoren	
Tranzo	Stigma als barrière voor duurzame inzetbaarheid van werknemers met psychische en/of verslavingsproblemen: een focusgroep studie bij de Nederlandse krijgsmacht	Het doel van de huidige studie is om meer inzicht te krijgen in hoeverre stigmatisering een barrière vormt voor duurzame inzetbaarheid van militairen met psychische en/of verslavingsproblemen (P/VP) in Nederland. De focus ligt hierbij op de keuze om hulp te zoeken en de keuze om P/VP te bespreken op de werkvloer, aangezien beide keuzes van invloed zijn op duurzame inzetbaarheid.
	Health Impact Bond (HIB) als innovatief financieringsinstrument voor uitdagingen in de gezondheidszorg: een exploratieve case study van de HIB Kanker en werk	Een multidisciplinaire interventie wordt onderzocht die er op gericht is om werknemers met kanker succesvol te begeleiden in de terugkeer naar werk.

Bijlage 7 - Goedkeuringsbrief patiëntenfederatie



Voorzitter werkgroep Kennisagenda Arbeid & Gezondheid
Prof. dr. Sylvia van der Burg – Vermeulen
Digitaal verstuurd

datum 24-07-2020
ons kenmerk 2020-60
voor informatie m.ensink@patientenfederatie.nl
uw kenmerk
onderwerp **Kennisagenda Bedrijfs- en
Verzekeringsgeneeskunde (NVAB,
NVVG, GAV)**

Geachte besturen van de NVAB, NVVG, GAV,

Middels deze brief geven wij aan dat de kennisagenda van de Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde met inbreng van patiënten(organisaties) tot stand is gekomen.

De geprioriteerde thema's worden zowel door de specialisten als patiënten onderkend als belangrijke kennishiaten.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,



Mr. Heleen Post
Manager Kwaliteit

