
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Whiplash associated disorder I/II

Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)

Hartinfarct (herziening 2008)





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008)*

Uw kenmerk : SV/AL/05/60669

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-T7

Bijlagen : 1

Datum : 17 juli 2008

Mijnheer de minister,

Op 22 juli 2005 heb ik uw ambtsvoorganger het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* aangeboden. In reactie op dit advies vroeg hij de Gezondheidsraad bij brief d.d. 28 september 2005 om voor tien verschillende aandoeningen verzekeringsgeneeskundige protocollen op te stellen. Sindsdien zijn negen protocollen verschenen, over *Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct, Overspanning, Depressieve stoornis, Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker, Chronische vermoeidheidssyndroom* en *Lumbosacraal radicaal syndroom*, alsmede de bijbehorende *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

De laatste drie protocollen bied ik u hierbij aan. Het betreft allereerst het tiende protocol, over *Whiplash associated disorder I/II*. Dit protocol kon pas worden afgerond nadat de definitieve multidisciplinaire richtlijn over dezelfde aandoening, onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, in februari dit jaar verscheen. Voorts treft u aan de herziene versies van de protocollen *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* en *Hartinfarct (herziening 2008)*. Met deze herzieningen zijn de twee eerste verzekeringsgeneeskundige protocollen in overeenstemming gebracht met de opzet van de nadien verschenen protocollen, die in de algemene inleiding werd toegelicht.

De protocollen in dit advies zijn, net als de eerder gepubliceerde, opgesteld door daartoe door mij ingestelde werkgroepen, die tezamen met de commissie WIA optreden als commissie voor dit advies. Het protocol *Whiplash associated disorder I/II* is in concept ter becommentariëring voorgelegd aan een aantal beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties.

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 57 10
E-mail: nico.de.neeling@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl



Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008)*

Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-T7

Pagina : 2

Datum : 17 juli 2008

Bij de herzieningen van de protocollen *Aspecifieke lage rugpijn* en *Hartinfarct* werden de commentaren betrokken die na de publicatie van deze protocollen bij beroeps- en patiënten/cliëntenorganisaties werden ingewonnen. Ik ben deze organisaties voor hun commentaren zeer erkentelijk. Het conceptprotocol *Whiplash associated disorder I/II* is tevens getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. De geleverde commentaren zijn door de verantwoordelijke werkgroepen verwerkt in de definitieve protocollen.

Ik heb dit advies vandaag ook aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.A. Knottnerus

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Whiplash associated disorder I/II
Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)
Hartinfarct (herziening 2008)

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2008/11, Den Haag, 17 juli 2008

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), Hartinfarct (herziening 2008). Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/11.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-717-1

Inhoud

Samenvatting 11

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Whiplash associated disorder I/II 15

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Whiplash associated disorder I/II 23

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008) 55

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008) 63

Verzekeringsgeneeskundig protocol
Hartinfarct (herziening 2008) 89

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol
Hartinfarct (herziening 2008) 97

	Bijlagen 125
A	Adviesaanvraag 127
B	Commissie 131
C	Commentaren 137

Samenvatting

In dit advies presenteert de Gezondheidsraad het laatste in een reeks van in totaal tien verzekeringsgeneeskundige protocollen, alsmede herzieningen van de eerste twee protocollen in de reeks. De protocollen zijn bedoeld ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en worden uitgebracht op verzoek van de minister van SZW. Ze worden opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad, in aansluiting op bestaande *evidence based* curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. De protocollen dienen gelezen te worden in samenhang met de eind 2006 door de Gezondheidsraad gepubliceerde *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. Met de herziening van de twee protocollen die als eerste verschenen, zijn deze protocollen in overeenstemming gebracht met de opzet van de nadien verschenen protocollen, die in de algemene inleiding werd toegelicht.

Dit advies, met de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Whiplash associated disorder I/II*, *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)* en *Hartinfarct (herziening 2008)*, is het zevende en laatste dat door de Gezondheidsraad wordt uitgebracht in het kader van de invoering van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). De serie adviezen werd geopend met het in juli 2005 gepubliceerde advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Daarna verschenen vier adviezen met de *Algemene inleiding* en de verzekeringsgeneeskundige protocollen *Aspecifieke lage rugpijn*, *Hartinfarct*, *Overspanning*, *Depressieve stoornis*, *Angststoornissen*, *Beroerte*, *Borstkanker*, *Chronische-vermoeidheidssyndroom* en *Lumbosa-*

craal radiculair syndroom. In juni 2007 werd het advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie* gepresenteerd op een symposium, waarvan onder de titel *Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* een verslag verscheen, dat in september 2007 aan de minister van SZW werd aangeboden.

Verzekeringsgeneeskundig protocol Hartinfarct (herziening 2008)

- Dit protocol dient te worden gelezen in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundig protocollen*, waarin bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen worden toegelicht.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

In dit protocol wordt onder een hartinfarct verstaan: acute myocardschade als gevolg van een occlusie van een van de coronairarteriën. Patiënten met een hartinfarct die vroegtijdig werden behandeld met trombolyse, primaire percutane coronaire interventie (PCI) of bypasschirurgie (CABG) en bij wie geen of minimale myocardschade werd vastgesteld, worden ook gerekend tot de groep postinfarctpatiënten.

De gevolgen van een hartinfarct voor de functionele mogelijkheden zijn niet alleen afhankelijk van de (resterende) cardiale belastbaarheid, maar ook van de psychische gevolgen van het infarct en de aanwezige comorbiditeit. Voor de beoordeling van de cardiale belastbaarheid bij aanwijzingen voor hartfalen wordt verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* van de NVVG.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

Op grond van het re-integratieverslag of andere beschikbare gegevens gaat de verzekeringsarts na:

- Aard en ernst van klachten en ervaren beperkingen:
 - Wat waren de klachten en ervaren beperkingen bij aanvang van de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts en wat was het beloop?
- Diagnostiek:
 - Welke diagnose(n) is (zijn) gesteld? Wat was de ernst van de cardiale morbiditeit? (2.1, 4.1)*
 - Is sprake van somatische of psychische comorbiditeit?
- Behandeling en revalidatie:
 - Welke behandeling heeft plaatsgevonden nadat de diagnose hartinfarct was gesteld?
 - Heeft de werknemer deelgenomen aan een hartrevalidatieprogramma (4.2)
 - Zo ja, aan welke modules heeft de werknemer deelgenomen en is er overleg geweest tussen de bedrijfsarts en de verantwoordelijke medicus van het revalidatieteam over werkgerelateerde factoren, belastbaarheid (fysiek en psychisch) en werkhervatting?
 - Zo nee, wat is daarvan de reden (bijvoorbeeld: geen indicatie, hartrevalidatie niet beschikbaar, werknemer niet op aanbod revalidatie ingegaan)?
 - Is de werknemer bij psychische of psychosociale problematiek hiervoor behandeld bij de hartrevalidatie of verwezen naar een gespecialiseerde behandelaar (psycholoog, (bedrijfs)maatschappelijk werk, psychiater)?
 - Is tijdig en adequaat gereageerd bij tegenstrijdigheden in de benaderingen van cardioloog, hartrevalidatieteam, huisarts of bedrijfsarts?
- Herstelgedrag/probleemoplossend gedrag werknemer:
 - Heeft de werknemer de medicatie-, oefen- en leefadviezen tijdens behandeling en revalidatie opgevolgd?
 - Wat heeft de werknemer nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen
 - Zijn er concrete aanwijzingen dat de werknemer zijn herstel belemmerd heeft?

* De nummers tussen haakjes verwijzen naar hoofdstukken en paragrafen in de toelichting bij het protocol.

- Belemmeringen van herstel en werkhervatting in het werk: (5)
 - Was in het werk sprake van herstel- of werkhervattingbelemmerende factoren in fysieke arbeidsomstandigheden, taakinhoud, organisatie of sociale verhoudingen op het werk?
 - Zo ja, is het redelijkerwijs mogelijke gedaan om deze belemmerende factoren weg te nemen?
- Belemmeringen van herstel en werkhervattingen bij de werknemer:
 - Is de werknemer nog angstig voor fysieke inspanning en psychische stress, terwijl daar op cardiologische gronden geen reden voor is? (3.2, 5)
 - Zo ja, wat is gedaan om deze angst weg te nemen? Zo nee, wat is hiervan de reden?
- Werkhervatting: (5)
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop der tijd de functionele mogelijkheden van de werknemer beoordeeld?
 - Is de werknemer bij het ontbreken van contra-indicaties zes tot acht weken na ontslag uit het ziekenhuis begonnen met gedeeltelijke, zo nodig aangepaste, werkhervatting?
 - Was sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de belastbaarheid? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Indien de bedrijfsarts meent dat de werknemer niet in staat is tot arbeid: is dat onvermogen aannemelijk op grond van de thans bekende beperkingen?
 - Wat hebben de werknemer en de werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld?

2 Beoordelingsgesprek

De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat het doormaken van een hartinfarct in het algemeen een ingrijpende levensgebeurtenis is, die gepaard gaat met grote veranderingen in het leven. Behalve met de vereiste aanpassingen van de leefstijl kan de werknemer geconfronteerd worden met lichamelijke beperkingen, veranderingen in het dagelijks functioneren en het wegvallen van vanzelfsprekendheden. Aard en omvang van deze veranderingen verschillen sterk per individu. De meeste patiënten zijn in staat om op eigen kracht en met steun van de directe omgeving de veranderingen in hun leven te integreren en hun werkzaamheden te hervatten, al of niet met aanpassingen. Een aantal slaagt daarin echter niet. De

reden kan gelegen zijn in de ernst van de lichamelijke beperkingen, maar in veel gevallen is er ook sprake van falen van het aanpassingsvermogen, met een verhoogde kans op psychiatrische comorbiditeit. Ook kan als gevolg van de ziekte de visie van de werknemer op de functie van betaalde arbeid in zijn leven veranderd zijn.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft om te komen tot een multifactoriële analyse van de actuele problematiek van de werknemer. Hij besteedt aandacht aan:

- de visie van de werknemer op:
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in werk, persoonlijk en sociaal functionerende oorzaak van de klachten en beperkingen
 - de oorzaken van het uitblijven van herstel en werkhervatting
 - zijn functionele mogelijkheden voor eigen en andere werkzaamheden
 - zijn huidige behandeling
 - wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen
 - de betekenis van betaalde arbeid in zijn levensplan
- lacunes in de aanwezige gegevens over voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling
- de door de werknemer ervaren functionele mogelijkheden, bijvoorbeeld door te vragen wat hij doet op een ‘gemiddelde’ dag en onder welke (arbeids)omstandigheden zijn klachten toenemen, en door te informeren naar de gevolgen van zijn klachten voor verschillende levensgebieden
- actuele stressoren en mogelijk herstelbelemmerende factoren in privé-, werk- en zorgomgeving
- actueel herstel- en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek

De anamnese is gericht op een verdieping van het inzicht van de verzekeringsarts in de mogelijke gevolgen van het hartinfarct voor het fysiek en emotioneel functioneren en het wederkerig verband hiertussen.

Bij aanwijzingen voor hartfalen zij verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* voor de diagnostiek van hartfalen en het onderzoek naar de cardiale belastbaarheid. De diagnose chronisch hartfalen wordt overwogen bij een combinatie van aanwijzingen in voorgeschiedenis, anamnese (kortademigheid of moeheid bij inspanning die eerder goed verdragen werd) en lichamelijk onderzoek (tekenen van vochtretentie).

Zijn er geen aanwijzingen voor hartfalen, dan is het afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende recente informatie of nader lichamelijk onderzoek voor het bepalen van de cardiale belastbaarheid noodzakelijk is. Belangrijke mogelijke oorzaken van een verminderde belastbaarheid zijn: (4.1.1)

- angina pectoris
- hartritmestoornissen
- mitralisklepinsufficiëntie.

Het onderzoek is voorts gericht op het diagnosticeren van mogelijke lichamelijke en psychische comorbiditeit. De verzekeringsarts gaat altijd na of sprake is van: (4.1.2)

- overspanning
- depressieve stoornis
- angststoornis
- (gevolgen van) diabetes mellitus.

4 Overleg met derden

De verzekeringsarts wint zo nodig informatie in bij derden.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt expertise in te roepen in geval van:

- twijfel over de comorbide diagnose(n) en de nog te benutten revalidatie- en behandel mogelijkheden
- langdurig stagneren van re-integratie en functioneel herstel om onbekende redenen, ondanks adequate behandeling en begeleiding.
- tekort aan feitelijke informatie om de fysieke en de psychische belastbaarheid te kunnen beoordelen, onder andere met het oog op de relatie tussen belasting en risico's voor de cliënt zelf en voor derden.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De meeste patiënten die na een hartinfarct geen ernstige hartfunctiestoornissen hebben, re-integreren in arbeid. Stagnatie van herstel wordt veelal veroorzaakt door andere factoren dan de cardiale belastbaarheid. In die wetenschap vormt de verzekeringsarts zich op basis van de in het onderzoek
-

verzamelde gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces.

- Hij betreft de analyse van het uitblijven van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.
- De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat niet alle kansen voor revalidatie en re-integratie zijn benut.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

De verzekeringsarts realiseert zich dat de beperkingen na een hartinfarct veelal multicausaal bepaald zijn. Een verminderde pompfunctie van het hart is slechts één van de mogelijke oorzaken. Hiervoor wordt verwezen naar het protocol *Chronisch hartfalen*. Andere mogelijke oorzaken van een verminderde cardiale belastbaarheid zijn angina pectoris, hartritmestoornissen, mitralisklepinsufficiëntie en het gebruik van bètablokkers. (4.1.1)

De aanwezige comorbiditeit betreft hij bij zijn beoordeling. Voor enkele veelvoorkomende vormen van comorbiditeit – overspanning, depressieve stoornis, angststoornissen – zijn verzekeringsgeneeskundige protocollen beschikbaar. (4.1.2)

De verzekeringsarts houdt daarnaast rekening met factoren in het werk die schadelijk kunnen zijn voor het hart:

- werkstress, met het oog op specifieke voorwaarden voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid
- fysieke omgevingsfactoren:
 - hitte
 - koude
 - schadelijke stoffen
 - lawaai
- ploegendienst, met het oog op beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voorts houdt hij er rekening mee dat aan sommige functies bijzondere veiligheidseisen kunnen worden gesteld. Een ICD,* bijvoorbeeld, is een contra-indicatie voor beroepsmatig autorijden en het verrichten van veiligheidsfuncties.

* Implanteerbare Cardioverter Defibrillator.

3 Te verwachten beloop (6.3)

Bij de beoordeling van het te verwachten beloop houdt de verzekeringsarts rekening met:

- bekende cardiovasculaire risicofactoren
- cardiale belastbaarheid
- nog te benutten behandel- en revalidatiemogelijkheden
- relevante comorbiditeit en de wisselwerking tussen de verschillende ziektebeelden.

Een verbetering van de cardiale belastbaarheid van een adequaat behandelde en begeleide patiënt is twee jaar na een hartinfarct niet meer te verwachten.

Voor zover het functionele herstel gestagneerd is door andere oorzaken dan een beperkte cardiale belastbaarheid, bijvoorbeeld door psychische comorbiditeit, gaat de verzekeringsarts na of een hierop gerichte adequate behandeling en begeleiding heeft plaatsgevonden. Is dat het geval, dan is de kans op verbetering van het functioneren gering.

4 Behandeling en begeleiding (6.4)

- Meent de verzekeringsarts dat de hartfunctie achteruit is gegaan in vergelijking met de toestand die blijkt uit informatie die hij van andere artsen ontving, dan stelt hij bedrijfsarts en behandelend arts op de hoogte van zijn bevindingen.
- Als functioneel herstel na een hartinfarct zonder aanwijsbare cardiale oorzaak is uitgebleven en de verzekeringsarts van mening is dat de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden onvoldoende zijn benut, dan overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?
- Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treedt hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Toelichting bij het verzekerings- geneeskundig protocol Hartinfarct (herziening 2008)

1	Inleiding 99
2	De aandoening 101
2.1	Kenmerken 101
2.2	Epidemiologie 101
2.3	Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid 102
3	Ontstaan en beloop 103
3.1	Ontstaan 103
3.2	Risicofactoren 103
3.3	Beloop 105
4	Diagnose en behandeling 107
4.1	Diagnose en comorbiditeit 107
4.2	Behandeling en revalidatie 110
5	Werkhervatting 113
6	De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 117
6.1	Sociaal-medische voorgeschiedenis 117
6.2	Functionele mogelijkheden 118

6.3	Te verwachten beloop	119
6.4	Behandeling en begeleiding	119
	Literatuur	121

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Hartinfarct (herziening 2008)* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij werknemers die een acuut myocardinfarct (hartinfarct) hebben doorgemaakt. Het behandelt in deel A *Onderzoek* de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel B *Beoordeling* de vier beoordelingstaken aan de orde die de verzekeringsarts, twee jaar na het hartinfarct, te vervullen heeft, te weten de beoordeling van:

- sociaal-medische voorgeschiedenis
- functionele mogelijkheden
- te verwachten beloop
- behandeling en begeleiding.

In deze herziene versie is het oorspronkelijk in december 2005 verschenen protocol *Hartinfarct* in overeenstemming gebracht met de sindsdien ontwikkelde nieuwe opzet van de verzekeringsgeneeskundige protocollen, die werd toegelicht in de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.¹ Het herziene protocol sluit, evenals het oorspronkelijke, aan bij de *NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocard infarct*, de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) *Beleid na een doorgemaakt myocard infarct*, de *NHG-Standaard Acuut Coronair Syndroom*, de LTA *Acuut coronair syndroom*, de KNGF-richtlijn *Hartrevalidatie* en de richtlijn *Hartrevalidatie 2004* van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting.²⁻⁸ Bij de herziening is

tevens aangesloten bij de multidisciplinaire richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement 2006* en de in 2007 verschenen NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartaandoeningen*.^{8,9}

Het protocol *Hartinfarct (herziening 2008)* en het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen*, dat op 23 april 2008 door de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) werd uitgebracht, zijn op elkaar afgestemd.

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Hartinfarct (herziening 2008)* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

2.1 Kenmerken

Onder een hartinfarct wordt in het protocol verstaan: acute myocardschade als gevolg van een occlusie van een van de coronairarteriën. De diagnose hartinfarct wordt gesteld op grond van een typische stijging en normalisatie van biochemische merkstoffen van myocardnecrose (zoals troponine of CK-MB), in combinatie met ten minste een van de volgende kenmerken: symptomen van coronaire ischemie, ontwikkeling van pathologische Q-golven op het electrocardiogram (ECG) en ECG-veranderingen die wijzen op ischemie (ST-elevatie of depressie).^{4,10} Ook patiënten met de symptomen van een hartinfarct die vroegtijdig werden behandeld met trombolysen, primaire percutane coronaire interventie (PCI) of bypasschirurgie (CABG) en bij wie geen of minimale myocardschade werd vastgesteld, worden gerekend tot de groep postinfarctpatiënten.

Voor het classificeren van het doorgemaakt hartinfarct wordt gebruik gemaakt van de CAS-code C612: Oud myocardinfaarct.

2.2 Epidemiologie

De incidentie (het aantal nieuwe gevallen) van het hartinfarct in Nederland in het jaar 2000 wordt geschat op 28 500 à 36 000 (2,1-2,6 per 1000 personen). De prevalentie (het aantal bestaande ziektegevallen op een bepaald moment) van het

hartinfarct bedroeg in 2000, exclusief de ‘stille’ infarcten, 277 300 (inclusief ‘stille’ infarcten 433 300).¹¹ Van de personen die voor het eerst een hartinfarct doormaken is ongeveer een kwart jonger dan zestig jaar.¹²

2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid

Hartinfarct was de hoofddiagnose bij 1,1 procent van de eerste WIA beoordelingen van 1 januari 2006 tot en met juli 2007. De diagnose werd daarnaast bij 0,5 procent van de WIA beoordelingen als neventdiagnose geregistreerd.¹³

Ontstaan en beloop

3.1 Ontstaan

Een hartinfarct ontstaat door trombotische (meestal totale) occlusie van een grote coronairarterie, meestal als gevolg van een plaqueruptuur. Afhankelijk van de locatie van de occlusie ontstaat een transmurale ischemie, op het ECG zichtbaar als ST-elevatie. Dit leidt tot myocardischemie en -necrose. Atherosclerose van de coronairarteriën is de belangrijkste oorzaak voor het optreden van een hartinfarct. Risicofactoren voor atherosclerose zijn dus ook risicofactoren voor het ontstaan van een hartinfarct. Andere zeer zeldzame (mede-)oorzaken voor een hartinfarct zijn onder andere coronair spasmen, extreem lage bloeddruk (shock), anaemie, polycythaemie en coronaire embolieën.

3.2 Risicofactoren

In de multidisciplinaire richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement 2006* worden de volgende factoren als risicofactoren voor het ontstaan van hart- en vaatziekten aangemerkt: leeftijd, geslacht, diabetes mellitus, roken, systolische bloeddruk, lipidspectrum, familieanamnese, voedingspatroon, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, *body mass index* en middelomtrek.⁸ Uit de literatuur komt de laatste jaren ook depressie steeds duidelijker als cardiovasculaire risicofactor naar voren.^{7,14-16}

Na het doormaken van een hartinfarct blijven deze cardiovasculaire risicofactoren relevant. Mensen met een manifeste hart- en vaatziekte hebben echter hoe dan ook, ook zonder additionele risicofactoren, een duidelijk verhoogde kans op een (nieuwe) manifestatie van hun hart- en vaatziekte en op overlijden.

Bij de beoordeling van de belastbaarheid moet zowel bedrijfsarts als verzekeringsarts ook rekening houden met mogelijke *risicofactoren in het werk*. Uit onderzoek is een aantal werkgebonden risicofactoren voor ischemische hartziekten naar voren gekomen. Deze onderzoeken zijn alleen gedaan bij mensen die tevoren gezond waren. Voor de beoordeling van risicofactoren in het werk voor mensen die al een hartinfarct hebben doorgemaakt, moeten de uitkomsten dus geëxtrapoleerd worden. In willekeurige volgorde (een ordening naar het relatieve belang van elk van de factoren is op basis van de beschikbare gegevens niet mogelijk):⁹

- *Lawaai*. Er is een relatie tussen objectieve geluidsbelasting en de incidentie van hartinfarcten.
 - *Schadelijke stoffen*. Onder andere tabaksrook en kleine deeltjes (< 2.5 µm) in de omgevingslucht verhogen de kans op hart- en vaatziekten. Werknemers met ischemische hartziekten die roken mogen niet blootgesteld worden aan verhoogde koolmonoxideconcentraties.
 - *Koude*. Acute blootstelling aan extreme koude kan coronaire spasmen veroorzaken.
 - *Hitte*. Hittestuwing wordt beschouwd als een uitlokkende factor voor een hartinfarct bij bekende hartpatiënten.
 - *Ploegendienst*. Bij mensen die in ploegendienst werken – bijna vijftien procent van de beroepsbevolking in Nederland – komen hart- en vaatziekten vaker voor dan bij mensen met regelmatige werktijden. Een veranderde fibrinolyse, verhoging van de bloeddruk en een ongezonde leefstijl zouden intermediaire factoren kunnen zijn.
 - *Werkstress*. Een relatie tussen werkstress en ischemische hartziekten is door methodologische problemen moeilijk onomstotelijk aan te tonen, maar op grond van het beschikbare epidemiologisch onderzoek wel aannemelijk.¹⁷ Patiënten en hun omgeving kennen aan dit (mogelijke) verband vaak een groot belang toe. Werkstress heeft zeker invloed op de leefstijl en de bloeddruk. Roken, ongezond eten en hypertensie verhogen de kans op een ischemische hartziekte. Bij vrouwen is de dubbele belasting door werkstress en gezin een extra cardiovasculaire risicofactor.⁹ De werkstressfactoren waarvan een relatie met de incidentie van hart- en vaatziekten het duidelijkst is aangetoond zijn:
 - tijdsdruk in combinatie met weinig vrijheidsgraden
-

- onbalans van betrokkenheid en beloning
- gebrek aan sociale ondersteuning.

Vaak wordt een relatie gelegd tussen acute fysieke of mentale belasting en het ontstaan van een hartinfarct. De bekende ‘uitlokkende momenten’ voor een acuut coronair syndroom gaan echter gepaard met een zeer laag absoluut risico. De meeste infarcten vinden plaats tijdens de slaap of in de vroege ochtenduren. Bij onregelmatig verrichten van zwaar werk (meer dan zes MET)^{*} is de kans op een hartinfarct in het eerste uur na de inspanning verhoogd. Bij hartpatiënten met een verminderde systolische linkerventrikelfunctie (ejectiefractie kleiner dan 40 procent)^{**} verhoogt zware statische arbeid, zoals tillen, de kans op een hartinfarct. Het risico dat zich bij goed behandelde hartpatiënten door een acute inspanning een acuut coronair syndroom of *sudden death* zal voordoen, is echter absoluut gezien zeer gering.¹⁸

3.3 Beloop

Ongeveer een kwart van alle patiënten met een hartinfarct sterft binnen een uur na het begin van de klachten. Tussen de 85 en 90 procent van de mannen en vrouwen jonger dan 60 jaar, die in 1995 voor de eerste keer met een hartinfarct in het ziekenhuis werden opgenomen, was na vijf jaar nog in leven. Van deze groep hadden mannen en jongere patiënten de gunstigste prognose.¹² De prognose is afhankelijk van aanwezigheid en ernst van risicofactoren, maar is ook bij een bekend risicoprofiel nog moeilijk vast te stellen. Het beloop van het ischemisch hartlijden kan zeer grillig zijn.

Patiënten met een linkerventrikelejectiefractie van meer dan 50 procent hebben over het algemeen een gunstige prognose. Gunstig is ook het vermogen prestaties te leveren met een energieverbruik van tenminste vijf MET zonder ST-depressie en met een normale bloeddrukrespons. Een slechte prognose hebben patiënten met een groot hartinfarct, een slechte resterende linkerventrikelfunctie met een ejectiefractie van minder dan 35 procent en/of een slechte doorbloeding van het resterende vitale hartweefsel door coronairsclerose. De toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* verschaft nadere informatie over de prognose bij hartfalen.

* 1 MET = $3,5 \text{ ml}^1/\text{O}_2/\text{kg}^{-1}/\text{min}^{-1}$ (MET = metabool equivalent). Eén MET is het energieverbruik in rust. Om de gedachten te bepalen: Wandelen met een snelheid van 4,8 tot 6,4 km per uur (stevig doorlopen) komt overeen met drie tot zes MET's.

** De ejectiefractie is de fractie van het einddiastolisch volume die bij een hartslag wordt uitgedrukt.

Patiënten met diabetes die een acuut hartinfarct hebben doorgemaakt hebben een aanzienlijk slechtere prognose dan patiënten zonder diabetes. Een jaar na een acuut coronair syndroom hebben diabetespatiënten in vergelijking met patiënten zonder deze comorbiditeit meer klachten van angina pectoris, meer lichamelijke beperkingen en een minder goede kwaliteit van leven.¹⁹

Het beloop van het functionele herstel is niet alleen afhankelijk van resterende linkerventrikelfunctie, grootte en lokalisatie van het infarct en lichamelijke comorbiditeit, maar ook van de psychische gesteldheid van de patiënt. Het is kenmerkend voor veel coronaire hartziekten dat een half jaar na het incident de functionele stoornissen in het algemeen relatief gering zijn. Twintig procent van de patiënten blijft lichamelijke klachten houden en heeft een gebrek aan vertrouwen in de eigen fysieke prestaties.¹⁵ Bij het uitblijven van werkhervatting spelen psychologische en sociale factoren vaak een belangrijker rol dan de fysieke belastbaarheid.²⁰⁻²² Depressiviteit en angststoornissen beïnvloeden de terugkeer naar het werk in sterke mate.²³

Diagnose en behandeling

4.1 Diagnose en comorbiditeit

Het protocol gaat ervan uit dat twee jaar voor de beoordeling door de verzekeringsarts bij de patiënt een hartinfarct is gediagnosticeerd (dan wel: een ingreep heeft plaatsgevonden om myocardschade te voorkómen bij aanwezigheid van de symptomen van een hartinfarct). In de regel zal cardiologisch onderzoek hebben plaatsgevonden en zal er bij stagnatie van het herstel overleg zijn geweest tussen bedrijfsarts en cardioloog, revalidatieteam en huisarts. De verzekeringsarts maakt gebruik van de informatie die hieruit is voortgekomen.

Het eigen diagnostisch onderzoek van de verzekeringsarts richt zich in het algemeen op zowel de beperkingen van de cardiale belastbaarheid als het diagnosticeren van comorbiditeit. Hij houdt er bij zijn anamnese rekening mee dat een cardiaal incident vaak leidt tot een verstoring van het emotionele evenwicht. Dit uit zich bij iedere patiënt anders. De één is angstig, een ander depressief, een derde kan vooral last hebben van gevoelens van boosheid en vijandigheid. Een gemeenschappelijke factor in al deze emoties is het ervaren van *distress*. De meeste mensen hervinden hun emotionele stabiliteit en blijken in staat om de draad weer op te pakken en te functioneren in evenwicht met hun fysieke mogelijkheden, maar sommigen slagen hier niet in.

4.1.1 Cardiale belastbaarheid

Bij aanwijzingen voor hartfalen zij verwezen naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen* voor het onderzoek naar de cardiale belastbaarheid. De diagnose chronisch hartfalen wordt overwogen bij een combinatie van aanwijzingen in voorgeschiedenis, anamnese (kortademigheid of moeheid bij inspanning die eerder goed verdragen werd) en lichamelijk onderzoek (tekenen van vochtretentie).

Ook zonder aanwijzingen voor hartfalen kan de belastbaarheid door cardiale oorzaken beperkt zijn. De verzekeringsarts is alert op:

- *Angina pectoris*. Bij angina pectoris wordt de coronaire doorstroming meestal beperkt door een stenose in een of meer van de kransslagaders. Er ontstaat pijn doordat de zuurstoftoevoer niet voorziet in de zuurstofbehoefte. Iedereen beleeft de pijn op zijn eigen manier, maar bij herhaling meestal wel telkens hetzelfde. De anamnese is de enige methode om de angineuze klachten vast te stellen. Typische angina pectoris heeft een aantal karakteristieken. Er is sprake van een drukkend, samensnoerend, zwaar of benauwd gevoel, dat gelokaliseerd is rond de middellijn – retrosternaal, in keel, kaken of tussen de schouderbladen – en dat al of niet uitstraalt naar schouder, arm of hand, meestal links, soms beiderzijds. De klachten worden uitgelokt door inspanning, emotie of psychische stress, in het bijzonder bij kou en na de maaltijd. De klachten verdwijnen snel in rust of na inname van nitraten. In de praktijk is er een grote variatie aan klachten mogelijk. Het is gebruikelijk om de ernst van angina pectoris te classificeren conform de New York Heart Association (NYHA) classificatie:
 - Klasse I: geen klachten
 - Klasse II: klachten tijdens forse inspanning (bijvoorbeeld achter elkaar drie trappen van vijftien treden oplopen)
 - Klasse III: klachten tijdens matige inspanning (bijvoorbeeld een trap van vijftien treden oplopen)
 - Klasse IV: klachten tijdens rust of lichte inspanning.De NVAB-richtlijn gaat uit van de stelregel dat de werkbelasting de grens waarbij ischemie optreedt niet mag overschrijden.^{9,18}
 - *Hartritmestoornissen*. Bij *boezemfibrilleren* is er een totaal verlies van georganiseerde elektrische activiteit in de boezems, waardoor van effectieve contractie van de boezems geen sprake is. Als er een adequate polsfrequentie is – tussen de 60 en 100 slagen per minuut in rust – hoeft boezemfibrilleren geen of alleen lichte beperkingen voor de belastbaarheid te hebben. *Kamerritme-*
-

stoornissen beïnvloeden de belastbaarheid in het algemeen meer dan boezemfibrilleren. *Ventriculaire tachycardie* (VT) is in principe een levensbedreigende ritmestoornis. Patiënten met VT krijgen steeds vaker een intracardiale defibrillator (Implanteerbare Cardioverter Defibrillator, ICD) geïmplant. Als de werknemer een ICD heeft gekregen, heeft dat consequenties voor autorijden en functies waaraan veiligheidseisen verbonden zijn.* Ook *supraventriculaire tachycardie* kan de belastbaarheid negatief beïnvloeden. Bij twijfel over de belastbaarheid in het geval van een hartritmestoornis is overleg met de cardioloog aangewezen.

- *Mitralisklepinsufficiëntie*. Mitralisklepinsufficiëntie (MI) veroorzaakt een volumebelasting voor de linkerharthelft. Een mitralisinsufficiëntie kan ook lange tijd na een hartinfarct nog optreden door een *remodeling* van de linker-ventrikel. Afhankelijk van de ernst kan de belastbaarheid hierdoor beperkt zijn. Ook voor MI geldt dat het bij twijfel over de belastbaarheid aanbeveling verdient te overleggen met de cardioloog.

Bètablokkers worden na een hartinfarct systematisch voorgeschreven om de prognose te verbeteren. Bètablokkers worden ook voorgeschreven bij angina pectoris en bij hypertensie. Zij verlagen de hartfrequentie, waardoor het cardiale zuurstofverbruik vermindert, met als gevolg een verbetering van de verhouding zuurstof-aanbod en zuurstof-verbruik. De bradycardie vermindert echter ook de cardiale belastbaarheid. Spiervermoeidheid en belemmering van warmteafgifte bij inspanning zijn bijwerkingen van bètablokkers.¹⁸

4.1.2 Comorbiditeit

Voor het beoordelen van de functionele mogelijkheden is het van belang eventuele lichamelijke of psychische comorbiditeit te diagnosticeren. Twee belangrijke en bij het hartinfarct veel voorkomende vormen van psychische comorbiditeit worden hier kort besproken.

Depressieve stoornis

Depressie na een hartinfarct vergroot het risico om te overlijden aan dat infarct met een factor drie tot vijf.^{7,24} Hoe ernstiger de depressie hoe groter het risico.¹⁸ Een depressieve episode komt in de beginfase na een hartinfarct voor in ongeveer veertig procent van de gevallen. De kans op een depressie is onafhankelijk

* Art. 6.7.4 Regeling eisen (medische) geschiktheid 2000.

van de ernst van het infarct. Na een jaar is bij twintig tot dertig procent van de patiënten sprake van een depressieve episode.^{15,24} Het percentage patiënten met depressieve klachten, die niet voldoen aan alle DSM-IV criteria voor een depressieve stoornis, bedraagt volgens sommige onderzoeken ruim vijftig procent.¹⁸

Depressieve symptomen manifesteren zich bij patiënten met coronaire hartziekten vaak anders dan bij andere patiëntengroepen. Niet een depressieve stemming, maar vermoeidheid, lusteloosheid en gebrek aan energie zijn de meest voorkomende klachten. Geïrriteerdheid, wrok over het getroffen lot, woede-uitbarstingen en frequente ruzies worden ook beschreven als symptomen van depressie na een eerste hartinfarct. Patiënten en hun omgeving beleven dit als een normale reactie op de ziekte. Gezien de atypische kenmerken en de attributie van de klachten aan de ziekte is het niet verwonderlijk dat de diagnose vaak wordt gemist. Depressieve episoden kunnen ook lange tijd na het hartinfarct nog ontstaan.

Angststoornissen

Een hartinfarct kan levensbedreigend zijn en wordt door de meeste patiënten ook zo ervaren. Bij opname is ongeveer de helft van de patiënten angstig, een jaar later nog twintig procent. Ongeveer vijftien procent van de patiënten krijgt na een hartinfarct te kampen met een posttraumatische stressstoornis.^{16,25} Het onderscheid tussen een angststoornis, met name een paniekstoornis, en angineuze klachten, een recidief infarct of ritmestoornissen kan bijzonder moeilijk zijn. Hartkloppingen, druk en soms pijn op de borst, kortademigheid en vermoeidheid, duizeligheid, soms flauwvallen, transpireren en misselijkheid zijn klachten die kunnen samenhangen met ritmestoornissen, maar vertonen ook veel overeenkomsten met de klachten bij een paniekaanval. Angst en spanning kunnen enerzijds ritmestoornissen luxeren en anderzijds een gevolg zijn van een ritmestoornis.

4.2 Behandeling en revalidatie

Behandeling

Voor informatie over de behandeling in de (post)acute fase van het doorgemaakt hartinfarct zij verwezen naar de desbetreffende richtlijnen van de NVVC.^{3,4,26} Na de acute fase stelt de cardioloog een medicamenteuze behandeling in gericht op de secundaire preventie van hart- en vaatziekten. Deze bestaat in de regel uit acetylsalicylzuur, een statine, een bètablokker en bij verminderde linkerventrikel-

functie een ACE-remmer. Andere medicatie wordt voorgeschreven op indicatie.².

In het algemeen zullen patiënten met een verhoogde kans op complicaties bij de cardioloog onder controle blijven.³ Patiënten die klachtenvrij zijn of slechts geringe, stabiele angineuze klachten hebben, die zich redelijk tot goed lichame-lijk kunnen inspannen en niet lijden aan hartfalen of ernstige ventriculaire ritme- stoornissen, zoals ventriculaire tachycardie, zal de cardioloog veelal terugverwijzen naar de huisarts.

Revalidatie

Een multidisciplinair hartrevalidatieprogramma voor patiënten die een myocardi- infarct hebben doorgemaakt is bewezen effectief.^{7,27-31} Er zijn in Nederland ongeveer honderd instellingen die hartrevalidatie aanbieden.^{*} In 2002 kregen naar schatting circa tienduizend patiënten, ongeveer een derde van de patiënten met een doorgemaakt hartinfarct, een hartrevalidatieprogramma aangeboden.^{11,31} Het doel van hartrevalidatie is het fysiek, psychisch en sociaal functioneren zoveel mogelijk te bevorderen en nieuwe manifestaties van hart- en vaatziekten te voorkómen.

Deelname aan een hartrevalidatieprogramma moet overwogen te worden als bij een patiënt sprake is van:

- objectieve vermindering van het inspanningsvermogen in relatie tot het toe- komstig functioneren
- onvermogen een adequate inschatting te maken van het eigen inspannings- vermogen
- verstoring of bedreiging van het psychisch functioneren
- verstoring of bedreiging van het sociaal functioneren
- risicogedrag (roken, ongezond voedingspatroon, onvoldoende beweging).

Contra-indicaties voor deelname zijn:

- instabiele medische situatie
- ernstige psychische problemen
- ernstige emotionele instabiliteit
- ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht, concentratie)

* Niet in alle regio's is een dergelijk multidisciplinair programma beschikbaar. In voorkomende gevallen zal de bedrijfsarts zich inspannen om – binnen de grenzen van het redelijke – werknemers elders geplaatst te krijgen. Van de werkgever mag – eveneens binnen de grenzen van het redelijke – verwacht worden dat deze in voorkomende gevallen plaatsing zal faciliteren.

- ernstig bagatelliseren van emoties
- onvoldoende motivatie en niet overtuigd kunnen worden van het belang van hartrevalidatie.

Het is de intentie om voor iedere patiënt een hartrevalidatieprogramma ‘op maat’ samen te stellen, afhankelijk van de doelen die men wil bereiken. In de Richtlijn Hartrevalidatie worden de volgende doelen geformuleerd:

- *Leren kennen van de eigen fysieke grenzen.* De patiënt wordt geconfronteerd met zijn objectieve grenzen, zodat hij hiermee in het dagelijks leven kan omgaan.
- *Leren omgaan met fysieke beperkingen.* De acceptatie van de beperkingen is hierbij een voorwaarde.
- *Optimaliseren van het inspanningsvermogen.* Verbeteren van de belastbaarheid door fysieke training.
- *Herwinnen van emotioneel evenwicht.* Een zekere mate van emotioneel evenwicht is een voorwaarde om sociale en leefstijldoelen te kunnen bereiken.
- *Op een functionele manier omgaan met de hartziekte.* Patiënten leren rekening te houden met hun ziekte zonder zichzelf onnodig te beperken. Overschatting van de beperkingen en ontkenning zijn beide disfunctioneel.
- *Overwinnen van angst voor inspanning.*
- *Herwinnen van emotioneel evenwicht binnen relatie en/of sociale omgeving en direct betrokkenen op een functionele manier leren omgaan met de ziekte.*
- *Optimale hervatting van werk en/of huishoudelijke taken.* Vroeg ingezette hartrevalidatie doet de deelname aan werk toenemen van ongeveer 25 tot 75 procent.¹⁸
- *Optimale hervatting van vrijetijdsbesteding.* In een vroeg stadium bespreken welke vrijetijdsbesteding, bijvoorbeeld sport, op welke termijn hervat kan worden, kan het gevoel van zelfcontrole vergroten.
- *Optimale hervatting van de rol in het gezin en in sociale relaties.* De omgeving, waaronder ook de werkomgeving, kan de terugkeer naar het maatschappelijk functioneren stimuleren, maar ook blokkeren.
- *Bekendheid met de aard van de ziekte en de risicofactoren.* Risicoreductie begint met het in kaart brengen van de risicofactoren en het op basis daarvan schatten van het risico.
- *Stoppen met roken.*
- *Ontwikkelen en onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl.*
- *Ontwikkelen van een gezond voedingspatroon.*
- *Ontwikkelen van therapietrouw aan medicatie.*

Werkhervatting

Betrouwbare en actuele Nederlandse gegevens over de gemiddelde tijd tussen een hartinfarct en werkhervatting zijn niet beschikbaar. Internationaal gezien is er een spreiding van gemiddeld zestig dagen in de Verenigde Staten tot gemiddeld ruim drie maanden in Zweden.³² Bij een ongecompliceerd en adequaat begeleid hartinfarct hervat het merendeel van de werknemers zijn werk. Het hervattingspercentage in verschillende studies loopt uiteen van 36 tot 85 procent. In de meest recente literatuur komt het meestal uit boven de 75 procent.^{21,27,32-34} De grote spreiding komt niet voort uit verschillen in morbiditeit. Naast medische factoren zijn ook sociaal-economische (bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheidsregelingen) en sociaal-psychologische factoren van belang.^{35,36}

In de regel zijn vier weken na het hartinfarct de meeste reguliere activiteiten, waaronder lichte huishoudelijke werkzaamheden en autorijden, weer mogelijk.³⁷ Na een ongecompliceerd hartinfarct kan al in de revalidatiefase, zes tot acht weken na ontslag uit het ziekenhuis, begonnen worden met gedeeltelijke, zo nodig aangepaste, werkhervatting. Bij verder ongecompliceerd beloop zou een werknemer tien tot twaalf weken na ontslag uit het ziekenhuis zijn werk volledig moeten kunnen hervatten.³⁸⁻⁴⁴ Bij een minder voorspoedig beloop is het afronden van de hartrevalidatie (rond twaalf weken na ontslag uit het ziekenhuis) een moment om een inschatting te maken van de mogelijkheden voor (uitbreiding van de) werkhervatting.

De NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten* adviseert de bedrijfsarts om binnen drie weken na ontslag uit het ziekenhuis voor de eerste keer contact te hebben met de werknemer. Vroeg beginnen met de begeleiding is van belang omdat de ten tijde van het ontslag bestaande opvattingen en verwachtingen van de werknemer, diens kennis over leefstijl en eventuele angst en depressie, een voorspellende waarde hebben voor de terugkeer naar het werk.⁹ Als er van meet af aan aandacht is voor werkhervatting kunnen werknemers die een hartinfarct hebben doorgemaakt sneller aan het werk.

De richtlijn beveelt de bedrijfsarts aan een multifactoriële problemdiagnose op te stellen, die zich richt op de volgende vragen:⁹

- *Wat is de belastbaarheid?* De NVAB-richtlijn maakt onderscheid tussen objectieve belastbaarheid en subjectieve belastbaarheid.* Voor het bepalen van de subjectieve belastbaarheid onderzoekt de bedrijfsarts onder meer of er sprake is van een angststoornis, een depressieve stoornis, *distress* (piekeren, slecht slapen), chronische vermoeidheid of irreële cognities en beoordeelt hij hoe de werknemer de eigen belastbaarheid inschat. Voor de objectieve belastbaarheid (in dit protocol ‘cardiale belastbaarheid’ genoemd) zij verwezen naar paragraaf 4.1.1 of, bij aanwijzingen voor hartfalen, naar het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronisch hartfalen*.
- *Wat is de werkbelasting?* Het gaat hier zowel om de fysieke belasting van het werk, als om mogelijke werkgebonden cardiovasculaire risicofactoren. (3.2)
- *Zijn er persoonsgebonden factoren die de re-integratie belemmeren?* De NVAB-richtlijn spreekt van een ‘ineffectieve copingstijl’ wanneer de werknemer
 - zichzelf meer beperkingen oplegt dan noodzakelijk is
 - ontkent een ischemisch hartlijden te hebben
 - vijandig is en negatief reageert op derden
 - zijn emoties niet benoemt of deze ontkent
 - niet actief naar oplossingen zoekt
 - in drank vlucht en/of blijft roken
 - irrationele verbanden legt tussen werk en hartaandoening.

Andere persoonsgebonden, de werkhervatting belemmerende factoren die in de richtlijn worden genoemd zijn: boosheid door conflicten op het werk, ver-

* Het is van belang dat de verzekeringsarts op de hoogte is van de wijze waarop de termen ‘objectieve’ en ‘subjectieve’ belastbaarheid’ in de NVAB-richtlijn worden gebruikt. Ze verwijzen naar twee typen factoren die voor de beoordeling van de belastbaarheid relevant zijn, maar impliceren geen tegenstelling tussen ‘werkelijke’ en ‘ingebeelde’ belastbaarheid.

minderde motivatie voor het werk, herstelbelemmerende opvattingen bij de partner, privé-problemen en onvoldoende therapietrouw.

- *Is er sprake van een ongezonde leefstijl?*
- *Zijn er werkgebonden factoren die de re-integratie belemmeren?* Om eventuele herstelbelemmerende opvattingen van de werkgever op het spoor te komen, vraagt de bedrijfsarts aan de werknemer hoe de werkgever denkt over werkhervatting. Er kan sprake zijn van irrationele ideeën over hartpatiënten of van angst bij werkgever of collega's dat er op het werk iets kan gebeuren.¹⁸ Verder beoordeelt de bedrijfsarts of er veiligheidsrisico's zijn voor derden, bijvoorbeeld bij beroepen in wegvervoer, luchtvaart en scheepvaart, bij de spoorwegen en de brandweer en bij de bediening van gevaarlijke machines. Voor een aantal beroepen bestaan keuringsnormen.¹⁸
- *Krijgt de werknemer hartrevalidatie?* Zo ja, wat zijn de doelen van de revalidatie? Zo nee, wat is daarvan de reden? Hartrevalidatie kan geïndiceerd zijn, maar niet beschikbaar en er kunnen contra-indicaties voor deelname zijn.

Aan de hand van zijn problemdiagnose kan de bedrijfsarts gericht adviseren over werkomstandigheden, aanpassing van werkbelasting, werkhervatting en behandel- en revalidatiemogelijkheden.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer die een hartinfarct heeft doorgemaakt voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Bij de diagnose hartinfarct vormt de verzekeringsarts zich aan de hand van het re-integratieverslag en andere beschikbare gegevens een oordeel over de oorzaken van de stagnatie van het herstelproces, in de wetenschap dat re-integratie in arbeid in de meeste gevallen succesvol verloopt indien er geen sprake is van een ernstig beperkte cardiale belastbaarheid. De stagnatie van het functioneel herstel, bij afwezigheid van ernstige cardiale beperkingen, is in het algemeen multicausaal bepaald. Signalering en behandeling van comorbiditeit en secundaire preventie van hart- en vaatziekten zijn belangrijke aandachtspunten. De verzekeringsarts kan tot de conclusie komen dat bij een werknemer belangrijke kansen in de behandeling en begeleiding zijn gemist.

De verzekeringsarts betreft zijn analyse van de stagnatie van de re-integratie bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.⁴⁵

6.2 Functionele mogelijkheden

De verzekeringsarts realiseert zich dat de beperkingen na een hartinfarct veelal multicausaal bepaald zijn. Een verminderde hartfunctie is slechts een van de mogelijke oorzaken. Het doormaken van een hartinfarct is in het algemeen een ingrijpende levensgebeurtenis, die gepaard gaat met grote veranderingen – leefstijlaanpassingen, lichamelijke beperkingen, veranderingen in het dagelijks functioneren – en het wegvallen van vanzelfsprekendheden. Het aanpassingsvermogen kan hierdoor tekortschieten, met een verhoogde kans op psychiatrische comorbiditeit. Onvermogen om het inspanningsvermogen adequaat in te schatten – bij de patiënt zelf of bij zijn omgeving – kan bij de stagnatie van het functionele herstel een belangrijke rol spelen. Ook kan door de ziekte de visie van de werknemer op de functie van betaalde arbeid in zijn leven veranderd zijn.

Voor de functionele beperkingen die het gevolg zijn van een verminderde pompfunctie wordt verwezen naar het protocol *Chronisch hartfalen*. De verzekeringsarts houdt rekening met de mogelijkheid dat de cardiale toestand van de patiënt sinds het hartinfarct (verder) verslechterd is of dat een recidiefhartinfarct is opgetreden. Andere mogelijke oorzaken van een verminderde cardiale belastbaarheid zijn angina pectoris, hartritmestoornissen, mitralisklepinsufficiëntie en het gebruik van bètablokkers.

De aanwezige comorbiditeit betreft hij bij zijn beoordeling. Voor enkele veelvoorkomende vormen van comorbiditeit – overspanning, depressieve stoornis, angststoornissen – zijn verzekeringsgeneeskundige protocollen beschikbaar.

De verzekeringsarts houdt daarnaast rekening met factoren in het werk die schadelijk kunnen zijn voor het hart:

- werkstress, met het oog op specifieke voorwaarden voor het persoonlijk en sociaal functioneren in arbeid
- fysieke omgevingsfactoren:
 - hitte
 - koude
 - schadelijke stoffen
 - lawaai
- ploegendienst, met het oog op beperkingen ten aanzien van werktijden.

Voorts houdt hij er rekening mee dat aan sommige functies bijzondere veiligheidseisen gesteld kunnen worden. Een ICD, bijvoorbeeld, is een contra-indicatie voor beroepsmatig autorijden en het verrichten van veiligheidsfuncties.

6.3 Te verwachten beloop

Bij de beoordeling van het te verwachten beloop houdt de verzekeringsarts rekening met:

- bekende cardiovasculaire risicofactoren
- cardiale belastbaarheid
- nog te benutten behandel- en revalidatiemogelijkheden
- relevante comorbiditeit en de wisselwerking tussen de verschillende ziektebeelden.

Een verbetering van de cardiale belastbaarheid van een adequaat behandelde en begeleide patiënt is twee jaar na een hartinfarct niet meer te verwachten.

Voor zover het functionele herstel gestagneerd is door andere oorzaken dan een beperkte cardiale belastbaarheid, gaat de verzekeringsarts na of een hierop gerichte adequate behandeling en begeleiding heeft plaatsgevonden. Is dat het geval, dan is de prognose ongunstig.

6.4 Behandeling en begeleiding

Meent de verzekeringsarts dat de hartfunctie achteruit is gegaan in vergelijking met de toestand die blijkt uit informatie die hij van andere artsen ontving, dan stelt hij de bedrijfsarts, de huisarts of de behandelend specialist op de hoogte van zijn bevindingen.

Als functioneel herstel na een hartinfarct zonder aanwijsbare cardiale oorzaak is uitgebleven en de verzekeringsarts van mening is dat de behandelings- en begeleidingsmogelijkheden onvoldoende zijn benut, overlegt hij met werknemer, huisarts, bedrijfsarts, behandelend specialist of andere behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak, aansluitend bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken?

Bij herbeoordelingen evalueert de verzekeringsarts de uitvoering van het medisch plan van aanpak. Zo nodig treed hij opnieuw in overleg met betrokkene en diens behandelaar(s) om het plan bij te stellen.

Literatuur

-
- 1 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006: 2006/22.
 - 2 Grundmeijer HGLM, Bentum STBv, Rutten FH, Bakx JC, Hendrick JMA, Bouma M e.a. NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct. Huisarts & Wetenschap 2005; 48(5): 220-231.
 - 3 Boomsma LJ, Boer MJd, Bouma M, Bär FWHM, Bentum STBv, Lamfers E e.a. Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct. Huisarts & Wetenschap 2005; 48(5): 232-235.
 - 4 Rutten FH, Grundmeijer HGLM, Grijseels EWM, Bentum STBv, Hendrick JMA, Bouma M e.a. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom. Huisarts & Wetenschap 2003; 46(14): 831-843.
 - 5 Vermeer GJ, de Boer MJ, Bouma M, Bär FWHM, Bentum STBv, Lamfers E e.a. Landelijke Transmurale Afspraak Acuut coronair syndroom. Huisarts & Wetenschap 2003; 46(14): 844-847.
 - 6 Vogels EMHM, Bertram RJJ, Graus JJJ, Hendriks HJM, Huls Rv, Hulzebos HJ e.a. KNGF-richtlijn Hartrevalidatie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2003; 111(3): supplement.
 - 7 revalidatiecommissie NHS/NVVC. Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2004.
 - 8 Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden; 2006.
 - 9 NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten. Utrecht: NVAB; 2007.
 - 10 Myocardial infarction redefined--a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. Eur Heart J 2000; 21(18): 1502-1513.
-

- 11 van Leest LATM, Koek HL, van Trijp MJCA, Van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML e.a. Hart- en
vaatziekten in Nederland 2005. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2005.
- 12 Koek HL, Leest LATMv, Verschuren WMM, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland in 2004.
Den Haag: Nederlandse Hartsichting; 2004.
- 13 Kenniscentrum UWV. UWV Kwartaal Verkenning 2007-III. Amsterdam: UWV; 2007. Internet:
http://www.uwv.nl/Images/UKV%202007-III_tcm26-147000.pdf, 09.11.07.
- 14 Frasure-Smith N, Lesperance F. Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Psychosom Med*
2005; 67 Suppl 1: S19-S25.
- 15 van Erp J, Hinnen C, Sanderman R. Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten. Bilthoven:
Nederlandse Hartstichting; 2006.
- 16 Gander ML, von Kanel R. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency,
outcome, and atherosclerotic mechanisms. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13(2): 165-172.
- 17 Kivimaki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Vaananen A, Vahtera J. Work stress in the
etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32(6): 431-
442.
- 18 NVAB. Achtergronddocument bij de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met
ischemische hartziekten. Utrecht: NVAB; 2007.
- 19 Peterson PN, Spertus JA, Magid DJ, Masoudi FA, Reid K, Hamman RF e.a. The impact of diabetes
on one-year health status outcomes following acute coronary syndromes. *BMC Cardiovasc Disord*
2006; 6: 41.
- 20 Drory Y, Kravetz S, Koren-Morag N, Goldbourt U. Resumption and maintenance of employment
after a first acute myocardial infarction: sociodemographic, vocational and medical predictors.
Cardiology 2005; 103(1): 37-43.
- 21 Muller-Nordhorn J, Gehring J, Kulig M, Binting S, Klein G, Gohlke H e.a. [Return to work after
cardiologic rehabilitation]. *Soz Praventivmed* 2003; 48(6): 370-378.
- 22 Varaijac P, Sellier P, Iliou MC, Corona P, Prunier L, Audouin P. [Return to work following
myocardial infarction. Medical and socio-professional factors]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1996; 89(2):
203-209.
- 23 Soderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with
coronary artery disease. *Soc Sci Med* 2003; 56(1): 193-202.
- 24 Honig A. Depressie na een hartinfarct en vergrote kans op overlijden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;
144(27): 1307-1310.
- 25 Spindler H, Pedersen SS. Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk
factors, and future research directions. *Psychosom Med* 2005; 67(5): 715-723.
- 26 Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. De NVVC Richtlijnen ST-Elevatie Acute Coronaire
Syndromen. Utrecht: NVVC; 2001.
- 27 Bär FWHM, Vonken HJM. Wat is het nut van hartrevalidatie? *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134(3):
107-112.
-

- 28 Boudrez H, De Backer G. Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiol* 2000; 55(6): 341-349.
- 29 Haskell WL, Brachfeld N, Bruce RA, Davis PO, Dennis CA, Fox SM, III e.a. Task Force II: Determination of occupational working capacity in patients with ischemic heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1989; 14(4): 1025-1034.
- 30 Mahoney LT, Skorton DJ. Insurability and employability. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18(2): 334-336.
- 31 Strijbis AM, Franke B, van Boxtel I, Duiker K. Hartrevalidatie in cijfers. *Hart Bulletin* 2005; 36(4): 94-99.
- 32 Perk J, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 8. Sick leave due to coronary artery disease or stroke. *Scand J Public Health Suppl* 2004; 63: 181-206.
- 33 Monpere C, Francois G, Rondeau du NC, Phan VJ. Return to work after rehabilitation in coronary bypass patients. Role of the occupational medicine specialist during rehabilitation. *Eur Heart J* 1988; 9 Suppl L: 48-53.
- 34 Monpere C, Rajoelina A, Vernochet P, Mirguet C, Thebaud N. [Return to work after cardiovascular rehabilitation in 128 coronary patients followed for 7 years. Results and medico-economic analysis]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2000; 93(7): 797-806.
- 35 Danchin N, Goepfert PC. Exercise training, cardiac rehabilitation and return to work in patients with coronary artery disease. *Eur Heart J* 1988; 9 Suppl M: 43-46.
- 36 Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42(10): 1801-1807.
- 37 Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskog B, Livingston M. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1994; 23(5): 423-435.
- 38 Cox RAF. *Fitness for Work*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- 39 DeBusk RF, Dennis CA. Occupational work evaluation of patients with cardiac disease: a guide for physicians. *West J Med* 1982; 137(6): 515-520.
- 40 Dennis C, Houston-Miller N, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Gossard D e.a. Early return to work after uncomplicated myocardial infarction. Results of a randomized trial. *JAMA* 1988; 260(2): 214-220.
- 41 Dumont S, Jobin J, Deshaies G, Trudel L, Chantale M. [Rehabilitation and the socio-occupational reintegration of workers who have had a myocardial infarct: a pilot study]. *Can J Cardiol* 1999; 15(4): 453-461.
- 42 Picard MH, Dennis C, Schwartz RG, Ahn DK, Kraemer HC, Berger WE, III e.a. Cost-benefit analysis of early return to work after uncomplicated acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1989; 63(18): 1308-1314.
- 43 Pilote L, Thomas RJ, Dennis C, Goins P, Houston-Miller N, Kraemer H e.a. Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community. *Ann Intern Med* 1992; 117(5): 383-389.
-

- 44 Weel ANH, van Dijk JL. Werk en Hart. In: Roelandt JRTC, Lie KI, Wellens HJJ, editors. Cardiologie. Bohn Stafleu van Loghem; 11-11-2002:
- 45 UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter d.d. 17 oktober 2006. Staatscourant 2006; 224: 34-44.

A	Adviesaanvraag
---	----------------

B	Commissie
---	-----------

C	Commentaren
---	-------------

Bijlagen

Adviesaanvraag

Op 19 januari 2005 schreef de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk SV/AL/05/614):

Binnenkort zal ik het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) bij het parlement indienen. Dit wetsvoorstel, dat de WAO zal vervangen voor de personen die vanaf 2006 een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, heeft als uitgangspunt dat niet langer het verstrekken van een uitkering centraal moet staan, maar het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid en het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheid om te werken.

De SER heeft in zijn adviezen over het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel benadrukt dat bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid een lijst van aandoeningen als hulpmiddel richtinggevend moet zijn bij de individuele arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De raad stelt voor een neutrale lijst te gebruiken van ziekten en aandoeningen, waarvoor aan de hand van wetenschappelijke gegevens prognoses zijn opgesteld over het verloop van de ziekte, gegeven de geëigende behandeling. De raad stelt voor om bij de ontwikkeling en actualisering van deze lijst gebruik te maken van protocollen met diagnose-prognosecombinaties.

Naar aanleiding van de SER-advisering en mijn beleidsvoornemens in het wetsvoorstel WIA heb ik met u overlegd, wat geresulteerd heeft in onderstaande. Hierdoor wordt naar mijn mening een completere aanpak bereikt dan betrokkenen oorspronkelijk voor ogen stond.

Onderdeel van het nieuwe stelsel is dat het claimbeoordelingsproces hervormd en kwalitatief verbeterd wordt. Bij het streven naar een hoge kwaliteit van de claimbeoordeling bestaat behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde informatie die daarbij als ondersteuning gebruikt kan worden. Met

behulp van deze informatie kunnen hulpmiddelen bij de claimbeoordeling ontwikkeld worden: een set beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden. De informatie die daarin bevat is, is relevant voor de behandeling, de preventie, de verzuimpreventie en begeleiding van verzuimende werknemers, de reïntegratie en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden. Op die manier kan de professionele kwaliteit van de sociaal-geneeskundige processen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid bevorderd en getoetst worden. Als onderdeel van deze protocollen en standaarden bestaat behoefte aan evidence-based informatie met betrekking tot de prognose van ziektes. Een dergelijk hulpmiddel kan bestaan uit een neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende gebruikelijke hersteltermijnen, gegeven een geëigende behandeling, en de spreiding die daarbij optreedt. Deze prognostiek kan gebruikt worden bij de verzuimbegeleiding, de poortwachertoets, bij de bepaling van de duurzaamheid en bij het vaststellen van een tijdstip voor een herbeoordeling. Deze vier doeleinden kunnen als volgt worden toegelicht.

- Afhankelijk van de ziekte die een verzuimende werknemer heeft, kan de bedrijfsarts adviseren over de reïntegratie (is het mogelijk en zinvol het werk te hervatten, en zo ja op welk moment, in welke omvang en welke werkzaamheden) en over de meest gewenste curatieve behandeling.
- Bij de poortwachertoets beoordeelt het UWV of de werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan aan reïntegratie. Deze toets wordt ruim opgevat: het gaat er zowel om of de werknemer tijdig en voldoende heeft hervat, als om de vraag of voldoende is gedaan om het medisch herstel te bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld in beginsel noodzakelijk een specialist te raadplegen en een voorgeschreven behandeling te volgen. Ook wordt beoordeeld of de werkgever voldoende heeft gedaan om aangepast werk beschikbaar te stellen.
- Bij het beoordelen of een volledige arbeidsongeschikte ook duurzaam arbeidsongeschikt is, moeten de herstelkansen van betrokkene gezien worden. Is er nog kans op herstel, en zo ja op welke termijn. Hierbij is van belang welke behandelingen iemand al gevolgd heeft, en welke mogelijkheden er nog zijn of dat wellicht al een eindtoestand is bereikt, en wat de behandelmogelijkheden voor gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmogelijkheden. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om medisch herstel, maar om herstel van de arbeidsmogelijkheden.
- Bij iedere claimbeoordeling zal de verzekeringsarts een moment voor een volgende beoordeling aangeven. Het gewenste moment hangt met name af van de kansen op herstel (of verslechtering).

Bij het opstellen van bovenstaande hulpmiddelen die indicatief gebruikt zullen worden (beoordelingsprotocollen, behandelings- en begeleidingsstandaarden en de prognostiek die daarbij relevant is) wil ik mij baseren op recente medische inzichten. Naar mijn mening is de Gezondheidsraad het orgaan bij uitstek dat hierover beschikt. Om die reden wil ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzoeken mij te adviseren over de inhoud van deze hulpmiddelen. Ik acht het essentieel dat de benodigde informatie ruim voor de inwerkingtreding van de WIA per januari 2006 gereed is. Om die reden verzoek ik u de volgende fasering in de voorbereiding en de planning aan te houden.

Ik verzoek u te beginnen met het maken van een Plan van aanpak waarin de huidige wetenschappelijke inzichten op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid worden vermeld. Ik verzoek u hierbij aan te sluiten bij wat al beschikbaar is aan standaarden en richtlijnen in de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector. Ook informatie uit het buitenland en resultaten van onderzoek kunnen hierbij gebruikt worden. In dit plan van aanpak wordt ook beschreven via welke procedure en met welke actoren de betreffende beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden kunnen worden opgesteld. Tot slot dient een basisstramien voor een protocol ontwikkeld te worden in deze fase.

De tweede fase zou het daadwerkelijk opstellen van de protocollen behelzen. In deze fase kan onderscheid gemaakt worden tussen voor arbeidsongeschiktheid relevante diagnosegroepen als bewegingsapparaat, psychisch, respiratoir, hart- en vaatziekten, en ongevallen. In deze fase zou het werk door verschillende sub-sommissies simultaan gedaan kunnen worden.

De derde fase houdt in dat uw raad de gemaakte protocollen formaliseert en reviewt en eventueel uitbreidt. Deze fase is op het moment nog niet opportuun

Ik acht het essentieel dat de eerste fase voor juli 2005 is afgerond. Op die manier is het voor professionals op het veld van de verzuimbegeleiding en voor het UWV duidelijk welke producten er gereed zullen zijn bij inwerkingtreden van de WIA en hoe deze gebruikt kunnen worden. In het Plan van aanpak zullen de vervolgactiviteiten in 2005 en 2006 beschreven dienen te worden.

Hoogachtend,

de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
w.g. mr. A.J. de Geus

Commissie

Als commissie voor dit advies fungeren

- de werkgroep Whiplash en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Whiplash associated disorder I/II*
- de werkgroep Lage rugklachten en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008)*
- de werkgroep Myocardinfarct en de commissie WIA, voor het verzekeringsgeneeskundig protocol *Hartinfarct (herziening 2008)*.

Werkgroep Whiplash

- prof. dr. P.J.E. Bindels, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - drs. J. Buitenhuis
verzekeringsarts, Univé, Assen
 - dr. A.M. Boonstra
revalidatie-arts, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag
 - dr. J. Dijkstra
neuro-psychologe, Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - drs. E.J.W. Keuter
neuroloog, Diaconessenhuis, Meppel
-

- drs. C. Klingers
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Breda
- drs. M.F.A. Labuschagne-van Hoffen
bedrijfsarts, ING Arboteam Regio West, Den Haag
- dr. A.F.G. Leentjens
psychiater, Academisch Ziekenhuis Maastricht
- drs. A.L. Verdaasdonk
huisarts, Elst (Utrecht)
- dr. A.P. Verhagen
fysiotherapeut, epidemioloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. F.M. Westerbos, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep Lage rugklachten

- prof. dr. B.W. Koes, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. R.A. de Bie
hoogleraar *research in physiotherapy*, Universiteit Maastricht
 - dr. A.W. Chavannes
huisarts, Epe
 - drs. H.S. Miedema
arts-epidemioloog, directeur Kenniscentrum Arbeid en Klachten
Bewegingsapparaat, Rotterdam
 - dr. T.M. Pal
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
 - N.K.M. van der Plas
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Den Bosch
 - J.T.M. Steinebach
arbeidsdeskundige, Wassenaar
 - dr. J.H.A.M. Verbeek
bedrijfsarts, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid,
Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - dr. P.C.A.J. Vroomen
neuroloog, Universitair Medisch Centrum Groningen
 - A.E. de Wind
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Rotterdam
-

- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts, bedrijfsarts, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- mr. F.M. Westerbos, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag

Werkgroep Myocardinfarct

- prof. dr. W.J.J. Assendelft, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
 - prof. dr. F.W.H.M. Bär
hoogleraar cardiologie, Universiteit Maastricht
 - dr. M. Bouma
huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht
 - J.L. van Dijk
bedrijfsarts, Achmea Arbo, Amsterdam
 - dr. I.M. Hellemans
cardioloog, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr. T.M. Pal
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
 - N.K.M. van der Plas
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Den Bosch
 - dr. F.H. Rutten
huisarts, Rhenen
 - J.T.M. Steinebach
arbeidsdeskundige, Wassenaar
 - A.E. de Wind
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Rotterdam
 - A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts, bedrijfsarts, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
 - mr. F.M. Westerbos, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
 - dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag
-

Commissie WIA

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
 - drs. W.E.L. de Boer
verzekeringsarts, directeur Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Utrecht; TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
 - dr. E. Borst-Eilers
oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Bilthoven
 - prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen
hoogleraar beroepsziekten, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - prof. dr. J.W. Groothoff
hoogleraar arbeid en gezondheid, Universitair Medisch Centrum Groningen
 - prof. dr. J.W.M. Hazes
hoogleraar reumatologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. J.J.L. van der Klink
hoogleraar arbeid en gezondheid, Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health, NSPOH, Amsterdam
 - dr. H. Kroneman
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
 - prof. dr. E. Lindeman
hoogleraar revalidatie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - prof. dr. A.H. Schene
hoogleraar psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - prof. dr. ir. T. Smid
hoogleraar arbeidsomstandigheden, Vrije Universiteit, Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol
 - dr. B. Sorgdrager
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
 - prof. dr. J.H.B.M. Willems
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
-

- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts, bedrijfsarts, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseurschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Commentaren

Het verzekeringsgeneeskundig protocol Whiplash associated disorder I/II en de bijbehorende toelichting werden in concept becommentarieerd door een aantal organisaties:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
 - Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
 - Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (<http://www.lve.nl>)
 - Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
 - Nederlands Instituut van Psychologen, sectie Neuropsychologie (<http://www.psynip.nl>)
 - Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
 - Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (<http://vra.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Neurologie (<http://neurologie.nl>)
 - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (<http://www.nvvp.net>)
 - Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)
 - Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (<http://www.vgct.nl>)
 - Whiplash Stichting Nederland (<http://whiplashstichting.nl>)
-

De genoemde organisaties dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

De oorspronkelijke verzekeringsgeneeskundige protocollen Aspecifieke lage rugpijn en Hartinfarct en bijbehorende toelichtingen werden na publicatie door een aantal organisaties becommentarieerd. Deze commentaren werden betrokken bij de herziening van de protocollen. De commentaren op het protocol Aspecifieke lage rugpijn waren afkomstig van:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' (<http://www.nvvr.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)

De commentaren op het protocol Hartinfarct waren afkomstig van:

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (<http://www.cgraad.nl/aib/protocollenenrichtlijnen.html>)
- Hartzorg Vereniging van Hartpatiënten (<http://www.hartzorg.nl>)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (<http://www.kngf.nl>)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (<http://www.gav.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (<http://nvab.artsennet.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (<http://www.nvc.nl>)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (<http://www.nvvg.nl>)