

tbv 2

Jaargang 25
Februari 2017

Tijdschrift voor Bedrijfs- en
Verzekeringsgeneeskunde

ONDERZOEK

Instrument voor begeleiding
bij re-integratie bij kans op
chronisch verzuim

VOOR DE PRAKTIJK

Voorbeeldgesprekken
voor de bedrijfsarts

RICHTLIJNEN

Q-koorts, Lymeziekte en
Chronisch Zieken en Werk

ZEEPKIST

Verzuim verdient een medische analyse

INTERVIEW

Actieve rol van alle betrokkenen
essentieel voor re-integratie

www.tbv-online.nl

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

We teach...



NIEUW

**GEbruik EN OPSTELLEN
INZETBAARHEIDSPROFIEL (IZP) EN HET FML**
21 maart en 11 april 2017, Utrecht

TRAINING ADVIESVAARDIGHEDEN
22 maart, 19 april en 24 mei 2017, Utrecht

INFECTIEZIEKTEN EN WERK
23 en 30 maart 2017, Zeist

**MASTERCLASS WET WERK EN ZEKERHEID
EN DE PRAKTIJK VAN HET ARBEIDSRECHT
EN SOCIAAL ZEKERHEIDSRRECHT**
27 maart 2017, Utrecht

REFEREERMIDDAG ONCOLOGIE
27 maart 2017, Utrecht

**SOLK EN SOMATOFORME STOORNISSEN:
BEOORDELEN EN BEGELEIDEN**
27 maart 2017 (14:00-21:00 uur), Utrecht

NIEUW

**TRANSITIE VAN JEUGDGEZONDHEIDZORG
NAAR BEDRIJFSGEZONDHEIDZORG**
Topclass Arbeid en Gezondheid
3 april 2017 (16.00-20.30 uur), Amsterdam

SLAAP EN WERK
10 april 2017, Utrecht

**MINISYMPOSIUM
TRANSPORTGENEESKUNDE**
11 april 2017, Utrecht

DEPRESSIE EN WERK
18 april 2017, Utrecht

...en nóg 170 modulen!

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



NSPOH
we teach health



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



VAKINFORMATIE KOOP JE BIJ DE SPECIALIST

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



Ga direct naar www.bsl.nl

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



BSL Gezondheidszorgpanel

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

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



Meer informatie op www.bsl.nl/panel

Wetenschappelijke kwaliteit onder de loep

Wim Otto



Begin december 2016 was een wetenschapsspecial van de NRC gewijd aan 'Peer review in de wetenschap'.

De ondertitel luidde: 'Maatstaf in de wetenschap is zelf ondermaats'.

Peer review wordt sinds de jaren zeventig algemeen toegepast als de manier om de kwaliteit van wetenschappelijke publicaties te garanderen. Maar de werkwijze vertoont scheuren. Dat heeft deels met kwantitatieve aspecten te maken: de enorme groei in het aantal artikelen heeft als gevolg dat er gewoon niet genoeg deskundige reviewers zijn. Ook is er vaak niet voldoende tijd om alle ingewikkelde statistiek te controleren. Reviewers beperken zich nog weleens tot datgene waar zij verstand van hebben. Ook komt het voor dat de beoordeling wordt beïnvloed door de vraag of de conclusies de reviewer goed uitkomen.

In dit verband 'schokkend' was vooral de ontdekking dat statistiek en methodologie niet aan de orde komen in de hoofdvragen van het gerenommeerde tijdschrift dat hier met name onder vuur lag. Die bleken te staan bij het rijtje vragen 'voor als u tijd heeft'.

Hoe zit dat bij TBV, vraagt u zich misschien af. Wij hebben een aantal checklists voor beoordeling van artikelen voor de rubriek Onderzoek, met een aparte checklist voor kwalitatief onderzoek. Ik kan u in zoverre geruststellen dat statistiek en methodologie onderdeel uitmaken van die checklists. Maar is dat voldoende garantie voor kwaliteit? Ik moet bekennen dat niet alle reviewers altijd alle aspecten van de checklist behandelen. Dat geldt ook voor sommige reviews zie ik zelf heb gegeven. Gezien de gesignaleerde problematiek rondom de peer reviews moeten wij ons wel afvragen of we onze eigen checklist niet wat strikter moeten hanteren – zonder natuurlijk daarin rigide te worden. De checklist is onze leidraad, daarnaast gaat het ook om een overall beoordeling.

Overigens worden alle grafieken en tabellen ter beoordeling aan een vaste en ter zake deskundige redacteur voorgelegd.

Maar hiermee is niet alles gezegd. TBV is niet een puur wetenschappelijk tijdschrift. TBV beoogt ook een tijdschrift te zijn met handreikingen voor de praktijk én een discussieplatform om ontwikkelingen binnen ons vakgebied verder te helpen. Artikelen bevinden zich nogal eens op het raakvlak van onderzoek en praktijk, terwijl ook de opinie een wezenlijk onderdeel kan zijn. Soms publiceren we artikelen die wetenschappelijk wat 'licht' zijn maar die wel erg relevant zijn voor de praktijk of een discussie stimuleren.

U hebt nu een kijkje in de keuken, maar verwacht toch ook een vooruitblik op nummer twee van dit jaar.

We prijzen ons gelukkig dat onze Vlaamse vakgenoten in deze editie goed zijn vertegenwoordigd. Godderis e.a. beschrijven de veranderingen in de Belgische wetgeving per 1 januari 2017 die de re-integratie van zieke werknemers moeten bevorderen. In het interview komt de veelzijdige carrière van Mairiaux aan de orde. Hij ziet als essentie van de nieuwe wet dat alle partijen een actieve rol krijgen bij de re-integratie.

Veel aandacht dit keer voor beroepsziekten, waaronder een bespreking van de ontwikkelingen zoals weergegeven in de jaarlijkse uitgave van het NCvB.

Praktische handvatten biedt Wiechers in een eerste artikel met de beschrijving van een aantal voorbeeldgesprekken voor de bedrijfsarts. Huisman e.a. introduceren met de verBeterAnalyse een methode waarbij de medewerkers van een bedrijf een centrale rol spelen bij het opsporen van factoren die bepalend zijn voor werkgerelateerd verzuim. Werkt dat? Stuur uw ervaringen of visie naar de TBV-redactie.

Deze TBV biedt ook weer volop stof voor discussie. Weel bestrijdt dat verzuim kan worden gereduceerd tot gedrag. En de besproken tuchtzaak heeft in verzekeringsgeneeskundige kringen al flink wat stof doen opwaaien. Ligt er inderdaad een uitdaging voor de beroepsgroep om rapporten voor de buitenwereld (verder) te demedicaliseren?

hoofredactioneel	Wetenschappelijke kwaliteit onder de loep	51
zeepkist	De halve waarheid	53
voor de praktijk	Ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid in België <i>Lode Godderis, Godewina Mylle, Marc Dubois</i>	56
onderzoek	Is langdurig ziekteverzuim voorspelbaar en meetbaar? <i>Kaat Goorts, Christiane Duchesnes, Sofie Vandenbroeck, Dorina Rusu, Marc Du Bois, Philippe Mairiaux, Lode Godderis</i>	59
column	Na vijven	63
voor de praktijk	Aandacht voor levenstaken draagt bij aan preventie en interventie bij reddingswerkers <i>Heilwine Bakker, Tony Gaillard</i>	64
	Van bijziend naar brede blik met de verBeterAnalyse <i>Jan Sije Huismans, Rik Bijl, Anneke Borgonjen</i>	66
	Hulpmiddel bij het spreekuur <i>Adrie Wiechers</i>	70
voor u gelezen	Richtlijn Chronisch Zieken en Werk	73
congresverslag	A(n)ios-congres: werken met kanker vraagt communiceren en maatwerk	74
	Muntend@m Symposium 2016: Digitalisering en de verzekeringsgeneeskunde	75
interview	Philippe Mairiaux: ‘Beleidsvoorbereidend werk is interessant werk voor een hoogleraar’ <i>Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans</i>	76
boekbespreking	Beroepsziekten in cijfers 2016	81
Uitspraken tuchtcollege	Waarschuwing: geen medische klachten rapporteren aan niet-medici <i>Bas Sorgdrager (Eindredactie)</i>	82
beroepsziekten	Twee richtlijnen voor registratie: Q-koorts en lymeziekte <i>Jaap Maas, Bas Sorgdrager</i>	84
van de verenigingen	NVAB	87
	NVVG	89

‘Ziekte overkomt je, verzuim is een keuze / verzuim is gedrag’

De halve waarheid

André Weel

Deze slogan is populair bij verzuimbureaus, arbodiensten, advies- en trainingsbureaus. Google er maar eens mee! Steeds zie je dezelfde woorden en zinnen. Ze praten elkaar allemaal braaf na. Ook een aantal bedrijfsartsen dweept ermee. Het is hun ‘gedragsmodel’. Dat valt me steeds op als ik me er kritisch over uitlaat. Zoals ik onlangs deed in mijn blogs in Medisch Contact.^{1,2} Voorstanders van de slogan laten van zich horen.³ De tegenstanders zijn blij dat iemand het eindelijk durft te zeggen. Alsof het om de nieuwe kleren van de keizer gaat.

Ik heb allang het gevoel dat er iets mis is met deze slogan. Zo simpel, zo populistisch kan het in werkelijkheid toch niet zijn! Daarom heb ik hem maar eens op de snijtafel gelegd. Ik ga voor u de slogan in drie stappen ontleden. Zo heb ik het vroeger als medisch student geleerd op de snijzaal. Stap 1 is het niveau van de huid: de oppervlakte. Stap 2 is het onderhuidse vet- en steunweefsel. Stap 3 is het skelet: de intentie er achter.

Stap 1: de oppervlakte. De slogan ziet er glad uit. Hij bekt lekker. Als slogan is hij geslaagd. Hij creëert een scherpe tegenstelling tussen twee begrippen die normaal in één adem worden genoemd: ziekte en verzuim. Ziekte en verzuim gaan vaak samen, maar passen eigenlijk niet goed bij elkaar. Het zijn twee uitersten. Ziekte overkomt je. Je vraagt er nu eenmaal niet om om ziek te worden. Ziekte lijkt een noodlot. Verzuim: daar kiest je cliënt zelf voor. Hij laat de arbeidsrol vallen. Hij acteert in de ziekenrol. Hij had voor hetzelfde geld kunnen doorwerken. Verzuim is een geacteerde keuze. Hier ligt jouw kans als begeleider om iemand terug naar het werken te duwen. Als je ziekteverzuim wilt aanpakken moet je dat gedrag beïnvloeden. Je moet de keuze voor verzuim ontmoedigen. Dáár valt de winst te behalen, niet bij de aanpak van de ziekte. Laat die ziekte maar zitten. Vergeet dat medisch model. Richt je op het verzuim, en stuur het gedrag in de gewenste richting. Als je cliënt tegenstribbelt, hou je hem de consequenties voor: na twee jaar verzuim stopt je loon. Je krijgt geen WIA-uitkering. Je verliest je baan. WW, daarna bijstand. Wil je dat?

Stap 2: het steunweefsel. Waar berust de slogan op? Heeft iemand die ziek wordt zoveel keuzevrijheid om zich ziek te melden? Wat zegt dat eigenlijk, ‘verzuim is

gedrag’? Gedrag is wat wij mensen doen of nalaten. Werken is gedrag. Sporten, praten, eten, drinken en slapen zijn gedrag. Gedrag is soms een vrijwillige keuze, soms (tegelijk) een levensnoodzaak, zoals ademhalen. ‘Verzuim is gedrag’ is in zijn algemeenheid een dooddoener, een loze bewering. Heeft iemand die ziek wordt beslissingsruimte om zich ziek te melden? Soms wel, vaak niet. Ik kan me situaties voorstellen waarin stoppen met werken een noodzaak is. Ongevallen, onwel worden, gevaarlijke situaties, heftige emoties. Daar valt niets te kiezen.

Sta je machteloos bij ziekte? Je kunt er als patiënt veel aan doen om weer gezond te worden. Herstelgedrag noemen we dat. Daar hebben we zelfs een richtlijn voor. Veel werknemers met een chronische ziekte spannen zich elke dag tot het uiterste in om met hun beperkingen zo goed mogelijk te blijven werken. Daar kunnen we slechts bewondering voor opbrengen. Als ze dan toch een keer verzuimen, mogen we ze dan met deze slogan ‘wegzetten’?

Je kunt trouwens veel zelf doen om gezond te blijven, om ziekte te voorkómen. Bijvoorbeeld gezond leven, niet roken, niet drinken, afvallen, bewegen, ontspannen. Voor jezelf opkomen. Nee durven zeggen. Allemaal vormen van gedrag. Omgaan met ziekte en omgaan met gezondheidsrisico’s is gedrag!

Stap 3: de kern van de zaak. Wat beogen de bedenkers van de slogan? Is het flinktaal om indruk te maken op werkgevers? Is het streven naar commercieel gewin van trainingsbureaus? Het lijkt er veel op. Ik zie de aanhangers van de slogan als dualisten. Zij proberen het onscheidbare te scheiden. Ziekte en verzuim. Ziekte en gedrag. Medisch en niet-medisch verzuim. Lichaam en geest. Maar ziekte en ziektegedrag (waaronder ook verzuim) horen bij elkaar net als lichaam en geest; ze hangen nauw samen. Een professional moet ze ook in die samenhang bekijken.

Ik vind de slogan niet terug in professionele richtlijnen. Ik zie alleen *believers*. Ik zie dokters die zeggen het medische model voor het gedragsmodel te hebben ingeruild. Als je vraagt wat dat gedragsmodel behelst prevelen ze de sloganformule. Ik zie aan de andere kant werknemers die zich niet serieus genomen voelen doordat zij niet meer behoorlijk worden onderzocht. Dat gebeurt vooral

bij arbeidsconflicten. Een conflict is toch ook gedrag? Werknemers worden weggestuurd onder het motto: vecht het maar uit met je leidinggevende. Verklaart dit doktersgedrag misschien het stijgende aantal tuchtklachten tegen 'gedragdokters'? Dat laatste is wat ik zie in de tuchtspraak. Zie de casus bij deze Zeepkist. Cliënten pikken het niet langer. Zij willen een dokter die hen serieus neemt, die ingaat op hun klachten. Met de slogan word je geen betere dokter. Integendeel, je verloochent je medische stiel en je beunhaast als gedragsdeskundige.⁴ De feitelijke basis van de slogan is een halve waarheid. Een generalisatie die vaak de plank misslaat. Mensen onrecht doet. Erger dan een leugen.

Wat leren we van dit ontledingsproces? Laten we bij verzuim alle relevante aspecten van ziekte en ziektegedrag in kaart brengen. Laten we niet gaan dokteren aan gedrag. We kunnen beter dokteren aan ziekte en vooral aan ziektepreventie. Daar zijn we voor opgeleid! Laten we de verzuimende werknemer serieus blijven nemen en hem niet op voorhand in de beklagdenbank zetten wegens zijn zogenaamde keuze voor verzuim. De slogan is de zoveelste kans om de buitenwacht duidelijk te maken waar we niet voor staan. En dus ook waar we wel voor

staan: goede en zorgvuldige begeleiding van verzuimende werknemers.

Maar als dat verzuim nu eens niet medisch is, hoor ik u vragen. Ook dan past ons zorgvuldigheid. Het gaat steeds om mensen met gezondheidsklachten die zorgvuldig geëvalueerd moeten worden. Ook al is er nog geen diagnose, geen *disease* vastgesteld: er is steeds sprake van *illness* (zich ziek voelen) en van *sickness absence*. De persoon zelf en diens omgeving, werk en privé, spelen altijd mee, hetzij als oorzaak, hetzij als mediërende factor. Om hierop zicht te krijgen beschikken we over verschillende modellen. Elk model heeft zijn beperkingen, want elk model is een reductie van de werkelijkheid. George Engel beschrijft het biomedisch model en de beperkingen daarvan.⁵ Hij introduceert het biopsychosociale model. De ICF⁶ sluit daarop aan: zij biedt een geschikt kader om alle aspecten van ziekteverzuim, inclusief gedragsmatige, te beschrijven en hierover met behandelaars te communiceren.

Bedrijfsgeneeskunde is een mooi vak, maar geen makkelijk vak. De realiteit van ziekteverzuim is te gecompliceerd om die af te doen met een slogan of een oneliner. Bedrijfsgeneeskunde is geen vak voor dummies.



Bert Cornelius fecit

CASUS VERZUIMBEGELEIDING

Dossierinformatie:

Notitie bedrijfsarts eerste spreekuur 25 januari:

Komt met zijn (jonge) vriendin.

Is al wel bij huisarts geweest. medicatie: geen.

Klachten; slapeloosheid (...) Is niet in staat volgens hemzelf om een vrachtauto te besturen, hij vind het werk niet meer leuk, !!!!! werkdagen zijn te lang, het is niet meer aangenaam bij huidige werkgever. (...)

Hij vertelt me het werkelijke probleem; lange werktijden, lange ritten etc. Dan moet hij toch echt dan bij wg zijn.

Terugkoppeling aan de werkgever:

Bevindingen-beperkingen-mogelijkheden: *(niet ingevuld)*

Prognose: *(niet ingevuld)*

Advies: De heer (...) stelt klachten te hebben die samenhangen met de werksituatie. Deze klachten berusten naar mijn mening niet op een ziekte of gebrek maar op een verschil in visie tussen werkgever en werknemer. Conform de stecr richtlijnen acht ik een rustperiode gewenst en acht de heer (...) dan ook per 2 februari weer arbeidsgeschikt. Ik adviseer beide partijen dringend om op korte termijn een afspraak te maken om de ontstane problemen te bespreken (...). Ik heb de heer (...) gewezen op de mogelijkheid van een deskundigen oordeel bij het UWV.

Notitie bedrijfsarts tweede spreekuur 14 februari:

Komt met een vriend. Is 2 x bij de HA geweest, as week naar de psycholoog. Dan eerste behandeling.

Med; gebruikt hij niet! ADL wandelen, foto's maken, etc. HH doet hij ook, zonder problemen.

Terugkoppeling aan de werkgever:

Bevindingen-beperkingen-mogelijkheden: *Zijn bekend.*

Prognose: *Onduidelijk.*

Advies: Conform mijn vorige advies.

Ik blijf bij mijn mening dat ik hem in staat acht om (aangepaste) werkzaamheden uit te voeren. (...)

Brief huisarts 9 maart:

Patiënt heb ik in januari voor het eerst gezien. Hij kwam ivm slecht slapen. Boosheid, onzekerheid en concentratiestoornissen. Op zijn werk begon hij fouten te maken. Volgens mij is er sprake van een burn-out met depressieve kenmerken. Hij komt nu bij de psycholoog. De laatste keer dat ik hem zag was hij wat rustiger. Of er een meningsverschil met de werkgever een rol speelt weet ik niet. Het is wel vaak zo dat mensen met een burn out een kort lontje hebben waardoor er conflicten ontstaan.

Notitie bedrijfsarts derde spreekuur 22 maart:

Komt weer met vriend (...) Ik heb samen met P&O een kort gesprekje maar de vriend bemoeid zich weer direct overal mee. Daarna gesprek voortgezet zonder mij met P&O.

NB; hij gaat wel een week op skivakantie maar komt "normaal" het huis niet uit.?

Terugkoppeling aan de werkgever:

Bevindingen-beperkingen-mogelijkheden: *Conform mijn eerdere advies*

Prognose: *Nvt*

Advies: Ik blijf bij mijn eerder advies dat er naar mijn mening een conflict is met de werkgever en dat er dus een gesprek moet plaatsvinden. (...) heb ik hem niet alleen gesproken maar in het bijzijn van P&O, en maar heel kort)

Beschouwing:

Tegen de bedrijfsarts in kwestie had de werknemer zeven klachten ingediend bij het regionaal tuchtcollege. De eerste klacht luidde: 'heeft zich vooringenomen opgesteld en onzorgvuldig gedragen tijdens afspraken'. De bedrijfsarts wordt onzorgvuldigheid en vooringenomenheid verweten. Zonder gedegen onderzoek of wederhoor heeft hij geconcludeerd dat er sprake zou zijn van een arbeidsconflict. De bedrijfsarts laat zich kennelijk leiden door het gedrag van de cliënt en zijn eigen interpretatie daarvan. Hij beschouwt het verzuim als louter gedrag. Hij gaat niet in op de klachten, ook niet na ontvangst van het bericht van de huisarts. Hij stuurt cliënt weer aan het werk, hetgeen bij herhaling faalt. Het klachtonderdeel is gegrond. Het regionaal tuchtcollege heeft deze bedrijfsarts een berisping opgelegd.⁷

Literatuur

1. Weel A. 'Verzuim is gedrag': trap er niet in! Blog. Medisch Contact, 22 november 2016.
2. Weel A. Vuilnisman, mag deze zak ook mee? Blog. Medisch Contact, 12 december 2016.
3. Algra A. Verzuim geen gedrag? Sinds wanneer is de aarde dan weer plat? Blog. Medisch Contact, 16 december 2016.
4. Nyst E. 'Een dokter weet niks van gedrag'. Gesprek met Dan Arieli. Medisch Contact 2016; 46: 17 november 2016.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
6. International Classification of Functioning, disability and health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
7. http://tuchtrecht.overheid.nl/ecli/ecli_nl_tgzrein_2016_105.

Ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid in België

Lode Godderis, Godewina Mylle, Marc Dubois

Het aantal arbeidsongeschikten langer dan een jaar in België, is gestegen van 257.935 in 2010 naar 321.573 in 2014 of een stijging met 25%. De uitkeringen voor de invaliden in het stelsel van de loontrekkenden bedroegen € 3.100.941.756,- in 2010 en zijn gestegen naar € 4.138.510.213,- in 2014, wat een stijging van 34% betekent. Mentale en musculoskeletale aandoeningen zijn de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid.

Re-integratie in België

Werknemers met langdurige gezondheidsproblemen en/of functionele beperkingen vinden moeilijk de weg naar het werk. Het is een complex proces, waarbij heel wat administratieve en praktische maatregelen komen kijken. Er zijn er ook verschillende partijen betrokken bij het re-integratieproces: de werknemer, zijn collega's, de werkgever maar ook de verschillende artsen en zorgverleners.

Huisartsen schrijven niet alleen het attest arbeidsongeschiktheid uit, ook bij werkhervatting spelen ze een belangrijke rol. Om echt met kennis van zaken over werkhervatting te praten, moet de huisarts ook inzicht krijgen in de werksituatie van de betrokkene. Het is duidelijk dat hij hiervoor op de hulp moet kunnen rekenen van de bedrijfsarts van de organisatie van zijn arbeidsongeschikte patiënt.

Momenteel verneemt die bedrijfsarts meestal voor het eerst de diagnose, prognose en beperkingen, wanneer de werknemer zich aanmeldt voor een werkhervattingsonderzoek. Veel huisartsen weten niet wie de bedrijfsarts

is of hoe hem te contacteren. In de nabije toekomst kunnen ze de naam van de bedrijfsarts vinden via e-health.

Tijdens de periode van gewaarborgd loon (1e maand arbeidsongeschiktheid) kan de werkgever ook nog een controlearts vragen de zieke werknemer te onderzoeken om na te gaan of hij terecht (langdurig) afwezig blijft wegens ziekte. Er is een duidelijk onderscheid tussen de controlearts en bedrijfsarts in België. Het is verboden voor bedrijfsartsen om controle geneeskunde uit te oefenen.

Terwijl de patiënt de eerste maand nog kan genieten van een gewaarborgd loon, valt hij vanaf de tweede maand terug op een uitkering van de ziekteverzekering. Nu komt ook de adviserend geneesheer van het ziekenfonds in het vizier. Hij bespreekt met de patiënt het moment en de mogelijkheden van de werkhervatting. Omdat de adviserend geneesheer bepaalt of iemand recht heeft op een uitkering uit de ziekteverzekering wordt hij door de meeste patiënten ervaren als een controlearts. Maar zoals zijn titel doet vermoeden is hij ook een adviseur.

Nieuwe beleidsvoorstellen

Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid

Gezien de uitgave voor de langdurig arbeidsongeschiktheid zwaar op het budget van het RIZIV weegt, is er toenemende aandacht voor initiatieven rond de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikte werknemers.

Tot voor kort vermeldde de behandelende arts na een maand ziekteverlof op het formulier van arbeidsongeschiktheid enkel medische informatie en dus geen prognose naar (her)tewerkstelling. Dat zorgde voor onzekerheid en onduidelijkheid. Onzekerheid, omdat huisartsen niet geneigd waren om meteen lange periodes van ziekteverlof voor te schrijven, waardoor de patiënt dikwijls niet goed wist waar hij aan toe was. Onduidelijkheid omdat de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, noch de bedrijfsarts enig zicht hadden op het moment van werkhervatting.

L. Godderis is werkzaam bij KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care Centre for Environment and Health, Leuven, Belgium en IDEWE, External service for prevention and protection at work, Heverlee, Belgium.

G. Mylle is werkzaam bij IDEWE, External service for prevention and protection at work, Heverlee, Belgium.

M. Dubois is werkzaam bij KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care Centre for Environment and Health, Leuven, Belgium.

Correspondentieadres:

Lode.godderis@kuleuven.be

Vanaf 1 januari 2016 komt de regelgeving aan die beide bezorgdheden tegemoet. Op het nieuwe getuigschrift van arbeidsongeschiktheid vermeldt de behandelende arts ook de waarschijnlijke einddatum van de arbeidsongeschiktheid. Dit geeft de behandelende arts de gelegenheid om een gesprek aan te knopen met de patiënt over de werkhervatting.

De patiënt is bovendien verplicht om zelf bijkomende informatie te verstrekken over het huidige beroep. Dankzij die dubbele informatie (vermoedelijke hertewerkstelling én informatie over het werk van de patiënt) kan de adviseerend geneesheer de situatie beter inschatten en de patiënt efficiënter begeleiden doorheen de ziekteperiode en naar de werkhervatting. Immers, ook de adviserende arts krijgt een nieuwe rol toebedeeld als begeleider van de patiënt.

Wetvoorstellen re-integratie

De Belgische ministers van Werk en van Volksgezondheid maakten twee wetvoorstellen die de re-integratie van zieke werknemers moet bevorderen. Deze wetgeving treedt in voege vanaf 1 januari 2017. In deze wetgeving spelen zowel de bedrijfsarts als adviserende geneesheer een cruciale rol. De bedrijfsarts ondersteunt de langdurig arbeidsongeschikten indien deze nog een arbeidsovereenkomst heeft en de kans reëel is dat de werknemer zijn huidige werk in deze of aangepaste vorm nog kan blijven uitvoeren. Als de zieke geen arbeidsovereenkomst heeft of als het duidelijk wordt dat de werknemer professioneel heroriënteerd moet worden, wordt dit een taak van de adviseerend geneesheer van het ziekenfonds, in samenwerking met instanties voor werkbemiddeling.

Werknemers met een arbeidsovereenkomst

Tijdens zijn arbeidsongeschiktheid kan de werknemer op elk moment contact nemen met de bedrijfsarts. Naast de werknemer, kan ook de huisarts of adviseerend geneesheer initiatief nemen en de patiënt doorverwijzen naar de bedrijfsarts.

De bedrijfsarts onderzoekt de patiënt en stelt samen met hem het re-integratietraject op. De mogelijkheden om te hervatten worden onderzocht, een mogelijke datum van start van de werkhervatting en ook of er aanpassingen aan het werk nodig zijn of eerder een ander werk dient voorgesteld te worden. Ofwel zal de werknemer het overeengekomen werk op termijn kunnen hervatten, eventueel mits tijdelijke of definitieve aanpassingen, ofwel is het overeengekomen werk definitief niet meer mogelijk en dient uitgekeken te worden naar ander werk, bij dezelfde of een andere werkgever.

Nadat de werkgever de beslissing van de bedrijfsarts heeft ontvangen, probeert hij de voorgesteld aanpassingen van de werkpost uit te voeren en/of onderzoekt hij de moge-

lijkheid van het voorgestelde aangepaste of andere werk. Indien hij niet de nodige aanpassingen kan uitvoeren dan dient hij dit te motiveren in het re-integratieplan aan de werknemer.

Dit voorstel wordt dan finaal besproken met de werknemer, die indien hij niet akkoord is ook de argumenten hiervoor kan opnemen in het dossier. Finaal wordt het ondertekend re-integratieplan bezorgd aan de bedrijfsarts voor verder opvolging en ondersteuning.

Terugkeren naar het werk na een lange periode kan ook geleidelijk. Een optie die nu al bestaat. Een volledige arbeidsongeschikte werknemer kan deeltijds het werk hervatten mits akkoord van het ziekenfonds en de werkgever. De werknemer behoudt de uitkering voor de tijd die hij niet werkt. De werkgever moet niet opnieuw gewaarborgd loon betalen indien tijdens de gedeeltelijke werkhervatting de werknemer opnieuw volledig arbeidsongeschikt wordt. Een duidelijke win-win, maar helaas wordt deze regeling nog te weinig toegepast. Om dit te stimuleren heeft de regering aangekondigd dat men in 2017 de uitstroom uit arbeidsongeschiktheid wil bevorderen door een versoepeling van het systeem van progressieve werkhervatting. In het slechtste geval kan worden besloten dat de werknemer nooit meer zal kunnen werken bij zijn huidige werkgever. Dan wordt het dossier doorgeschoven naar de arts van het ziekenfonds, die zal helpen bij het vinden van ander werk.

Tenslotte, kan de werkgever ook een onderzoek aanvragen bij de bedrijfsarts om een advies over de geschiktheid en re-integratiemogelijkheden van de patiënt te krijgen. Dit evenwel pas na een onafgebroken arbeidsongeschiktheidsperiode van minimaal 4 maanden. Enerzijds lijkt deze vraag terecht om te vermijden dat werknemers die het werk nooit meer zullen kunnen uitoefenen in dienst blijven, anderzijds kan dit ook de deur openzetten naar vroegtijdig ontslag om medische redenen.

Werknemers zonder een arbeidsovereenkomst of waarbij er nog geen traject loopt via de bedrijfsarts

Ten laatste twee maanden na de aangifte van de arbeidsongeschiktheid neemt de adviseerend geneesheer contact met de zieke werknemer, tenzij er dus een traject loopt bij de bedrijfsarts. Dit re-integratieonderzoek heeft als doel om de zieke werknemer die het werk niet meer kan uitoefenen te helpen bij het vinden van een ander beroep in de reguliere arbeidsmarkt.

De adviseerend geneesheer maakt op basis van het medisch dossier, een eerste inschatting van de resterende capaciteiten van de patiënt. Als er geen re-integratieplan is of als de patiënt niet gere-integreerd is, zal de adviseerend geneesheer de werknemer oproepen voor een medisch-

sociaal onderzoek om de resterende capaciteiten en de mogelijkheden voor beroepsherinschakeling te bepalen. Na het onderzoek stelt de adviserend geneesheer een re-integratieplan op en bespreekt het met de arbeidsongeschikte.

Als deze akkoord gaat met de inhoud wordt een overeenkomst gemaakt die door de gerechtigde en de adviserend geneesheer wordt ondertekend. De adviserend geneesheer volgt het re-integratieplan elke zes maanden op, tenzij de elementen van het dossier een opvolging op een latere datum rechtvaardigen.

Verplicht of vrijwillige re-integratie?

In het oorspronkelijk voorstel ging de arbeidsongeschikte 10% van zijn uitkering verliezen, indien hij niet in een re-integratie traject instapt. De sociale partners hebben echter een advies gegeven dat de re-integratie in alle vrijheid moet verlopen, zowel voor de werknemer als voor de werkgever. Snelle re-integratie helpt immers pas op voorwaarde dat de zieke werknemer erin gelooft én dat het werk wordt aangepast. 80% van de werknemers die 6 weken of langer afwezig zijn, vragen ook effectief hulp bij hun werkhervatting. Re-integratie wordt daarom

beter niet als een verplichting geïntroduceerd maar wel als een begeleiding waarbij zowel de werknemer als de werkgever wordt ondersteund. De regering heeft besloten dit advies te volgen met de belangrijke kanttekening dat ze de budgettaire impact van nabij zal opvolgen.

Besluit

In het voorstel van wetgeving zal er dus een intense samenwerking zijn tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts. Het is duidelijk dat zowel de werknemer als de werkgever moet aangemoedigd worden om mee te werken aan de re-integratie. Succesvolle re-integratie vergt duidelijke afspraken, gemaakt in overleg met de werknemersafvaardiging binnen de organisatie. Zij bepalen mee de collectieve afspraken rond aanpassingen aan het werk en de werkomstandigheden. Het is daarom essentieel dat beleid ook incentives bevat die de werkgevers stimuleren om aangepast werk ter beschikking te stellen. Ondanks de belangrijke kosten verbonden aan het ziekteverzuim is niet elke werkgever geïnteresseerd of in staat om aangepast werk te voorzien. Dit doet zich voornamelijk voor bij kleine en middelgrote ondernemingen (KMO's) en gezien België een land is van KMO's, vraagt dit dus de nodige aandacht.

Is langdurig ziekteverzuim voorspelbaar en meetbaar?

Kaat Goorts, Christiane Duchesnes, Sofie Vandenbroeck, Dorina Rusu, Marc Du Bois, Philippe Mairiaux, Lode Godderis

Langdurig verzuim blijft toenemen en zieke werknemers worden onvoldoende ondersteund bij hun terugkeer! In dit artikel geven we een overzicht van de voorspellende factoren voor een succesvolle terugkeer naar het werk en een overzicht van vragenlijsten die in dit verband kunnen gebruikt worden.

Recente cijfers van het RIZIV, het beheersorgaan van de ziekteverzekering, tonen aan dat het aantal invalide werknemers (meer dan één jaar arbeidsongeschikt omwille van ziekte) in vijf jaar met bijna 25% is gestegen. De vergrijzing en de vervrouwelijking van de beroepsbevolking verklaren deels de toename van het langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in België.¹ Het gaat hier vooral over kankers, hart- en bloedvat, mentale en musculoskeletale aandoeningen. De laatste twee aandoeningen zijn de belangrijkste oorzaken van langdurige ziekteverzuim en invaliditeit.² Ook ziekteverzuim langer dan een maand en minder dan één jaar blijft toenemen. Dat blijkt uit een analyse van personeelsgegevens van bijna 18000 Belgische ondernemingen: het gemiddeld aantal dagen ziekte langer dan één maand ten opzichte van het aantal dagen dat iemand zou moeten werken steeg van 1,75% in 2008 naar 2,81% in 2015.³

Deze stijging, voornamelijk van het langdurig ziekteverzuim, weegt zwaar op het budget van het RIZIV. Een toenemende aandacht voor initiatieven rond de re-integratie van langdurig arbeidsongeschikte werknemers heeft dan ook geleid tot nieuwe wetgeving. Vanaf 1 januari

2016 trad een nieuwe regelgeving in voege waarbij de behandelende arts op het getuigschrift dient te vermelden wat de vermoedelijke einddatum is van de ongeschiktheid. De doelstelling was om het gesprek over re-integratiemogelijkheden en -mogelijkheden op gang te brengen bij het uitschrijven van het attest. Vanaf 1 januari 2017 wordt deze wetgeving nog aangevuld door twee KB's over re-integratie. Beide KB's willen de re-integratiemogelijkheden bevorderen en ondersteunen door het kader en takenpakket van zowel de adviserend geneesheer van het ziekenfonds als bedrijfsarts duidelijker te omschrijven. Beide artsen spelen een belangrijke rol in het opvolgen en het begeleiden van de zieke patiënt in zijn re-integratietraject.

Gezien de kans om opnieuw aan de slag te gaan afneemt met de duur van de ongeschiktheid, hebben de meerderheid van werknemers die langer dan drie maanden afwezig zijn ondersteuning nodig om te kunnen re-integreren. Ze ondervinden vaak moeilijkheden bij de terugkeer naar het werk, niet alleen door de aandoening, maar ook door een toenemende onzekerheid en angst voor de terugkeer bij zowel werknemer als werkgever. De nieuwe regelgeving moet deze onzekerheid verminderen. 80% van de werknemers die langer dan zes weken afwezig zijn, vraagt ook een ondersteuning bij de terugkeer naar werk. Dit kan gaan van het medisch geruiststellen, of het aanpakken van angstproblemen tot het vroegtijdig mobiliseren ondanks de pijn zoals bij musculoskeletale aandoeningen.

Deze ondersteuning kan best worden opgestart tussen maand één en maand drie van afwezigheid, om dus snel te beantwoorden aan de ondersteuningsbehoefte en de evolutie naar de chronische fase te vermijden.

Patiënten beter en intensiever ondersteunen kan de sleutel zijn tot een duurzamere en snellere werkhervatting.⁴ Gezien de meeste patiënten spontaan hun werk hervatten, zonder dat hierbij begeleiding nodig is, is het belangrijk om de kans op chronisch ziekteverzuim en ondersteuningsbehoefte proberen in te schatten zodat de inspanningen zich toespitsen op de doelgroep die de grootste nood en risico heeft op langdurig verzuim.

K. Goorts, M. Du Bois: Katholieke Universiteit Leuven, Centre for Environment and Health, Belgium.

S. Vandenbroeck, L. Godderis: Katholieke Universiteit Leuven, Centre for Environment and Health, Belgium. Idewe, External Service for Prevention and Protection at Work, Belgium.

C. Duchesnes, D. Rusu, Ph. Mairiaux: Universiteit Luik, Médecine du Travail et environnementale, Département des Sciences de la Santé publique, Belgium.

Correspondentieadres:

Lode.godderis@kuleuven.be

In dit artikel geven we een overzicht van de voorspellende factoren voor een succesvolle terugkeer naar het werk en een overzicht van vragenlijsten die in dit verband kunnen gebruikt worden. Het is vooral belangrijk om in te zetten op modificeerbare risicofactoren, die, in tegenstelling tot de risicofactoren als geslacht en leeftijd, beïnvloedbaar zijn. Deze risicofactoren moeten dan ook het aangrijpingspunt vormen voor preventieve én curatieve acties. Belangrijk is snel te interveniëren gezien de kans op langdurig verzuim na zes maand zeer hoog is en dus een meetinstrument geen bijkomende toegevoegde waarde biedt. Bovendien zijn ondersteunende maatregelen minder effectief na deze periode. In het kader van de nieuwe wetgeving kunnen deze voorspellende factoren de bedrijfsarts en de arts van het ziekenfonds helpen om hun patiënten beter te begeleiden.

Hoewel het hier een Belgisch onderzoek betreft, kunnen de resultaten ook internationaal van belang zijn. In Nederland is zo sinds 1 januari 2015 de ‘Participatiewet’ in voege. De wet moet ondersteuning bieden voor zieke werknemers die willen re-integreren op de arbeidsmarkt.²⁹

Methode

De zoektocht naar de factoren die chronisch verzuim voorspellen en instrumenten voor succesvolle hervatting.

Onze zoektocht werd aangevat vanuit twee wetenschappelijke invalshoeken. In eerste instantie hebben we literatuurstudies opgezocht over de factoren die langdurig

ziekteverzuim voorspellen. Een overzicht van de volledige zoekstrategie en analysestrategie kan je lezen in het onderzoeksrapport.⁵ Vervolgens werd in een bijkomend onderzoek via een sneeuwbaltechniek gezocht naar bestaande, gevalideerde instrumenten die succesvolle werkhervatting voorspellen of meten. Hierbij werd vertrekkend vanuit bestaande vragenlijsten en grijze literatuur, gezocht naar referenties en gelijkaardige artikels in Pubmed op gelijkaardige vragenlijsten, die dan op hun beurt dezelfde procedure ondergaan. Op die manier werd de literatuur systematisch gescreend op vragenlijsten die *return to work* voorspellen. Finaal werden de resultaten van de literatuurstudie en van de instrumentenanalyse met elkaar vergeleken. Door de combinatie van beide invalshoeken was het mogelijk om de belangrijkste voorspellers en vragenlijsten te identificeren.

Resultaten

De voorspellers voor chronisch ziekteverzuim

In totaal leverde de zoektocht zestien voorspellers op. De sneeuwbaltechniek bracht, naast de acht voorspellers die naar voor kwamen uit de literatuurstudies, nog acht nieuwe voorspellers naar voor.

De positieve verwachtingen en het gevoel van zelfeffectiviteit ten aanzien van de terugkeer naar het werk zijn de twee duidelijkste positieve voorspellers.⁹ De verwach-

Tabel 1

De voorspellers voor chronisch ziekteverzuim

Predictoren	Categorie
Leeftijd	Persoonskenmerken
Geslacht	
Opleidingsniveau	
Perceptie gezondheidstoestand	Perceptie
Eigen voorspelling	
Pijn	
Klachteninterferentie	Invloed
Psychische klachten (distress)	
Perfectionisme/ijverigheid	Persoonlijke kenmerken
Vermijding/onzekerheid	
Belastende thuissituatie	
Fysiek zware arbeid	
Werkdruk	Kenmerken arbeidssituatie
Regelmogelijkheden	
Werkbaarheid	
Arbeidstevredenheid	

tingen van de patiënt kunnen volgens Shaw het beste bevraagd worden door middel van één vraag: “Denk je dat je in staat zal zijn om binnen vier weken je normale werk te hervatten zonder beperkingen?” Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van een 5-punt Likertschaal.^{10,11}

“Zelfeffectiviteit” of “vertrouwen in zijn of haar kunnen om opnieuw aan de slag te gaan” kan gemeten worden met de “return-to-work self-efficacy questionnaire (RTWSE-19)”. Een voorbeeldvraag is “hoeveel vertrouwen heb je erin dat je de meeste van je dagdagelijkse activiteiten op het werk kan uitvoeren?”.¹⁷ Er bestaat ook een gevalideerde korte 10-item variant, de RTWSE-10. Deze schaal bepaalt het vertrouwen van de werknemer om hulp te zoeken bij de werkgever en collega's en het vertrouwen om te kunnen omgaan met pijn in de werkcontext. Een voorbeeldvraag uit deze schaal is “Ik ben in staat om te praten met mijn leidinggevende in geval van problemen tijdens de terugkeer naar het werk”.¹⁸ Elke vraag wordt gescoord d.m.v. een 5-punt Likertschaal.

Voor de andere 15 factoren is er meer onzekerheid en is de heterogeniteit in resultaten vrij groot. Van 15 zijn arbeidstevredenheid en opleidingsniveau, regelmogelijkheden en werkbaarheid gunstig voor de terugkeer naar het werk. Negen factoren zijn negatief geassocieerd met re-integratie: leeftijd, het vrouwelijke geslacht, een perceptie van een slechte gezondheidstoestand, de aanwezigheid van pijn, fysiek zware arbeid, klachteninterferentie, vermijding/onzekerheid, hoge werkdruk, een belastende thuissituatie.

Voor het meten van de perceptie op de eigen gezondheidstoestand zijn er verschillende schalen. De “Health Assessment Questionnaire (HAQ)” is een generiek, niet ziekte-specifiek instrument dat het niveau van iemands functionele status bepaalt.⁶ De “General Health Questionnaire (GHQ)” geeft inzicht in iemands psychische klachten, zoals slapeloosheid, angstklachten, sociaal disfunctioneren en depressie. Er zijn drie versies ter beschikking: de GHQ-12, de GHQ-28 en de GHQ-30, respectievelijk bestaande uit 12, 28 en 30 items. De GHQ kan voor twee doeleinden worden gebruikt, namelijk om het niveau van psychische klachten te meten of als screeningsinstrument om mensen met een milde psychisch aandoening (met name angst en depressie) te identificeren.⁷ De “Short Form-36 (SF-36) is wereldwijd één van de meest gehanteerde generieke, dus niet ziekte-specifiek, meetinstrument om gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven in kaart te brengen. De SF-36 bevat 8 sub-schalen, meer specifiek over fysiek functioneren, rolbeperkingen door fysieke problemen, pijn, percepties over de algemene gezondheid, vitaliteit, sociaal functioneren, rolbeperkingen door emotionele problemen en mentale gezondheid.

Er zijn twee samenvattende scores, waarvan één over de fysieke component en één over de mentale component.⁸ De variabele pijn kan worden gemeten aan de hand van een visuele analoge schaal (VAS). De visueel analoge schaal is een specifieke meetschaal, bestaande uit een horizontale of een verticale lijn. Ook Von Korff (1992) ontwikkelde een vragenlijst om de ernst van chronische pijnen de impact daarvan op persoonlijke activiteiten in kaart te brengen.¹³

Er bestaan verschillende schalen om de fysieke zwaarte van een job in kaart te brengen. Belangrijk is hier om een fysiek zware job te definiëren. Dit kan bijvoorbeeld in termen van heffen en tillen van lasten, werktempo of hoeveelheid werk. Dit is echter niet duidelijk gedefinieerd in de literatuur.^{14,15} De vragenlijst voor de Beleving en de Beoordeling van de Arbeid (VBBA) peilt naar de fysieke omstandigheden waarin het werk wordt uitgevoerd. Het gaat hier vooral om de lichamelijke, geestelijke en emotionele belasting die het werk met zich meebrengt.¹⁶ Belastende thuissituatie wordt gemeten in vier belangrijke vragenlijsten die peilen naar opportuniteiten om terugkeer naar werk mogelijk te maken, namelijk de ‘obstacles to return to work questionnaire’ (ORO)²⁷, de ‘ROSES²⁶ (Return to work and self efficacy scale)’ questionnaire, de Work and Health Questionnaire (WHQ)²¹, onder de term ‘non-work satisfaction’ en de vragenlijst arbeidsreïntegratie (VAR).²² De vragen gaan na in hoeverre de patiënt al dan niet op steun kan rekenen in zijn/haar omgeving en in hoeverre eventuele thuisproblematieken mee aan de basis kunnen liggen van drempels om terugkeer naar werk mogelijk te maken.

Vermijding onzekerheid is een predictor die werd gemeten in de vragenlijsten ‘ROSES’²⁶, ‘VAR’²², ‘ORO’²⁷, en ‘Absenteeism Screening Questionnaire (ASQ)’.²³ De vragen pijlen naar de mate waarin de patiënt een terugkeer naar werk gaat vermijden uit angst voor een terugval, pijn, nieuwe symptomen, ... en in hoeverre deze onzekerheid karaktergebonden is.

Perfectionisme/ijverigheid werd enkel gemeten in de vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR).²² Prestatiegerichte, perfectionistische mensen maken immers meer kans op langdurig ziekteverzuim, omdat ze zichzelf moeilijk kunnen beschermen tegen hun eigen veeleisendheid. Werkdruk ten slotte werd in zes vragenlijsten onderzocht. Zowel de vragenlijst arbeidsreïntegratie, als de work and health questionnaire, de Return to work self efficacy scale (RTWSE-19)¹⁷, de Vragenlijst beleving en beoordeling van de arbeid (VBBA)¹⁶, de ROSES²⁶ en de Work Ability Index (WAI)²⁴ peilen naar deze predictor. Een hoge werkdruk bemoeilijkt de terugkeer naar werk omdat mensen bang zijn snel te hervallen of het werk niet langer aan te kunnen vanwege hun aandoening.

Instrumenten die succesvolle RTW voorspellen

De vragenlijsten en instrumenten die een succesvolle RTW voorspellen bevragen dus dezelfde eindpunten gevonden werd in de literatuurstudie, en legden nog enkele extra voorspellers bloot. De vragenlijsten die geanalyseerd werden zijn;

De ALBPSQ-NL, de Vragenlijst Arbeidsreïntegratie (VAR), de Brief Illness perception Questionnaire, Brief screening questionnaire, de 'Echelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle', de General Health Questionnaire '(GHQ), de 'Health Assessment Questionnaire', de Obstacles to return to work Questionnaire (ORO), de Absentism screening questionnaire (ASQ), de RAND-36, de Readiness to Return to Work Scale (RRTWS), de Risk Screening Questionnaire (RSQ), de Return to work Self Efficacy Scale (RTWSE-19), de SF OMSPQ, de Single-item question on workability, de SPOC-NL, de VBBA, de WAI, de WHO, de disability Risk Questionnaire, de ROSES.

Uit de analyse van de vragenlijsten konden nog acht nieuwe voorspellers worden gedestilleerd. Dit waren klachteninterferentie, psychische klachten (distress), perfectionisme/ijverigheid, vermijding/onzekerheid, een belastende thuissituatie, werkdruk, regelmogelijkheden en werkbaarheid. In welke mate deze voorspellers ook effectief een voorspellende waarde hebben is nog onduidelijk. Echter, omwille van het feit dat deze voorspellers gebruikt worden in gevalideerde vragenlijsten met betrekking tot return-to-work is het belangrijk om deze mee te nemen in het onderzoek, in het kader van volledigheid.

Conclusie

De kans op chronisch ziekteverzuim en succesvolle werkhervatting hangt af van een combinatie van ziekte-perceptie, persoonlijk- en werkkenmerken. Opvallend is dat voor chronisch verzuim de ziekte zelf minder een rol lijkt te spelen. De meeste voorspellers komen terug onafhankelijk van de ziekte en zijn dus niet ziekte-specifiek. Dit heeft ook als gevolg dat de organisatie van de sociale zekerheid een belangrijke impact kan hebben op de re-integratiekansen en ondersteuningsmogelijkheden.²⁸

Over de impact van elke factor is nog verder onderzoek nodig omdat de sterkte van associatie meestal niet

eenduidig is beschreven. Voor elk van de geïdentificeerde parameters is een gevalideerd instrument beschikbaar. Maar indien in de praktijk elke predictor zou bevroegd worden, dan hebben we een te lange vragenlijst nodig. Er is dus nood aan een kort instrument dat de belangrijkste items bevroegt.

Gezien de grote meerderheid van zieke werknemers meestal spontaan het werk hervat binnen de maand, adviseren we om dergelijk instrument pas in te zetten na zes weken. Het gaat voor deze periode meestal om zelflimiterende aandoeningen zoals bijvoorbeeld infectieziekten zoals verkoudheden, gastro-enteritis en griep.³

Op basis van de resultaten van het onderzoek wordt nu een nieuwe vragenlijst ontwikkeld, waarin de 13 voorspellers zullen worden bevroegd. Deze vragenlijst zal vanaf januari 2017 in België worden uitgetest en gevalideerd in een pilotstudie. Drie voorspellers zullen niet worden bevroegd: leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Immers, de antwoorden op deze vragen zijn in alle gevallen reeds gekend door de adviserend geneesheer. Om dubbel werk voor de patiënt te vermijden worden dus enkel nieuwe elementen ondervraagd.

De nadruk van het onderzoek ligt op de ontwikkeling en validatie van een ondersteunend instrument voor een snellere, efficiëntere en betere begeleiding van de patiënt. De pilotstudie zal toelaten om te onderzoeken of het instrument effectief in staat zal zijn om langdurig ziekteverzuim te voorspellen. Het instrument zal in elk geval zieke werknemers en hulpverleners helpen om het gesprek te openen voor een efficiënte, en duurzame manier om opnieuw aan de slag te gaan.

Bedankingen

Het onderzoeksteam heeft deze studie uitgevoerd met de steun van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV (directeur: Dhr. François Perl) en het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid (o.l.v. dr. Saskia Decuman).

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

Na vijven

André Weel

'Na Vijven' was ooit de naam van een blad voor knutselaars. Het verscheen van 1952 tot 1978 met als missie: 'voor een zinvolle besteding van de vrije tijd'. Om vijf uur ging de fabriekssirene, en dan in drommen naar huis! Toen was geluk heel gewoon. Na vijven was er tijd voor creativiteit.

Ik sprak een ambtenaar die het beheer had over grote fondsen voor de sociaal-economische ontwikkeling van rijkdelen overzee. Om vier uur 's middags wilde hij niet zoveel kwijt hoe dat geld aan het rollen gebracht kon worden. Maar na vijven wilde hij mij wel van advies dienen. "Bel me morgenavond op mijn privénummer, dan praten we verder." Na vijven golden er voor hem kennelijk andere normen.

De grenzen van negen en vijf uur vervagen snel. Mensen doen steeds vaker dingen voor de baas in eigen tijd. Met gevaar voor overbelasting, vooral voor de obsessief-compulsieven en workaholics onder ons. Maar we zien ook het omgekeerde. Mensen doen steeds meer dingen voor zichzelf in de tijd van de baas. Even een afspraak maken bij de tandarts. Een surftocht naar een leuke vakantiebestemming. De boog kan toch niet altijd gespannen staan?

Waarom handhaven we die tijdsgrenzen eigenlijk nog? Moet het tijdstip waarop iemand iets doet mee bepalen wat de waarde van die daad is? In veel beroepen kun je tijd en prestatie eenvoudig loskoppelen. Kunstenaars doen dat al eeuwen zo. Een schilder schildert als hij inspiratie heeft. Studenten studeren wanneer het hun uitkomt.

Creativiteit en inspiratie kun je niet afdwingen. Voel je vrij! Jij bepaalt wanneer je werkt, en hoe lang.

De tijd domineert nog op een andere manier ons werkzame leven. Ik doel op het 'uurtje factuurtje'-systeem dat zich als een virus in onze projectbegrotingssystematiek heeft genesteld. De prijs van arbeid wordt niet bepaald door het belang voor de opdrachtgever, maar door de geschatte tijdsinzet. Ik vroeg iemand voor een werkgroep. Drie vergaderingen van twee uur, plus twee uur voorbereidingstijd. Ik bood hem vacatiegeld. Het was iemand van het calculerende type. Hij kneep zijn ogen half toe en zei: "Drie keer twee plus twee uur keer uurtarief, minus drie keer vacatiegeld: dat kost me dus 900 euro! Mooi niet dus!"

Het hanteren van de tijd als grens en als maat voor de arbeidsprestatie werkt *presenteïsm* in de hand. Je bent tussen negen en vijf aanwezig op je werkplek. Maar je productiviteit laat te wensen over. Je voelt je niet lekker. Of je hebt gewoon geen zin, geen inspiratie. Je had je dag beter kunnen besteden.

De oplossing is simpel. Schaf de tijd af. Werk wanneer je wilt, en zo lang je wilt. Nooit meer gezeur over vrije dagen. Voor de baas heeft een tijdloos systeem ook grote voordelen. Je hebt geen dokters meer nodig om iemands afwezigheid te sanctioneren. Je beoordeelt en betaalt mensen naar hun *output*, niet naar de tijd dat ze voor hun beeldscherm hangen. En daar allerlei dingen doen die God verboden heeft. In de tijd van de baas.

Aandacht voor levenstaken draagt bij aan preventie en interventie bij reddingswerkers

Illustratie aan de hand van casuïstiek

Heilwine Bakker, Tony Gaillard

Reddingswerk (politie, brandweer, ambulance, militairen) is een veel-eisend beroep dat zijn wissel trekt op iemands privéleven. Het is een levenskunst om daarnaast effectief te blijven in de persoonlijke levenstaken. Levenstaken definiëren we als de persoonlijke effectiviteit in de volgende levensgebieden: relaties en gezin, sociaal leven, huishouden en financiën, persoonlijke (mentale) gezondheid, betekenis geven en positief/hoopvol blijven.

Wetenschappelijke achtergrond

Onderzoek laat zien dat een loopbaanleven van reddingswerk in de frontlinies een negatieve impact kan hebben op het functioneren in levenstaken. De stapeling van kritische incidenten maakt de reddingswerker gevoelig voor het ontwikkelen van psychologische gezondheidsklachten.¹⁻⁵ Het beïnvloedt positieve bronnen in iemands leven, zoals relatie, gezin, geluk, vitaliteit en financiële positie.⁶⁻¹⁰ In een grondig rapport brengt de 'European agency for safety and health at work'¹¹ de gezondheidsrisico's van reddingswerk in kaart. Er zijn veel onderzoeken gedaan naar psychische ziektebeelden, maar er wordt nauwelijks aandacht besteed aan de gevolgen voor levenstaken. Onderzoek naar de effectiviteit in levenstaken is van belang omdat ze als een buffer functioneren, die bescherming bieden tegen de impact van het werk.¹²⁻¹⁵ Elbogen et al.¹⁶ pleiten ervoor dat er meer aandacht komt voor de levenstaken bij reddingswerkers. In hun onderzoek laten ze zien dat financiële zorgen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van psychische klachten.

Het zit in het hart van reddingswerkers om 24 uur per etmaal beschikbaar te zijn. Er is een sterk ervaren *sense of urgency* om ook buiten werkuren het nieuws of het eigen werkgebied in de gaten te houden. Zo wordt er

onvoldoende hersteltijd gevonden, wat gezondheidsklachten uitlokt en spanningen in de werk-privébalans.¹⁷⁻²¹ Argentero & Setti²² pleiten in hun studie onder 782 reddingswerkers voor minder overuren en oog voor hersteltijd om te garanderen dat reddingswerkers op krachten kunnen komen.

Om bovenstaande bevindingen te verklaren wordt vaak gebruik gemaakt van de *conservation of resources theory* (COR)^{23,24}, welke inzicht geeft in die processen. Volgens deze theorie zijn mensen gericht op het verkrijgen, onderhouden en beschermen van bronnen die van waarde zijn. Stress treedt op als iemand bronnen dreigt te verliezen. De kernbronnen over verschillende culturen heen zijn: gezondheid, kinderen, familie, werk, liefde, eer en het gevoel controle en invloed te hebben over het eigen leven.²⁵ Volgens Chen en collega's²⁶ gebruiken mensen hun persoonlijke bronnen om stress het hoofd te bieden. Op den duur kan een proces van 'uithollen' ontstaan, waarbij de energiebronnen uitgeput raken om de stressvolle werkzaamheden aan te kunnen. In een longitudinale studie van Sterud et al.²⁷ onder 1180 ambulancemedewerkers werd gevonden dat bij langdurige stress de energiebronnen uitgeput raken, met name als er onvoldoende hersteltijd is, waardoor het moeilijk wordt om het werk vol te houden. In Nederland hebben Van der Ploeg en Kleber²⁸ hier onderzoek naar gedaan.

In dit proces spelen *spill-over* effecten een belangrijke rol. Hiermee wordt de overdracht bedoeld van de negatieve gevolgen van werkstress naar de thuissituatie. In het kader van dit beknopte artikel is er aandacht voor de negatieve *spill-over* effecten van reddingswerk naar thuis. En de betekenis welke bedrijfsartsen en arboprofessionals kunnen hebben om dit te herkennen en tijdig bij te sturen. Brummelhuis en Bakker²⁹ hebben de COR-theorie verder ontwikkeld naar een model over de wederzijdse invloed van bronnen in de werk- en thuissituatie (W-HR model). Zij beschrijven het werk-thuis conflict als het proces waarbij eisen in één domein persoonlijke bronnen

A.H.M. Bakker is GZ-psycholoog NIP en werkzaam als directeur Balans & Impuls te Den Haag.

A.W.K. Gaillard is emeritus hoogleraar.

Correspondentieadres:

hbakker@balans-en-impuls.nl

uitputten in een ander domein. Deze laten de negatieve spill-over zien van werk naar thuis, de inzet van persoonlijke bronnen om veeleisende situaties op het werk het hoofd te bieden en op den duur de uitputting van persoonlijke bronnen. Het spreekt voor zich dat bij uitputting van persoonlijke bronnen de effectiviteit in levenstaken onder druk komt te staan. De eigen bron wordt als het ware 'ingeleverd en uitgeput' om te voldoen aan de veeleisende werksituatie. De privétijd is nodig voor herstellend en er is weinig tijd en energie meer voor het eigen gezin en een sociaal leven.

De politieman

De eerste zorg van een agent met PTSS was de verantwoordelijkheid voor zijn dochters. Ze leden onder zijn prikkelbaarheid en hij kon het niet meer opbrengen uitstapjes met hen te maken. Het eerste doel van de psychologische begeleiding was niet de PTSS (de klachtgerichte benadering), maar het herstellen van de bron van zijn ouderschap en oppakken van zijn levenstaak om vader te zijn. Door het houden van een siësta tussen de middag had hij weer energie zijn dochters van school te halen, samen wat te drinken en naar hun verhalen te luisteren. Voor het slapen gaan las hij hen weer een verhaaltje voor. Het oppakken van deze levenstaak was het begin van herstel.

De brandweerman

Een brandweerman verdroeg niet langer het gebabbel van zijn vrouw over de dagelijkse besommeringen. Hij viel uit: "Waar heb je het over, ik heb er net een paar uit de auto gezaagd." Hij had uit bescherming naar het thuisfront niet eerder zijn ervaringen gedeeld, maar nu kon hij het niet langer voor zich houden. Zijn vrouw reageerde geschokt en verbaasd, ze had werkelijk geen idee wat hem bezig hield. Vanaf dat moment spraken ze af een paar keer per week 'bij te praten' en ook te luisteren naar de minder leuke kanten van het reddingswerk. Het viel de brandweerman mee dat zijn vrouw naar zijn verhalen kon luisteren en hij voelde zich gesteund. Hiermee werd de levenstaak ervaren effectiviteit in relaties hersteld en deze bron weer nieuw leven in geblazen.

De ambulanceverpleegkundige

Een ambulancevrouw die langdurig ziek was met depressieve klachten werd bij de WIA-beoordeling deels geschikt bevonden te werken. Ze is enig kostwinner van twee opgroeiende pubers. Ze slaagt er niet in ander werk te vinden. Haar werkervaring bij de ambulance

wordt elders niet begrepen en het feit dat ze tegen de 50 loopt helpt ook niet mee. Ze moet rondkomen van een kleine WIA-uitkering. Om toch haar opgroeiende pubers het nodige te bieden steekt ze zich in de schulden. De spanningen thuis lopen op als de eerste deurwaarders zich melden. In deze situatie zijn de bronnen persoonlijke mentale gezondheid, moederschap en financiën uitgeput geraakt om aan de eisen in de werksituatie te kunnen voldoen.

Bovenstaande bevindingen worden geïllustreerd met een aantal casussen.

Praktische tips voor bedrijfsartsen en arbo-professionals

Bedrijfsartsen en arboprofessionals hebben een belangrijke rol om het geleidelijke proces van uitputting van persoonlijke bronnen en verlies van effectiviteit in levenstaken tijdig te herkennen en bij te sturen. Hier volgen enkele suggesties:

- Draag zorg voor voldoende hersteltijd voor reddingswerkers en help grenzen te stellen aan de mind-set van 24 uur beschikbaarheid.
- Vraag door naar effectiviteit in levenstaken persoonlijk en privé; deze aanpak is effectiever dan vragen naar gezondheidsklachten.
- Vaak uiten reddingswerkers zich met *understatements* of grappen om hun klachten aan te duiden. Of ze gebruiken vaak vermijdende uitdrukkingen. Het taalgebruik en de presentatie zijn anders dan van kantoorpersoneel. Hun gezondheidsklachten kunnen makkelijk onderschat worden.
- Stimuleer zelfvertrouwen en zelfrespect.
- Stimuleer steun van leidinggevende en collega's.
- Check de zelfzorg gedetailleerd. Deze kan onder de maat zijn. Voeding, drinken, hersteltijd, slapen, steun zoeken, zelfrespect, ontspanning zoeken.
- Check fysieke problematiek, waar reddingswerkers niet snel over praten. Pijnklachten, maag-en darmklachten, slijtage aan bewegingsapparaat, hart- en vaatproblemen, cognitieve problematiek (check hersenschade). Deze klachten kunnen opgelopen zijn tijdens hoogrisicosituaties en kunnen te snel psychologisch geduid worden.
- Geef ruimte voor reflectie en uiting van negatieve en positieve emoties.

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

Van bijziend naar brede blik met de verBeterAnalyse

Verzuim en ongevallen bekeken door een andere bril

Jan Sije Huismans, Rik Bijl, Anneke Borgonjen

'Vergissen is menselijk', maar ook, 'van je fouten moet je leren'. Gezegden die aangeven dat de dingen soms anders lopen dan bedoeld en dat dit bij ons dagelijks bestaan hoort. Veelal zijn deze fouten of vergissingen een opeenstapeling van goed-bedoelde beslissingen, die fout blijken uit te pakken, met als gevolg een incident.

Het incident is ongewenst. Tegelijk is het onvermijdelijk om fouten te maken en is het een kans om te leren hoe vergelijkbare incidenten in de toekomst te voorkomen.

Om grip te krijgen op veiligheid en risico's gaat de laatste jaren toenemend aandacht uit naar het voorkómen van ongevallen. Dit gebeurt door onderzoek naar relevante factoren in de context waarbinnen de ongevallen plaatsvinden. De centrale vraag is 'wat is er gebeurd' en niet 'wie heeft het gedaan'. Wat voor ongevallen geldt, geldt ook voor ziektegevallen. Ook dan zijn er veel contextfactoren te vinden die meebepalen óf iemand zich ziek meldt én wanneer deze zich hersteld meldt.

De verBeterAnalyse is een methode die deze factoren zichtbaar maakt, analyseert en vervolgens verbeteringen voorstelt en dat doet door inzet van de eigen mensen binnen een organisatie.

Dat laatste zorgt in onze ogen voor een daadwerkelijk effectieve aanpak.

Samenvatting

Door het uitvoeren van de verBeterAnalyse, bij werkgerelateerd en werkrelevant verzuim en eventueel bij andere incidenten, worden systematisch contextfactoren zichtbaar gemaakt die bijgedragen hebben aan het ontstaan en onderhouden hiervan. Deze worden vaak over het hoofd gezien in de individuele aanpak die meestal wordt gevolgd.

Een team van eigen medewerkers en een externe expert sporen deze factoren op. De werkwijze zorgt voor draagvlak voor het uitvoeren van de verbetervoorstellen die door het onderzoeksteam worden gedaan.

Verbeteranalyse, Incidentanalyse, Ziekteverzuim, Verzuim, Arbeidsgerelateerd verzuim

Contextfactoren bepalen de uitkomst

Ogenschijnlijk worden organisaties ingericht op basis van rationele, procesmatige denkbeelden. Als iedereen zich maar netjes aan de voorgeschreven procedures houdt gaat alles goed en loopt het bedrijf als een zonnetje.

In de praktijk heeft een organisatie meer analogie met een autonoom functionerend organisme. Daarbij worden alle interne processen, afhankelijk van de vraag, automatisch

op elkaar afgestemd. Dit gebeurt door continue terugkoppeling en aanpassing van onderdelen en volgens de ongeschreven wetten van de natuur. Mensen zijn sociale wezens en reageren onbewust in positieve of negatieve zin op elkaar. Hoe dit precies verloopt, is mede afhankelijk van aanleg, opvoeding, scholing en ervaring. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit van samenwerking, ook op de werkplek (zie de casus). Het gevoel niet buiten de groep geplaatst te willen worden, beïnvloedt ons gedrag in sterke mate en kan mede verklaren waarom, bijvoorbeeld door groepsdruk, zaken onbewust verkeerd gaan.

Wordt het systeem verstoord, dan is de reactie gericht op het herstellen van de balans door de verstoring onschadelijk te maken of op te nemen in het systeem.

Als voorbeeld een plotselinge verandering van werkafspraken: er moet op vrijdagmiddag worden overgewerkt. De medewerkers zijn hierop niet voorbereid en niet gekend in de beslissing en dus niet blij! Zij proberen de klus snel te klaren (= herstel van de balans). De bestaande groeps-cultuur is bepalend voor de manier waarop dit gebeurt:

- Als de sfeer goed is kan de klus soepel en kameraadschappelijk en met oog voor collectieve veiligheid zonder incidenten verlopen.
- Als dat niet zo is en individuele medewerkers bijvoorbeeld proberen sneller te werken zonder effectieve communicatie met directe collega's, ontstaat een grotere kans op fouten en ongevallen.

J.S. Huismans was meer dan 30 jaar bedrijfsarts bij een internationaal opererend chemieconcern. Sinds zijn prepensionering is hij eigenaar van MedAttention.

R. Bijl is socioloog en houdt zich in zijn Bureau Bennekom bezig met vraagstukken rond cultuur, samenwerking en arbeidsparticipatie in organisaties.

A. Borgonjen arboverpleegkundige met ruime ervaring in begeleiding, training en onderzoek. Op dit moment is zij werkzaam bij het UWV.

Correspondentieadres:
info@medattention.nl

Casus

Klaas de Groot, drukker bij Blueprint BV gaat tijdens het verwisselen van een as door zijn rug. Door de hevige rugpijn moet hij door zijn zoon opgehaald worden van zijn werk. De rugpijn vermindert wel in de loop van enkele weken, maar er blijven restklachten waardoor hij blijft verzuimen. De bedrijfsarts, huisarts en specialist kunnen geen goede verklaring vinden voor de aanhoudende rugklachten.

Klaas werkt 26 jaar bij het bedrijf dat nu Blueprint heet. Het oorspronkelijke familiebedrijf is vijf jaar geleden opgegaan in een conglomeraat van drukkerijen. Na de overname werd een forse reorganisatie doorgevoerd waarbij een derde van het personeel moest afvloeien en er is fors gemoderniseerd. Ondanks al deze maatregelen draait het bedrijf financieel marginaal.

Klaas stond altijd bekend als een goede vakman met hart voor de zaak, die bij problemen als eerste erbij werd geroepen.

Twee jaar geleden is bij zijn oudste dochter anorexia vastgesteld, waarvoor zij moest worden opgenomen. Het gaat nu redelijk met haar, maar het heeft een zware wissel getrokken op het gezin. Klaas is het vaak niet met zijn echtgenote eens over de manier waarop ze hun dochter moeten benaderen hetgeen leidt tot spanningen tussen beiden.

Ongeveer tegelijkertijd kreeg hij een nieuwe leiding-

gevende. De vorige, waarmee hij een uitstekende relatie had, werd door het nieuwe management onvoldoende daadkrachtig gevonden en was ontslagen.

De nieuwe leidinggevende (28 jaar, HTS bedrijfskunde, zonder leidinggevende ervaring) moet de gewenste, meer zakelijke koers uitvoeren. De oorspronkelijke collegiale sfeer is veranderd in een van: "Niet zeuren, het gaat slecht met het bedrijf, je moet blij zijn dat je werk hebt".

De rugklachten dienden zich ongeveer een jaar geleden aan en drie maanden geleden meldde Klaas zich voor het eerst van zijn leven voor langere tijd (14 dagen) ziek. Met pijnstillers en wat rust zijn de klachten verminderd, maar niet volledig verdwenen. Hij slaapt al langere tijd slecht en raakt gemakkelijk geïrriteerd door een collega, die hij als oncollegiaal ervaart. De leidinggevende kiest hierin in zijn ogen de kant van deze collega, waardoor hij zich ernstig miskend voelt. Temeer omdat hij in het laatste functioneringsgesprek te horen kreeg dat zijn functioneren de laatste tijd opvallend was achteruitgegaan en dat er van hem verwacht wordt dat dit snel verbetert.

Op het moment dat Klaas door zijn rug gaat, bij het verwisselen van de as, een handeling die normaal door twee man moet worden verricht, is hij alleen met de betreffende collega met wie hij een problematische relatie heeft. Hij durft of wil niet om zijn hulp te vragen.

Beide uitkomsten zijn te zien als een begrijpelijke reactie op een abnormale situatie, al zal niemand gelukkig zijn met situatie beschreven onder het laatste aandachtspunt. De kwaliteit van de sociale interactie in de groep, veelal ingegeven door de bedrijfs- dan wel afdelingscultuur (cultuur is hierbij op te vatten als de kenmerkende manier waarop mensen omgaan met elkaar en met uitdagingen die zich voordoen), kan bepalend zijn voor een succesvolle samenwerking, maar ook leiden tot misverstanden, vergissingen, fouten, ongelukken en ook ziekte.

De bijwerking van de schuldvraag

Afhankelijk van de cultuur in een bedrijf worden fouten meer of minder vaak verzwegen totdat de verstoringen merkbaar worden, bijvoorbeeld door foute producten, calculaties, en ook ongevallen en ziekte.

Wanneer dan iets verkeerd afloopt, kijken mensen in eerste instantie niet naar zichzelf. Liever nemen we de ander de maat en wordt er veel energie gestopt in het minimaliseren van het eigen aandeel. Zeker als door het management de druk op het voorkómen van incidenten toeneemt, door de druk op de schuldvraag te verhogen, neemt de kans op een negatieve sfeer toe. Met andere woorden, het zwartepietenspel begint en de kans ontstaat dat het er niet meer om gaat wát aanleidingen en

oorzaken van het voorval waren, maar wie het handigste om kan gaan met de schuldvraag. De ware oorzaak blijft buiten beeld (figuur 1).

Figuur 1
De 'zwartepietencyclus'



Het belang van het opsporen van contextfactoren bij verzuimincidenten

Vaak wordt verzuim gezien als een privéaangelegenheid, die afgehandeld moet worden via vastgestelde procedures waarbij iedere betrokkene (medewerker, hulpverlener,

bedrijfsarts, casemanager, hr-medewerker, leidinggevende) het eigen lijstje afwerkt en waarbij de regie vooral wordt overgelaten aan professionele adviseurs. Bij gesprekken tussen leidinggevenden, personeelsfunctionarissen en bedrijfsartsen gaat het veelal over het (herstel van het) individu. De medewerker zelf is daarbij het lijdend voorwerp, die moet veranderen c.q. herstellen.

Wanneer het verzuim langer duurt ontstaat afstand tussen het individu en de andere betrokkenen (collega's, leidinggevenden). De kans is groot dat alleen het gedrag van de medewerker en diens ziekte als oorzaken worden geduid. Er wordt onvoldoende stilgestaan bij de factoren in de bredere context die aan het verzuim hebben bijgedragen. Soms worden wel 'uit de losse pols' aanleidingen genoemd die een rol hebben gespeeld, maar grondig onderzoek naar achterliggende contextfactoren wordt meestal niet gedaan. Indien het individu is hersteld, is men tevreden.

In bedrijven met grote veiligheidsrisico's wordt na ongevallen diepgaand onderzoek gedaan naar contextfactoren. Dit is echter niet gebruikelijk bij langdurig werkgerelateerd of werkrelevant verzuim. Dit ondanks het feit dat de organisatiekosten, denk aan de kosten van de afwezigheid, overwerk, extra belasting voor collega's, inhuur, etc., vaak (veel) hoger zijn dan bij een ongeval.

Het benoemen van de contextfactoren wordt vaak ervaren als pijnlijk en tijdrovend en daarom met de mantel der liefde bedekt. Pijnlijk, omdat blijkt dat alle partijen, ondanks alle goede bedoelingen, toch steken hebben laten vallen. Juist die mantel der liefde laat zwakke schakels binnen een organisatie verborgen en daarmee ook oorzaken van nieuwe fouten, ongevallen en ziekte. Begrijpelijk, maar een gemiste kans!

Kijken door een andere bril: De verBeterAnalyse

De analyse

In de verBeterAnalyse (vBA) wordt de situatie bekeken met oog voor relevante fysieke en sociale omstandigheden, voor (gedrags)patronen én voor de betekenis die de betrokkenen eraan geven. Dat gebeurt door het opsporen en begrijpen van achterliggende en oorzakelijke risicofactoren in én buiten de organisatie. Dat is van belang om in de toekomst vergelijkbare incidenten te voorkomen. Immers, indien iemand van de familie ernstig ziek is, zoals bij de medewerker uit het voorbeeld, is het van belang om te begrijpen dat de medewerker daardoor misschien niet zoveel energie in het werk kan steken, de aandacht er niet bij heeft, de druk voelt toenemen en zich uiteindelijk ziek meldt (figuur 2).

Werkwijze

De verBeterAnalyse begint met een onderzoek dat plaatsvindt door een groep van vier à vijf medewerkers van het bedrijf met een relevante functie én een vertrouwensposi-

tie. Dit gebeurt onder leiding van een externe begeleider die getraind is in de methodiek van de verBeterAnalyse en ervaring heeft in het begeleiden van groepsprocessen. Een vBA-team wordt in principe eenmalig gevormd. Door het onderzoek zoveel mogelijk door eigen mensen te laten uitvoeren worden de bespreekbaarheid en het draagvlak voor oplossingen vergroot.

Voorwaarden voor een succesvolle inzet van de verBeterAnalyse zijn:

Organisatorisch

- voldoende tijd;
- sociale veiligheid en vertrouwen binnen het team en de organisatie;
- het team krijgt mandaat om een onafhankelijk en kritisch beeld te schetsen van het incident en de garantie dat de verstrekte informatie niet tegen de geïnterviewden en teamleden gebruikt mag worden in de beoordeling van hun functioneren;
- het vBA-team wordt, onder leiding van een externe procesbegeleider, divers samengesteld om de kwaliteit te bewaken en om tunnelvisie te voorkomen.

Individuele leden

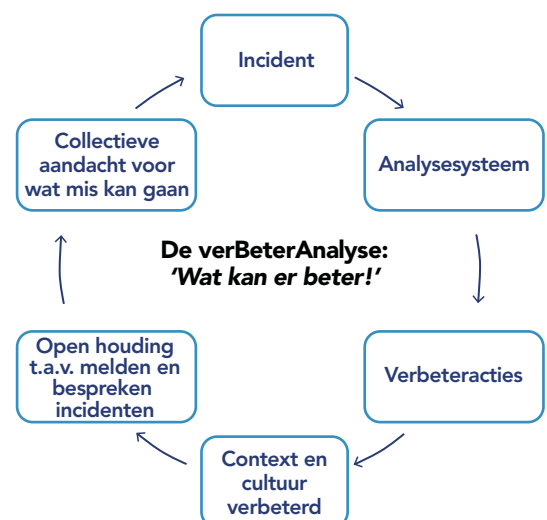
- zijn sociaal vaardig;
- hebben kennis van bedrijfsprocessen en de organisatie;
- genieten vertrouwen van medewerkers en leiding.

Vanaf de beslissing te werken met de vBA worden de volgende stappen doorlopen:

1. Voorgesprek over het werkproces met de bedrijfsleiding en eventueel OR.
2. Samenstellen team met externe begeleiding.
3. Eerste bijeenkomst.

Figuur 2

De andere blik door de verBeterAnalyse



- Sluiten moreel contract, onder andere wat betreft vertrouwelijkheid over het delen van informatie binnen en buiten het team.
 - Behandelen elementaire regels van interview-techniek.
 - Vaststellen van te interviewen personen.
 - Planning.
4. Bespreken eerste resultaten van de interviews en opstellen verhaallijn. Concept rapportage, conclusies en aanbevelingen.
 5. Presentatie aan en feedback van de geïnterviewden.
 6. Definitieve rapportage en presentatie aan het management.
- Het hele proces kan binnen een week of drie worden afgerond.

Het vBA-team stelt een verhaallijn op waarin wordt beschreven hoe de ontwikkeling naar het incident is geweest. Zo ontstaat al snel een goed overzicht van sterke en zwakke punten van de organisatie (figuur 3). Deze punten zijn vervolgens de aanzet voor een analyse en een voorstel voor structurele verbeteringen. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat de (gebruikelijke) schuldvraag zoveel mogelijk buiten de deur wordt gehouden. Zo ontstaat een beeld van de organisatie dat zicht biedt op de mechanismes die bijdragen aan het systeem en de cultuur.

Figuur 3

Voorbeeld van een eerste inventarisatie van knelpunten



Opbrengst

Een organisatie

- waar men constructief naar verbetering binnen en buiten het systeem zoekt waardoor een verhoogde collectieve waakzaamheid ontstaat voor risicofactoren die kunnen uitmonden in een (verzuim)incident;
- waar minder langdurige uitval zal voorkomen;
- waar de angst om fouten te maken vermindert en meer inzicht ontstaat in relevante complexe problematiek;
- waar een verbeterde feedbackcultuur zal ontstaan met grotere betrokkenheid en loyaliteit bij medewerkers;
- waar bij een volgend (dreigend) probleem of incident adequaat en tijdig kan worden gereageerd.

De auteurs zijn geïnteresseerd in verdere ontwikkeling en toetsing van de verBeterAnalyse en stellen reacties op prijs.

Meer informatie: www.verbeteranalyse.nl

Voorbeeld van conclusies en aanbevelingen in de casus

Het onderzoek leverde de volgende conclusies op:

- Er is sprake van een gesloten cultuur waarbij problemen en incidenten gezien worden als persoonlijk falen.
- Er is geen structurele ruimte om problemen in de werksituatie groepsgewijs te bespreken.
- Conflicten tussen collega's zijn een (veiligheids- en gezondheids)risico voor het functioneren van een groep.
- De privésituatie van de medewerker was van invloed op het functioneren van de medewerker op het werk.
- Het is van belang om zwakke signalen die in een vroegtijdig stadium wijzen op mogelijk verminderde inzetbaarheid te herkennen en bespreekbaar te maken.
- Er is bij de leidinggevende te weinig inzicht en ervaring om de zwakke signalen rond deze casus op hun waarde te schatten en op een goede manier te bespreken, waardoor de medewerker te weinig ondersteund is geweest in de aanloop naar de ziekmelding.

De volgende aanbevelingen werden gedaan:

- Het conflict tussen beide collega's dient o.l.v. een onafhankelijke persoon te worden bijgelegd.
- Gestructureerd werkoverleg dient weer te worden ingevoerd.
- Nascholing voor leidinggevenden in het herkennen en bespreekbaar maken van zwakke signalen die kunnen wijzen op toekomstige verminderde inzetbaarheid.
- Bijscholing medewerkers in intervisie en feedback.

Hulpmiddel bij het spreekuur

Adrie Wiechers

Tijdens het spreekuur maakt elke dokter gebruik van allerhande hulpmiddelen waaronder metaforen, vergelijkingen, tekeningen en dergelijke. In een aantal TBV-edities worden voorbeeldgesprekken gegeven die men als bedrijfsarts kan voeren met de patiënt in bepaalde situaties. Het gebruik hiervan is vaak gebonden aan de fase van arbeidsongeschiktheid:

- de crisisfase (1);
- de probleem- en oplossingsfase (2);
- de toepassingsfase (3);
- preventie (4).

In deze TBV-editie komen de eerste vier voorbeeldgesprekken aan bod.

Hulpmiddel, Metafoor, Psychische klachten, Spreekuur

De cijfers achter de hulpmiddelen verwijzen naar de betreffende fase(s).

Bij elk hulpmiddel staat de letterlijke uitleg aan de patiënt in cursief.

Egoïsme (1)

Volgend voorbeeldgesprek dat gebruikt kan worden tijdens de crisisfase kan verduidelijken dat goed zorgen voor jezelf geen egoïsme is, maar noodzaak. Het gesprek is goed toe te passen in een situatie waarbij de patiënt de belangrijkste steunpilaar is in zijn of haar omgeving, en dan vooral als er meer dan gemiddelde zorgnoodzaak is in die omgeving (bijvoorbeeld een zieke partner of kind).

Ik zal nu twee voorbeelden geven van goed zorgen voor uzelf. Zorgen voor uzelf is nodig en soms moet daarvoor iets extra worden gedaan.

1) Ontwikkelingswerkers in landen met hongersnood kunnen alleen maar hulp verlenen als ze zelf gezond zijn. Daarvoor moet er goed gegeten worden anders verzwakken ze, worden ziek en kunnen dan geen hulp meer verlenen. Wat denkt u dat ze doen met het voedsel dat ze over hebben nadat de hulpverleners gegeten hebben (in een land met ernstige hongersnood)?

Meestal weten ze het niet en sommigen zeggen dat het weggegeven wordt aan diegenen die honger hebben.

Dat wordt vernietigd. Weet u ook waarom? Als ze het niet doen is de verleiding erg groot dat de hulpverlener steeds minder gaat eten zodat er meer overblijft voor de lokale bevolking. Maar het risico is dat de hulpverlener hierdoor verzwakt, ziek wordt en dus geen hulp meer kan verlenen. Is dit egoïsme? Neen, dit is noodzaak.

2) Hebt u wel eens gevlogen? Ook met een kind?

Ook als ze nog niet hebben gevlogen of nog niet met een kind hebben gevlogen kunnen ze deze metafoor wel begrijpen.

Bij het begin van de vlucht geeft de stewardess uitleg over wat te doen als de druk in de cabine wegvalt en de zuurstofmaskers naar beneden komen. Weet u bij wie u eerst het masker op moet zetten? Bij uzelf. Slechts als u eerst voor uzelf zorgt, kunt u ook voor anderen zorgen. Is dit egoïsme? Neen, dit is noodzaak.

Piekersessie (1,2)

Deze opdracht is bedoeld om enerzijds een overzicht te krijgen van de eventuele problemen en anderzijds bespaart het een hoop energie en ruimte die dus voor andere zaken gebruikt kunnen worden (dit ook zo uitleggen). De praktijk leert dat je de oefening even rustig met de patiënt moet doorlopen anders komt er te vaak niets van terecht. *Om nu meer duidelijkheid te krijgen in de chaos in het hoofd geef ik u wat huiswerk mee die we dan volgende keer bespreken en van daaruit kijken wat er eventueel gedaan moet worden om de situatie op te lossen.*

Geef een hard-copy en leg het even uit.

De hele opdracht duurt circa twee weken en het is dus niet de bedoeling het allemaal in één keer uit te werken. Kies een rustig tijdstip op de dag en ga even apart zitten, zodat u even niet gestoord wordt. Als u dan rustig alleen zit komen er automatisch gedachten opzetten. En die gedachten hebben een onderwerp. De bedoeling is dat u in korte kernwoorden die verschillende onderwerpen opschrijft. Dit doet u ongeveer 20 minuten en dan kunt u

A.M. Wiechers, bedrijfsarts bij Arbo Unie.

Correspondentieadres:

adrie.wiechers@arbounie.nl

Figuur 1
Schema Piekersessie

Piekersessie				
Elke dag 20 min op een rustige plek: opschrijven wat op DAT moment u bezighoudt/waar u op DAT moment aan zit te denken.				
Dit gedurende een week lang. Daarna teruglezen en problemen samenvatten.				
Vraag u bij elk probleem af waarom het een probleem is.				
Voor elk probleem u afvragen of er wel of niet iets mee te doen is.	Waar wel iets mee te doen is kan ik dat dan zelf of kan ik dat niet?	Wel	Wat heb ik er voor nodig?	Bepaal volgorde van aanpakken van de problemen.
		Niet	Wie dan wel?	
Bij het bepalen van de volgorde van het aanpakken van de problemen kan het zijn dat iets wat niet zo belangrijk is maar eenvoudig is op te lossen voorrang krijgt. Werk de problemen ook een voor een af en begin niet aan te veel dingen tegelijk. Probeer u wel aan uw opgestelde tijdschema te houden.				

stoppen. Dit doet u gedurende zeven dagen. De tweede week worden de kernwoorden verder uitgewerkt. Op de achtste dag leest u terug wat u hebt opgeschreven en dan zal het u opvallen dat u vaak hetzelfde hebt opgeschreven. Maak dan een overzicht van de diverse onderwerpen en schrijf ze wat uitgebreider op zodat een andere persoon ook kan begrijpen wat u bedoelt. Het aantal onderwerpen ligt meestal tussen de drie en zeven. In principe is het niet de bedoeling het aan anderen te laten lezen. Dat mag natuurlijk wel, maar laat dit dan geen reden zijn om bepaalde onderwerpen niet op te schrijven.

Loop vervolgens even het schema in de hard copy met de patiënt door (Figuur 1).

Post-it therapie (2,3)

Een belangrijk deel van het werk van een bedrijfsarts is het bekomen van een zekere gedragsverandering. Voor grotere gedragsveranderingen zijn er psychologen, maar in beperkte zin kun je als bedrijfsarts ook wel een en ander voor elkaar krijgen. Een belangrijk aspect in een veranderingsproces is de kracht van herhaling.

Er zijn nogal wat mensen die een laag zelfbeeld hebben. Deze mensen vinden dat ze het nooit goed doen, of hooguit voldoende. Hierdoor komen positieve aspecten van hun eigen handelen te weinig tot hun recht. Deze opdracht helpt patiënten met een laag zelfbeeld bij het meer benadrukken van deze positieve aspecten.

Als ik zo naar u luister lijkt het dat u weinig aspecten van uzelf als goed of positief beoordeelt. Hooguit is het voldoende. Of anders gezegd geeft het de indruk dat u niet snel tevreden bent over uzelf.

Even korte pauze voor de mogelijkheid om te reageren. Over het algemeen wordt het beaamt.

Dat is jammer want ik denk dat u zich hiermee tekort doet. Om te proberen hier wat anders tegen aan te gaan kijken wil ik wat huiswerk meegeven.

Het de bedoeling dat u elke dag één positief aspect over uzelf van die dag op een post-it briefje schrijft en het dan opplakt op bijvoorbeeld de zijkant van de linnenkast of een ander plekje in de slaapkamer. Het is niet de bedoeling dat iedereen dat kan lezen. Probeer dit te doen tot aan het volgend spreekuur en dan hoor ik van u hoe het is gelukt.

De praktijk leert dat ze het hooguit een maand doen. Ook vinden ze het moeilijk om iets als positief te bestempelen. Wel is het zo dat ze bij het volgend spreekuur aangeven toch wat meer genuanceerd naar zichzelf te kijken. Dit valt in de categorie kleine beetjes helpen.

1e van de maand (4)

Na de afloop van een afwezigheidsperiode neemt men zich meestal voor om het niet weer zover te laten komen. De praktijk leert dat dit minder eenvoudig is dan dat het lijkt. Om dit te kaderen kan volgend voorbeeldgesprek gebruikt worden.

Momenteel gaat het weer goed en is het de bedoeling dat u niet weer zover onderuitgaat. Om dat te voorkomen is het nodig om op tijd aan de bel te trekken. Wanneer is dat dan? Daarvoor de volgende methode en die kost drie seconden per maand:

Zet in uw agenda een rode cirkel om de 1e van de maand als attentiepunt (reminder) om uzelf een vraag te stellen en doe dat gelijk voor het hele jaar. Stel uzelf

op die 1e van de maand de volgende vraag: wat voor rapportcijfer geef ik de achterliggende maand; twee opties: voldoende of onvoldoende? Op het moment van de vraagstelling weet u het antwoord al. Bij voldoende gewoon doorgaan met de orde van de dag en de kans op omvallen is minimaal. Bij onvoldoende even nadenken of er een bepaalde reden was (bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, maar de kans dat dit komende maand weer gebeurt, is erg klein). Meestal zal deze reden niet zo duidelijk zijn. De maand erop precies hetzelfde doen etc. etc. Hebt u op enig moment een blok van drie maanden aaneengesloten een onvoldoende gevoel dan heeft u per definitie een structureel probleem wat zich dus niet vanzelf zal oplossen. Dan hebt u gemiddeld nog een maand of drie de tijd en de kracht om het op te lossen. De meeste mensen merken wel dat het niet zo goed gaat maar weten niet wat ze moeten doen om het op te lossen en doen er dan eigenlijk niets dan. Alleen afwachten en hopen dat het vanzelf beter gaat, maar bij een structureel probleem werkt dat niet. Wat u dan

moet doen is hulp zoeken bij iemand van wie u denkt dat hij of zij u kan helpen (bijvoorbeeld uw huisarts, leidinggevende, bedrijfsarts, partner). Wat er gedaan moet worden komt later wel maar het belangrijkste is dat u hulp zoekt. Doe dat in maand vier en u heeft dan nog ruim twee maanden de kracht en de ruimte om het op te lossen. Gebeurt dat niet in dit tweede blok van drie maanden dan komt u in het derde blok van drie maanden en dan hebt u meestal niet meer de kracht om de problemen op te lossen en zult u waarschijnlijk na gemiddeld drie maanden omvallen. Er is één belangrijke voorwaarde en dat is eerlijkheid naar uzelf (u kunt iedereen voor de gek houden maar niet uzelf).

De praktijk leert dat de bovengenoemde tijdsfasering over het algemeen opvallend goed klopt en mensen herkennen het ook van de voorafgaande moeilijke periode. De meeste mensen zijn blij met een dergelijk hulpmiddel omdat het eenvoudig en concreet in tijd is.

Richtlijn Chronisch Zieken en Werk

Bas Sorgdrager

Tijdens een 'Invitational Conference' op dinsdag 22 november in de Domus Medica te Utrecht is de richtlijn 'Chronisch Zieken en Werk' gepresenteerd.

De richtlijn met uitgebreid achtergronddocument is opgesteld door onderzoekers van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (zie box). De richtlijn is in eerste instantie bedoeld om bedrijfs- en verzekeringsartsen te ondersteunen tijdens hun spreekuur. Het voorwoord vermeldt dat andere begeleiders van mensen met een chronische aandoening, zoals jobcoaches, arbeidsdeskundigen en ook behandelaars, veel kunnen hebben aan de informatie die de richtlijn biedt. Het achtergronddocument is een review van de literatuur naar het wetenschappelijke bewijs van de mogelijke beïnvloedbare factoren. De twee bijlagen van de richtlijn vormen een handig overzicht gebaseerd op de International Classification of Functioning.

Aanvulling op SER-rapport 'Werk: van belang voor iedereen'

De aanleiding voor het opstellen van de richtlijn is de constatering dat er diverse ziekte-overstijgende belemmeringen zijn voor arbeidsparticipatie. Er is een behoefte om inzicht te hebben in effectieve interventies die ingezet kunnen worden om het werk te behouden of om werkhervatting te bevorderen. De richtlijn is een praktische aanvulling op het in maart 2016 verschenen SER-rapport 'Werk: van belang voor iedereen'. Belangrijke conclusie in dat rapport is namelijk dat de werknemer en leidinggevende niet altijd over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om een gesprek aan te gaan. Sommige werknemers voelen zich niet altijd veilig om over hun chronische ziekte te praten, bijvoorbeeld omdat het te persoonlijk is, of onzekerheid over wat de leidinggevende met de informatie doet. Werkgevers hebben daarbij te maken met wetgeving, bijvoorbeeld op het gebied van privacy en medische keuringen, waardoor zij niet naar details over gezondheid mogen vragen.

Aanpak herstelbelemmerende factoren

De richtlijn is gebaseerd op een achtergronddocument waarin de literatuur over herstelbelemmerende en -bevorderende factoren samengevat wordt weergegeven. De richtlijn heeft vier delen. Deel 1 is een probleemoriëntatie waarbij is gekozen voor een indeling in ziekteoverstijgende en ziektespecifieke factoren. Deel 2 van de richtlijn beschrijft effectieve ziekte-overstijgende interventies zoals aanpassingen in het werk als bevorderende factor. Multidisciplinaire interventies, bestaande fysieke training gecombineerd met psychologische en/of arbeidsgezondheidskundige componenten en vaardigheidstrainingen aangevuld met werkplekbegeleiding zijn succesvol. De rol van de werkende zelf is het onderwerp in deel 3 van de richtlijn. Hoe de werkende de aandoening, het werk en de omgeving ervaart kan een belangrijke belemmering zijn om arbeidsparticipatie te bevorderen. Om de effectieve interventies te kunnen toepassen moet een basisvoorwaarde aanwezig zijn, namelijk onderling vertrouwen tussen werkgever en werknemer. Zo werd nog eens extra duidelijk tijdens de presentatie van de richtlijn met praktijkervaringen van een werknemer en een werkgever. Steun op de werkplek en de mogelijkheid om het werk aan te passen zijn essentiële bevorderende factoren. Deel 4 bespreekt de samenwerking tussen artsen en andere hulpverleners die een eenduidige aanpak en doel moeten hebben om resultaat te boeken.

De richtlijn Chronisch Zieken en Werk hoort thuis bij iedereen die betrokken is bij de beoordeling, behandeling en begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening.

Auteurs van de richtlijn

Marloes Vooijs
Iris van der Heide
Monique Leensen
Jan Hoving
Haije Wind
Monique Frings-Dresen

A(n)ios-congres: werken met kanker vraagt communiceren en maatwerk

Judith van Droffelaar, Kevin De Decker

Vrijdag 28 oktober 2016 vond het tweede jaarcongres van het a(n)ios netwerk van UWV plaats over het thema 'Kanker en werk'. Ruim honderd aios en anios verzekeringsgeneeskunde kwamen erop af. Netwerkvoorzitter Kevin De Decker: "We kijken vandaag naar de ziekte kanker vanuit een verzekeringsgeneeskundige invalshoek. Welke kanten zitten er aan de beoordeling in hoeverre iemand tijdens en na de behandeling kan werken?" De conclusies aan het eind van de dag: tijdig met de cliënt in gesprek gaan over werk is essentieel, en elke situatie is anders. Gespecialiseerde ondersteuning kan van grote waarde zijn voor duurzame re-integratie.

De plenaire inleiding wordt gegeven door Tomas Rejda, bedrijfsarts consultant oncologie bij het LUMC Leiden. "Kanker is een levensveranderende gebeurtenis, ook bij genezing of een goede prognose. Er is geen 'magische injectie' voor werkhervatting. Uit de praktijk weten we dat niet doorslaggevend is welke beperkingen iemand heeft, maar de eigen kracht en positieve inschatting van mogelijkheden, naast steun van de omgeving en op de werkplek." Hij noemt het voorbeeld van Jelle Wolhuizen, die slokdarmkanker kreeg maar fanatiek bleef werken en fietsen, en in zijn laatste maanden de stichting Tegenkracht oprichtte voor 'sportend revalideren'. Tomas: "We moeten proberen blijvende arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Ga al tijdens de behandelingen het gesprek aan over werk, en probeer daarbij alle keuzes bespreekbaar te maken. Werk is soms van levensbelang, in andere gevallen een zinloze kwelling."

Workshops

In vier workshops wordt het thema 'kanker en werk' verder uitgediept.

Ragna van Hummel van Re-turn, gespecialiseerd in de re-integratie van mensen met kanker, laat zien dat afstemming van de fasen van ziekte en behandeling met re-integratie-activiteiten van groot belang is om ervoor te zorgen dat revalidatie en re-integratie gelijk op kunnen gaan.

Ex-kankerpatiënt Anjo Bloemen geeft mede aan de hand van eigen ervaringen aan hoe belangrijk het is voor de

re-integratie van de werknemer om ook tijdens de behandelperiode contact met de werkomgeving te houden.

Dat er nog wel wat te doen is heeft Martine van Egmond met haar promotieonderzoek vastgesteld. "Verzekeringsartsen durven vaak tijdens de behandeling werken niet aan te kaarten, en maken nog onvoldoende gebruik van beschikbare ondersteuningsinstrumenten gericht op werkhervatting."

Bij het beoordelen van arbeidsgeschiktheid krijgt de verzekeringsarts onvermijdelijk te maken met medisch-ethische dilemma's. Inge van Doggenaar, verzekeringsarts bij UWV Haarlem en tevens bedrijfsarts, licht toe: "Bij dergelijke dilemma's gaat het om keuzes waarbij verschillende waarden een rol spelen en je niet iedereen tevreden kunt stellen." Ze legt de deelnemers aan de workshop de case voor van een cliënt met beperkte levensverwachting, met als afweging: wat weegt zwaarder, het maatschappelijk belang of de wens van de vrouw in kwestie om het resterende stuk van haar leven in te vullen zoals zij wil? Via de criteria 'goed doen' (niet schaden), autonomie, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid worden de alternatieven verkend. Zie verder het TBV van mei 2016, waarin de casus werd beschreven.

Energie

Na de workshops is er een plenaire afsluiting. Enkele deelnemers geven hun reactie op de dag: "Het heeft me een kader gegeven." "Nuttig om kanker en werk vanuit verschillende perspectieven te bekijken." "Een leuke dag, fijn dat er ook interactieve workshops bij waren."

Jan Jurgen Huizing, Directeur Uitvoering bij de divisie Sociaal Medische Zaken van UWV, heeft de middag eveneens bijgewoond: "Mooi om te zien hoe jullie over je vak in gesprek zijn. Een middag met veel energie!"

Tijdens de borrel na afloop gaan de gesprekken nog lang door en wordt er intensief genetwerkt. A(n)ios-bestuurslid Marleen Lammers: "Goed om te zien dat de betrokkenheid zo groot is. We kunnen terugkijken op een bijzonder geslaagd tweede jaarcongres. Dit hopen we volgend jaar minimaal te evenaren."

Digitalisering en de verzekeringsgeneeskunde

Muntend@m Symposium 2016

Birgit Donker-Cools

Op 8 december 2016 organiseerde het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) het jaarlijkse Muntendamsymposium in de knusse en vertrouwde Rode Hoed met als thema: 'Digitalisering en de verzekeringsgeneeskunde'.



Digitalisering biedt ons veel voordelen, maar geeft tegelijk stof tot nadenken. Wat zijn de (on)mogelijkheden van digitalisering voor de zorg? En voor ons en onze cliënten en bijvoorbeeld hun privacy?

De sprekers concretiseren het thema, elk vanuit hun eigen invalshoek.

Dr. Hans Ossebaard (Zorginstituut Nederland) gaat in op 'informatie- en communicatietechnologieën om de gezondheid(szorg) te

ondersteunen of te verbeteren': eHealth. Impact daarvan is nog weinig gemeten, maar er zijn veelbelovende resultaten dat eHealth kansen biedt voor betere en betaalbare zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, onze cliënten dus. Tijd voor implementatie, zodat zij daar optimaal van kunnen profiteren!

Maar lukt ze dat wel? Prof. Jos de Haan (Sociaal en Cultureel Planbureau) licht toe dat er in Nederland groepen ('achterblijvers') zijn, die een hardnekkig gebrek hebben aan digitale vaardigheden, zoals het opzoeken van informatie, of fatsoenlijk gedrag online: 'netiquette'. Dit heeft negatieve consequenties voor (arbeids)participatie. En daar moeten we als verzekeringsartsen in de praktijk rekening mee houden!

En wat betekent digitalisering voor ons? Is er straks een supercomputer die ons een medisch oordeel geeft? En is het onze taak dit oordeel te accorderen of af te wijzen? Miriam de Haas-Nagler (districtsmanager én verzekeringsarts) legt uit dat we door 'big data' meer inzichten krijgen, maar daarmee neemt ook het belang van security en privacy toe. Wetgeving, supercomputers en wij zijn daar nog onvoldoende op voorbereid!

Tijd om samen na te denken over het thema aan de hand van enkele stellingen onder leiding van dagvoorzitter prof. Allard van der Beek: 'digitalisering belemmert communicatie met de cliënt': driekwart is het daarmee eens. Wij vinden bijna allemaal 'face to face contact noodzakelijk voor de digitaal achterblijvende cliënt'. Een reactie uit de zaal: "Ik zie nooit een cliënt en het gaat altijd goed!"... 'Voortschrijdende digitalisering vraagt om training van onze sociale vaardigheden': bijna 60% is het daarmee eens.

Vervolgens is het de beurt aan onze eigen onderzoekers van het KCVG. Er zijn dit jaar wederom grote stappen gezet, waar drie belangrijke promoties een prominente plek innemen. Onze verzekeringsartsen Selwin Audhoe, Peter van Muijen en Chantal Gielen hebben hun proefschriften succesvol verdedigd. De junioronderzoekers brengen op het podium in een flits hun project voor het voetlicht, waarna in de pauze de deelnemers kunnen speeddaten om verder over het onderzoek in gesprek te gaan.

Aan het einde van de dag neemt Menno de Bree ons mee in 'iets over techniek'. Hij omschrijft de mens als... "het meest zieke dier" ... dat zichzelf heeft weten te redden middels techniek." Toch een waarschuwing van zijn kant: let op met mooie en slimme apparatuur: voor je het weet is je privacy geschonden en verschaft je ongemerkt allerlei bedrijven toegang tot een grote hoeveelheid data.

En dan is het tijd voor de borrel en de bitterballen en komt er een einde aan deze leuke en leerzame middag!

Philippe Mairiaux: 'Beleidsvoorbereidend werk is interessant werk voor een hoogleraar'

Rolf Blijleven, Katrien Mortelmans

Philippe Mairiaux (1950) is één van de kopstukken in de Belgische Arbeidsgeneeskunde. Onlangs ging hij met emeritaat als hoogleraar aan de Universiteit van Luik, maar Mairiaux is niet van plan om rust te nemen. TBV sprak met hem over zijn bijdragen aan wetenschap, politiek beleid en effectiviteit en valkuilen bij re-integratie na borstkanker en rugklachten.

We vonden uw naam bij Pink Ribbon. Draagt u een roze lintje?

(glimlacht) Niet op mijn pullover, maar ik ben wel betrokken bij een studie op initiatief van Pink Ribbon. Zij kiezen ieder jaar een thema en financieren dan enkele studies over dat thema. In 2014 was het thema 'werkhervatting na borstkanker'. Ze zochten onderzoekers, en ze vroegen ons, professor Elke Van Hoof van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en mij, om een onderzoeksvoorstel in te dienen. Daar zijn meerdere partijen bij betrokken: Pink Ribbon en de Koning Boudewijnstichting financieren het, Professor Van Hoof, drie oncologiecentra van ziekenhuizen in de provincie Luik, en het oncologiecentrum van het Jessa Ziekenhuis in Hasselt.

Het onderzoek betrof vrouwen jonger dan 60 jaar met een halftijds-job of meer, in de private sector of bij de overheid – dus geen zelfstandigen. Het was kwalitatief onderzoek. Het omvat twee gestandaardiseerde vragenlijsten en diepte-interviews. Binnen drie maanden nadat de diagnose was gesteld, werd de eerste vragenlijst ingevuld, de tweede en het diepte-interview volgden zes maanden daarna, dus acht tot negen maanden na de diagnose. Het interview werd individueel met de deelnemster afgenomen door een psycholoog.

We hebben gebruikgemaakt van de EORTC QLQ-C30¹ vragenlijst. Die is internationaal erkend en gevalideerd. Maar arbeid komt daarin niet aan de orde; daarom hebben we aanvullende vragen toegevoegd over arbeidstevredenheid, *self esteem* en ondersteuning vanuit de sociale omgeving: gezin, familie en werk. Die aanvullende vragen hebben we zoveel mogelijk ontleend aan andere

gevalideerde vragenlijsten, zoals de Karasek Job Content Questionnaire.

Van het totaal aantal vrouwen dat we vroegen om mee te doen hebben er 44 ingestemd, ongeveer twee derde van het totaal. Redenen om niet mee te doen waren heel divers: sommigen deden al aan ander onderzoek mee, anderen voelden zich te moe, of waren er om andere redenen fysiek niet toe in staat. Degenen die wél meededen voelden zich daar fysiek dus ook wel toe in staat. Dat geeft natuurlijk een zekere bias.

Wat was het resultaat van de studie?

Het aantal van 44 is te laag om statistisch relevant te zijn, en het resultaat is niet gemakkelijk samen te vatten. Het was kwalitatief onderzoek, en 44 verschillende vrouwen hebben ongeveer 44 verschillende familiesituaties en werksituaties. De meesten, ongeveer 70%, waren op het werk open over de diagnose. Zij hebben tenminste hun leidinggevende op de hoogte gesteld, en hielden ook contact met een of meer collega's gedurende de behandeling. De rest was voorzichtiger, die noemden het 'langdurige arbeidsongeschiktheid' of 'zware ziekte'. In België is er geen informatieplicht, meestal kent de werkgever de diagnose niet. Maar bij ongeveer driekwart van de steekproef gebeurde het vanzelf, en in die gevallen was ook hun ervaring dat het hielp bij de terugkeer naar werk.

*Als de patiënt gedurende de
behandeling goed contact
houdt met de werkomgeving,
helpt dat bij de werkhervatting*

Uit de onderzoeksresultaten zijn wel een aantal aanbevelingen ontwikkeld. Voor de patiënten zelf, voor de oncologen, voor het RIZIV (Belgische pendant van het UWV, red.), voor werkgevers en voor verzekeringsartsen.

Die aanbevelingen zijn niet alleen gebaseerd op ons onderzoek en op de diepte-interviews, maar ook op een kwantitatieve survey van Pink Ribbon in 2016 waar iets meer dan 500 vrouwen aan hadden meegedaan.

De resultaten van die 500 waren zeer goed vergelijkbaar met de onze. Bijvoorbeeld: als de patiënt gedurende de behandeling goed contact had gehad met haar werk-omgeving, hielp dat om het werk te hervatten. Dat lijkt logisch, maar het bleek ook zo te zijn.

Na de tweede vragenlijst, dus ongeveer negen maanden na de diagnose, waren 18 van de 44 weer aan het werk en waren er ongeveer tien nog onder behandeling. Die kregen dan bijvoorbeeld nog chemotherapie.

Hebt u een beeld van de algemene stand van zaken in België met betrekking tot werkhervatting na borstkanker?

Tot mijn verbazing zijn daar geen landelijke cijfers over. Het RIZIV heeft wel cijfers van mensen die na één jaar nog arbeidsongeschikt zijn, maar over de primaire arbeidsongeschiktheid in het eerste jaar zijn er geen cijfers. Het is de bedoeling om met de ICD-10-codes te gaan werken, en men is wel bezig om de registratiesystemen aan te passen zodat die cijfers beschikbaar komen, maar het resultaat daarvan zal er pas over een jaar of twee zijn. Die cijfers liggen nu bij de mutualiteiten (ziektekostenverzekeraars of ziekenfondsen, red.). Het gaat bijvoorbeeld om codes voor bepaalde medische onderzoeken die mensen hebben ondergaan, met daarnaast een kolom voor werkverzuim. Maar die gegevens zijn niet geanonimiseerd, dus ze vallen nog onder het medisch beroepsgeheim; daarom zijn ze nog niet geaggregeerd voor analyse, dus officiële cijfers zijn er niet.

Onze hypothese is dat die cijfers vergelijkbaar zouden moeten zijn met die in Frankrijk. Daar is een grootschalige studie gedaan naar werkhervatting na kanker in het algemeen – dus niet specifiek na borstkanker. De uitkomst van dat onderzoek is dat 60 tot 70% na een jaar weer aan het werk is. Er is wel een specifiek borstkankeronderzoek van prof. dr. Sophie Fantoni in Lille voor Noord-Frankrijk, waarbij 62% na een jaar weer werkte.

Dus ongeveer een derde is na een jaar nog steeds arbeidsongeschikt. De bijwerkingen van chemotherapie zijn een duidelijke oorzaak daarvoor.

In 2013 noemde professor Frank van Dijk het fenomeen *chemo-brain*: we weten dat het bestaat, en dat het een oorzaak van verzuim is, maar we weten er verder nog heel weinig over.

Ik ben geen specialist op dat gebied, maar van collega's, oncologen en vrouwenartsen, hoor ik wel dat chemo-brain concentratie- en geheugenproblemen geeft, en vermoeidheidsklachten. De ernst van de klachten is echter enorm divers: de één heeft er niet of nauwelijks last van,

de ander heeft na twee of drie jaar, of soms nog langer, nog steeds klachten.

We hebben dat ook gezien in de interviews. Vrouwen waren maanden na de behandeling soms net zo moe als tijdens de behandeling, zo erg dat ze 's middags naar huis moesten om rust te nemen. Zoiets is op zichzelf al een tegenslag, en ziekteverlof te moeten vragen maakt het nog moeilijker. Daarnaast verandert bijna altijd de levensvisie van de patiënt: "Vroeger lag mijn prioriteit bij mijn werk, nu vind ik mijn gezin en mijn sociale leven belangrijker", zeggen ze bijna allemaal.

Dus goed contact met leidinggevenden en collega's helpt om weer aan het werk te gaan, maar de werkcapaciteit kan afnemen en mensen vinden werk minder belangrijk na de ziekte. Een document, met aanbevelingen voor werkgevers, is gratis downloadbaar op <http://www.pinkmonday.be/>.

Door chemotherapie kan de werkcapaciteit verminderen en na de confrontatie met de ziekte wordt werk minder belangrijk

Dat er wat is veranderd blijkt pas gaandeweg. Vrouwen willen soms graag zo snel mogelijk weer aan het werk. Oncologen adviseren om voorzichtig te zijn, om de krachten te sparen, bijvoorbeeld door eerst enkele dagdelen per week te gaan werken, en te kijken hoe het gaat.

In België is tien jaar geleden een rug-revalidatieproject opgezet. Mogen rugpatiënten in België revalideren op kosten van de overheid?

Ja, net als in Nederland en Frankrijk en trouwens ook in andere landen met een sociaal stelsel. Als je naar de dokter gaat met rugklachten, dan worden de meeste onderzoeken en behandelingen daarvoor vergoed. Maar niet alle kosten worden gedekt door het RIZIV of de mutualiteiten. Sinds 2004 kan de werknemer de overige kosten, waaronder die voor revalidatie, vergoed krijgen bij het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ).

Het rugrevalidatieproject heeft twee componenten. De ene is een actieve stimulans tot revalideren, geïnspireerd op het Canadese Sherbrooke-model van professor Patrick Loisel. Mensen met rugproblemen hebben vaak de neiging om heel voorzichtig te worden, maar dat leidt tot deconditionering en daarmee verergeren de klachten. Het rugrevalidatieproject stimuleert mensen hun conditie te verbeteren. Er zijn 70 revalidatiecentra door het hele land die deelnemen aan dit project. Mensen krijgen daar



een soort rugschool, dus medische en psychologische begeleiding, en veel oefeningen om de fysieke conditie te verbeteren. Mensen zijn vaak verbaasd dat na enige dagen revalideren de pijn al minder is. In het Sherbrooke-model is aangetoond dat deze aanpak op termijn effectief is voor de patiënt, en ook kosteneffectief is. Het FBZ vergoedt de behandel- en reiskosten.

De tweede component is de mogelijkheid tot een ergonomisch interventie op het werk zelf. Het FBZ biedt werkgevers tegemoetkoming in de kosten om die interventies te faciliteren. We zien dat deze component zelfs een grotere positieve invloed heeft dan de revalidatiecentra.

Geldt de maatregel voor alle werknemers?

Nee. In 2005 begon het met een pilot onder ziekenhuispersoneel. In 2007 is de maatregel uitgebreid naar werknemers die moeten heffen en tillen op het werk of die blootgesteld zijn aan *whole-body*-trillingen. Zeer onlangs is besloten dat we de regering gaan vragen de regeling verder uit te breiden naar werknemers die in ongezon-

houdingen moeten werken, bijvoorbeeld onderhoudsmedewerkers.

Een voorwaarde voor deelname is dat iemand minimaal vier weken, maar maximaal drie maanden, arbeidsongeschikt moet zijn. Dat maximum willen we ruimer maken. Uit een studie van Lambeek en collega's² in Nederland blijkt dat zo'n programma ook goed resultaat geeft bij meer dan tien maanden arbeidsongeschiktheid.

De Belgische regering wil re-integratie installeren in ons sociale stelsel met een nieuwe wet, van kracht per 1 januari 2017. Na maximaal drie maanden arbeidsongeschiktheid moet er evaluatie plaatsvinden, waarbij de patiënt in één van vier mogelijke categorieën wordt ingedeeld. Categorie 1 is een goede prognose, noodzaak tot medische interventie wordt niet verwacht. Categorie 2 is dat iemand met hulp weer aan het werk kan; dan wordt er een re-integratieplan gevraagd aan een arbeidsgeneesheer. De derde categorie is ernstige ziekte, zoals kanker. De prioriteit ligt dan bij de behandeling, re-integratie is nog niet aan de orde. In de vierde categorie is er kans op herstel, maar niet op terugkeer naar het oorspronkelijke werk. Dan moet geëvalueerd worden of terugkeer in ander werk en/of herscholing mogelijk is.

De essentie van de nieuwe wet is dat alle partijen, dus patiënt, huisarts, specialist, arbeidsgeneesheer, verzekeringsarts, en paramedici een rol krijgen in de re-integratie, en dat die vroeg kan starten.

Maar het is niet zonder problemen. Er zijn elk jaar ongeveer 100.000 mensen die drie maanden of langer arbeidsongeschikt zijn. De verzekeringsartsen en de paramedici van de mutualiteiten zullen die dossiers binnen drie maanden moeten verwerken, en de vraag is of dat lukt. Ten tweede kan de werkgever het re-integratieplan weigeren, hij kan zeggen: "Iedereen werkt hier 150%, dat kan gewoon niet anders." Verder is de revalidatie niet verplicht. Daar is veel discussie over geweest, ook in de media. Vakbonden hebben hun leden gewaarschuwd voor dwang. Uiteindelijk heeft de regering besloten om de re-integratie niet verplicht te stellen, maar in de publieke opinie is het toch niet zo vrijblijvend.

Het project is gebaseerd op het Sherbrooke-model.

Wat vindt u zo sterk aan die benadering?

Er is een sterke wetenschappelijke basis voor vroege interventie. Al in 1986 was er het Spitzer-report van een groep wereldbekende wetenschappers, zoals Nachemson vanuit Zweden, waarin duidelijk werd gemaakt dat gedurende arbeidsverzuim regelmatige evaluatie en actieve benadering noodzakelijk is.

Kunt u iets vertellen over het *Work Disability Prevention Strategic Training Program* in Canada?

Toen het Sherbrooke-model effectief bleek voor rugaandoeningen, was de gedachte dat het kon dienen als een generiek model, dus ook voor andere aandoeningen.

Om die visie te verspreiden is *Work Disability Prevention* bedacht. Dat was een driejarig postdoc-trainingsprogramma met een summer school en e-learning, waarin mensen uit allerlei disciplines van over de hele wereld bij elkaar kwamen. Er waren medici, psychologen, sociologen en juristen, uit zo'n vijftien landen, er was een buitengewoon stimulerende atmosfeer. Cursus en reis en verblijf voor deelnemers werd gefinancierd door de Canadese *Research Funding*. Een aantal deelnemers heeft zich in Canada gevestigd, dat was ook één van de doelen.

De financiering is nu gestopt, maar uit het programma is een internationaal netwerk ontstaan, en dat is er nog. Het produceert veel publicaties in top-journals, en het vormt ook de basis voor de *Scientific Committee on Work Disability* van ICOH (International Commission on Occupational Health. Info op: <http://www.icohweb.org/site/homepage.asp>).

U bent onlangs met emeritaat gegaan als professor aan de Universiteit van Luik. Wat mogen wij verwachten van uw opvolger?

Zij heet Dorina Rusu, ze komt uit Roemenië. Ze was daar arts. Ze kwam naar België om affectieve redenen. In die tijd was Roemenië nog geen EU-lid, dus haar artsendiploma werd niet erkend. Daarom heeft ze hier eerst doctoraal Biomedische Wetenschappen behaald. In 2007 trad Roemenië toe tot de EU, werd haar artsendiploma wél erkend, en kon ze haar specialisatie gaan doen. Dat werd Arbeidsgeneeskunde, ze was één van mijn leerlingen. Ze is nu aangesteld als universitair docent. Haar specialisme is toxicologie, en ik introduceer haar in *return to work* projecten.

Vanaf 2017 geldt in België nieuwe wetgeving waarbij alle medische en paramedische partijen een actieve rol krijgen in de re-integratie

We vinden uw naam bij veel overheidsprojecten. Is het aantrekkelijk voor een hoogleraar om voor de overheid beleidsvoorbereidend werk te doen?

Voor mij wel, maar de maatschappelijke taak van academici is sterk afgekalfd. De nadruk ligt op publiceren en een hoge H-factor. Zelf heb ik mogen bijdragen aan wetenschappelijke onderbouwing van overheidsbeleid, maar de meeste van mijn jongere collega's vinden dat tijdverspilling. Universiteiten hebben drie pijlers: onderwijs, onderzoek, en maatschappelijke dienstverlening. Maar

voor je wetenschappelijke carrière is het beter om aan dat laatste zo min mogelijk te doen. Dat vind ik wel een zorgelijke ontwikkeling.

Is er een overheidsproject waar u over wilt vertellen?

Ongeveer drie jaar hebben we onderzoek gedaan om de samenwerking tussen huisarts, arbeidsgeneesheer en verzekeringsarts te verbeteren. We hebben eerst drie homogene focusgroepen georganiseerd, dus een groep huisartsen, een groep arbeidsgeneesheren en een groep verzekeringsartsen. Zij moesten, met een casus in het achterhoofd, voorstellen aanleveren voor beter overleg, voor casussen die beter zouden zijn verlopen als de communicatie tussen de drie disciplines beter was geweest. Over bepaalde punten waren alle groepen het volledig eens, over andere punten juist niet. Bijvoorbeeld: in België kan de verzekeringsarts een arbeidsongeschiktheid, geattesteerd door een huisarts, zonder overleg ongegrond verklaren. De huisartsen vonden dat een groot probleem, terwijl het bij de verzekeringsartsen nauwelijks ter sprake kwam. Dergelijke knelpunten hebben we eerst geïnventariseerd. In de tweede fase van de studie hebben we de drie wetenschappelijke verenigingen betrokken bij praktische aanbevelingen om die knelpunten op te lossen. Er is niet op alle punten consensus bereikt, maar alle deelnemers waren toch zeer tevreden over de aanbevelingen.

Wat zijn die aanbevelingen?

Alle partijen wilden een gemakkelijk elektronisch communicatiesysteem voor alle partijen. Voor de huisarts en de verzekeringsarts waren de contactgegevens van de arbeidsgeneesheer vaak moeilijk te vinden. De patiënt weet soms de naam van de bedrijfsarts of zelfs de arbodienst niet. Dat systeem is beloofd, samen met de nieuwe re-integratiewet. Een ander voorstel was een internetsite met informatie over arbeidsgeneeskunde voor huisartsen en verzekeringsartsen. Sinds vorige week is die site online.³

In Nederland hoor je vaak dat de huisarts helemaal niet denkt aan werk.

In België is dat ook zo, maar ik kan niet begrijpen waarom dat zo is. Enkele jaren geleden hadden we een student die een proefschrift schreef over de beroepsanamnese. Hij onderzocht patiëntendossiers van huisartsen. Slechts heel zelden was het beroep van de patiënt daarin terug te vinden. Dus er is nog een lange weg te gaan.

U bent met emeritaat als professor, maar u gaat werken bij een arbodienst.

Ja. Bij SPMT-Arista, wat in België officieel een Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk (EDPBW) heet. Ik word voorzitter van hun wetenschappelijke commissie. Voor mij is het een gelegenheid om mijn visie op de arbeidsgeneeskunde en op de noden van

de hedendaagse bedrijven in de praktijk te brengen. De uitdaging is datgene wat er wetenschappelijk bewezen is te vertalen naar de praktijk. Als hoogleraar had ik wel invloed onder studenten en op het curriculum, maar die reikte niet zo concreet tot de praktijk als nu bij SPMT-Arista. Ik moet nu ook rekening houden met logistieke, financiële en reglementaire beperkingen. Dat is een mooie uitdaging.

Wat zijn de belangrijkste uitdagingen voor een EDPBW of Belgische arbodienst?

De meerwaarde van EDPBW's voor bedrijven moet duidelijk blijken, los van regelgeving. Bedrijven moeten ervoor betalen, maar zien soms de meerwaarde er niet van in. Verder de implementatie van het nieuwe re-integratiebeleid. Ook in België is de pensioengerechtigde leeftijd opgetrokken naar 66 in 2025 en 67 in 2030. De mogelijkheden voor vroegpensioen worden elk jaar minder. Er zijn twee oplossingen: ziek worden en worden afgekeurd, of op het werk blijven onder betere omstandigheden. Dat is een grote uitdaging voor de EDPBW's. De cultuur bij bedrijven zal ook moeten veranderen. Bij grote bedrijven, zoals banken, is vroegpensioen met 58 of 60 jaar zowat traditie.

In Nederland is re-integratie van iemand van boven de 50 praktisch gezien kansloos, terwijl de pensioengerechtigde leeftijd steeds hoger wordt. Wat moet er volgens u gebeuren aan de kant van de werkgevers om oudere werknemers aan het werk te houden?

In de cao's in België is vastgelegd dat werkgevers een inspanningsverplichting hebben om werk voor ouderen te faciliteren, maar in de praktijk komt daar weinig van terecht. Dat is een maatschappelijke uitdaging. Voor het eerst in de Belgische geschiedenis zijn in 2016 de kosten voor arbeidsongeschiktheid hoger dan de kosten van werkloosheid. Voor politici is dat een nieuwe situatie. Het is te hopen dat werkgevers door die hogere indirecte kosten hun visie zullen veranderen. En de regering mag ook wel wat strenger worden voor de werkgevers. Dat kan helpen.

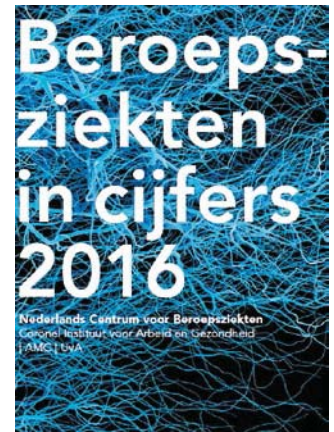
Referenties

1. EORTC-QLQ-C30 European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire. <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>.
2. Lambeek LC, Mechelen van W, Knol DL, et al. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ* 2010; 340: 1-7.
3. <http://www.beswic.be/nl/themas/informatie-voor-de-behandelende-artsen>.

Beroepsziekten in cijfers 2016

Cees Everaert

Beroepsziekten in cijfers 2016. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. ISBN 9789491043130. Oktober 2016. Het is te downloaden via www.beroepsziekten.nl, de website van het NCvB.



Jaarlijks worden in Nederland tussen de 6.500 en 8.500 beroepsziekten gemeld en als beroepsziekte geaccepteerd. Beroepsziekten in cijfers 2016 behandelt de registratie over 2015. Van de bijna 1.800 geregistreerde bedrijfsartsen in Nederland meldden er ruim 900. Van de 8.073 geaccepteerde meldingen was een kleine helft afkomstig uit de sector bouw en daarvan werd ongeveer 90% tijdens PMO vastgesteld. De meldingen uit andere bedrijfstakken zijn voor driekwart afkomstig uit verzuimbegeleiding en voor een kwart uit preventietaken.

Het aandeel van psychische aandoeningen, van gehoor-aandoeningen en van aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat is telkens ongeveer 30%. De overige orgaansystemen zijn samen goed voor 10% van de meldingen.

Op basis van extrapolatie van de meldingen van 153 bedrijfsartsen in het Peilstation Intensief Melden (PIM, 191 per 100.000 werknemers) wordt berekend dat het aantal nieuwe beroepsziekten in Nederland tussen de 12.000 en 14.000 per jaar ligt. Bij deze cijfers kunnen kanttekeningen worden geplaatst. Voor de sector bouw worden jaarlijks gemiddeld 13 nieuwe beroepsziekten bij 100 PMO's vastgesteld. Te verwachten valt dat in geval van introductie van branchegewijze PMO's in andere sectoren, de aantallen gemelde beroepsziekten in Nederland fors stijgen.

Het rapport Beroepsziekten in cijfers 2016 biedt een kijkje over de grens. Binnen de EU hanteren lidstaten hun eigen systeem van beroepsziekten. Slechts in enkele lidstaten worden psychische aandoeningen als beroepsziekten geaccepteerd. In België worden peesaandoeningen pas sinds een paar jaar geaccepteerd als beroepsziekte. In Duitsland en in België ligt het aantal meldingen van beroepsziekten of het aantal aanvragen voor compensatie van arbeidsongeschiktheid vanwege beroepsziekten een factor 2 tot 3 hoger dan het aantal beroepsziekten in Nederland.

In de hoofdstukken over beroepsgebonden aandoeningen van orgaansystemen worden recente inzichten uit de literatuur beschreven.

Het hoofdstuk over beroepsgebonden psychische aandoeningen besteedt aandacht aan het proefschrift van Ketelaar over een PMO voor verpleegkundigen en paramedici waarbij de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een preventief consult bij de bedrijfsarts wordt vergeleken met online zelfhulp via het internet. Een aantal uitkomsten van het proefschrift van Ruijtenburg over de ontwikkeling van en de behoefte aan een beroepspecifiek PMO voor ziekenhuisartsen wordt besproken.

In het hoofdstuk over beroepsgebonden psychische aandoeningen is aandacht voor karoshi, dood door overwerk. Karoshi wordt gedefinieerd als plotseling overlijden waarbij er 160 uur of meer per maand wordt overgewerkt. In Japan kan de familie een financiële compensatie van de overheid ontvangen als er voorafgaand aan het overlijden 7 dagen achtereenvolgens tenminste 16 uur per dag is gewerkt. De doodsoorzaak is in 10% een hartinfarct en in 60% een hersenbloeding. Kivimaki et al. vonden in een review een dosis-responsrelatie tussen werkuren en het risico op een CVA. In geval van werkweken van 55 uur en meer is het relatieve risico van een CVA 1,33 ten opzichte van de kans op een CVA bij 40-urige werkweken.

In het hoofdstuk over beroepsgebonden huidaandoeningen wordt een praktijkvoorbeeld gepresenteerd van de nikkelspottest op de werkplek van een werkneemster van een bedrijf dat elektronica produceert en van een geval van aerogene blootstelling aan allergenen na een verbouwing. Een onderzoek van Timmerman et al. naar de prevalentie van handeczeem in de bouw en de relatie met mutaties van het filaggrine-gen komt aan bod.

Voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts die de kennis over beroepsziekten willen bijspijkeren, biedt Beroepsziekten in cijfers 2016 een nuttige update van cijfermatige tendensen en recente literatuur.

Waarschuwing: geen medische klachten rapporteren aan niet-medici

Bas Sorgdrager (Eindredactie)

Twee tuchtzaken tegen artsen bij het UWV doen enig stof opwaaien; één zaak tegen een basisarts en de ander tegen haar supervisor, geregistreerd verzekeerarts. Er staat in de tuchtzaken een min of meer gebruikelijke werkwijze binnen het UWV ter discussie. Het gaat om de inhoud van het 'niet-medische rapport' op basis waarvan de arbeidsdeskundige nader onderzoek kan doen naar gangbare functies om de mate van arbeidsongeschiktheid te kunnen vaststellen. De kwestie is hoe de verzekeerarts aan de arbeidsdeskundige duidelijk kan maken met welke beperkingen van de functionele mogelijkheden rekening gehouden moet worden. Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt een verzekeerarts om geen medische klachten te rapporteren aan de arbeidsdeskundige. De twee tuchtzaken (Regionaal Tuchtcollege Den Haag, 2015-194 en 2015-202) bevatten een aantal andere kwesties zoals de regeling van supervisie van de basisarts en welke maatregel van toepassing is bij de gegronde klacht.

Medisch beroepsgeheim

Verzekeerartsen hebben zich, evenals andere artsen, te houden aan de geheimhoudingsplicht, zoals geregeld in onder meer het Burgerlijk Wetboek en de Wet BIG. Meer specifiek bepaalt artikel 74 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (de wet SUWI) dat het verboden is om informatie verder bekend te maken dan voor de uitvoering van de wet noodzakelijk is, dan wel op grond van die wet is voorgeschreven of toegestaan. Soortgelijke bepalingen staan in de Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (KNMG juni 2010), welke verwijzen naar de Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie (KNMG 2006).

De feiten

Klager heeft het spreekuur van verweerster, basisarts bij UWV, bezocht in het kader van Eerstejaars Ziektewet-beoordeling. De vragen van UWV die de arts (de verweerster) moest beantwoorden waren:

- is betrokkene thans geschikt te achten voor zijn arbeid als bedoeld in artikel 19 Ziektewet?
- is er sprake van een vermindering van benutbare mogelijkheden ten aanzien van het kunnen verrichten

van arbeid, als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek? Zo ja, wat zijn de benutbare mogelijkheden?

Verweerster heeft een medisch en een niet-medisch rapport opgemaakt. In het niet-medisch rapport van 7 juli 2015 staat onder het kopje 'Beschouwing van belastbaarheid en prognose' onder meer dat klager zich arbeidsongeschikt had gemeld met hartklachten, dat hij een ingreep onderging en daarna een revalidatietraject volgde.

De klacht

De klacht luidt onder meer dat verweerster medische gegevens heeft vermeld in het niet-medische rapport.

Overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege

Over de vermelding in het niet-medische rapport van de passage met de term 'hartklachten' toetst het College het handelen aan de geheimhoudingsplicht (zie box) zoals die geldt voor de verzekeringsgeneeskunde. Beoordeeld moet dus worden of de vermelding zoals deze is gedaan noodzakelijk was. Het niet-medisch rapport is bedoeld voor overdracht van gegevens aan niet-medici, belast met de uitvoering van in dit geval de Ziektewet. Daarnaast heeft het als functie om de aard en de ernst van de beperkingen te onderbouwen. In de eerste plaats was het rapport bestemd voor de arbeidskundige voor zijn beoordeling van de benutbare mogelijkheden van klager. Daarvoor was in dit geval de medische aanduiding van de klachten van klager niet noodzakelijk. Verweerster heeft tijdens de zitting verteld dat zij door de gekozen tekst geprobeerd heeft de ernst van de klachten van klager te benadrukken, maar naar het oordeel van het College had dat ook anders gekund en was de vermelding zoals gedaan dus niet noodzakelijk. Dit klachtonderdeel is dan ook gegrond. Het College gaat in de zaak tegen de superviserend verzekeerarts voorbij aan het betoog van verweerster dat de bewuste passage met 'informed consent' van klager in de niet-medische rapportage is opgenomen. De basisarts had, zo blijkt uit een passage in die rapportage, haar bevindingen en conclusie met klager besproken. Het gegeven dat deze zich daarin kon vinden, brengt echter niet zonder

meer mee dat klager er mee instemde dat de aard van zijn aandoening en de behandeling ervan daarin werd opgenomen. De klacht is derhalve gegrond.

Beslissing Regionaal Tuchtcollege

Het College acht in het geval van de basisarts de gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel afdoende. De basisarts heeft als verweer uiteengezet dat haar werkwijze in de toetsingsgroep van collega's met wie zij samenwerkt al jaren gebruikelijk is, maar dat deze groep naar aanleiding van de onderhavige klacht heeft afgesproken om voortaan medische aanduidingen zo enigszins mogelijk te vermijden en dat men sindsdien ook zo werkt. In deze omstandigheden voegt een tuchtrechtelijke maatregel niets toe.

Voor de verweerder als supervisor ligt dat anders. De supervisie van de basisarts was binnen het UWV goed geregeld. Het College acht dan van belang dat verweerder als supervisor van een niet als verzekeringsarts geregistreerde collega de eindverantwoordelijkheid met betrekking tot de door deze collega opgestelde rapportage had. Het College neemt vervolgens in aanmerking dat verweerder er tijdens de zitting geen blijk van heeft gegeven het onjuiste van het door het College bekritiseerde handelen in te zien. Weliswaar heeft verweerder erkend dat de werkwijze van de toetsingsgroep waarvan hij deel uitmaakt sinds de indiening van de onderhavige klacht is aangepast, echter uitsluitend in afwachting van de uitkomst van de onderhavige procedure. Nu niet gebleken is dat aan verweerder eerder een tuchtrechtelijke maatregel is opgelegd, kan naar het oordeel van het College worden volstaan met een waarschuwing voor de superviserend verzekeringsarts.

Betekenis voor de praktijk

Arbeidsdeskundigen moeten hun werk doen op basis van een opsomming van mogelijkheden en beperkingen. Voor een adequate inschatting van de belastbaarheid voor arbeid is het schetsen van een context en het afleggen van verantwoording vaak noodzakelijk. Is dat te doen

zonder medische termen te gebruiken? Krijgen arbeidsdeskundigen zonder nadere informatie meer interpretatieruimte dan wenselijk? De motivering van het verzekeringsgeneeskundig oordeel vindt volledig plaats in het medisch onderzoeksrapport en blijft dus gesloten voor de buitenwereld, maar is toetsbaar voor collega-artsen. Het zou goed mogelijk moeten zijn om de beperkingen zo te omschrijven dat aan niet-medici de aard van de ziekte van klager niet bekend zou worden.

Een belangrijke afweging is het gegeven dat niet-medici zoals arbeidsdeskundigen, medische klachten en medische behandelingen niet op inhoud kunnen interpreteren. Een medisch klacht kan een onnodige extra lading aan de kwestie toevoegen. Stel de verzekeringsarts geeft een beperking 'traplopen'. De medische oorzaak kan verschillend zijn, bijvoorbeeld een slechte longfunctie, hartfalen of door slijtage van de knie. Zou inzicht van deze medische oorzaken en specificatie van gevolgde behandeling voor de arbeidsdeskundige noodzakelijk zijn? Beter is te formuleren in termen van of beperking piekbelasting of beperking kracht zetten.

Cliënten hechten er waarde aan dat arbeidsdeskundigen op de hoogte zijn van hun situatie wanneer ze in gesprek met hen zijn. Er zijn cliënten die er niet van houden als in officiële rapporten voor niet-medici medische oorzaken staan. Hoe zit het met de warme overdracht tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige waarbij de cliënt zelf is betrokken? Het zou de zorgvuldigheid van het traject dienen.

Verzekeringsartsen hebben de plicht hun rapporten voor de 'buitenwereld' te de-medicaliseren. Een uitdaging voor de beroepsgroep om in intercollegiale toetsing en nascholing verder op te pakken.

Kijk voor de volledige tekst van deze uitspraak op www.tuchtrecht.nl > Gezondheidszorg en zoek met zaaknummers van het Regionaal Tuchtcollege Den Haag, 2015-194 en 2015-202. Wilt u reageren? Stuur een mail naar TBVredactie@bsl.nl.

Twee richtlijnen voor registratie: Q-koorts en Lymeziekte

Jaap Maas, Bas Sorgdrager

Jaap Maas en Bas Sorgdrager zijn beiden bedrijfsarts en werkzaam bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten

Q-koorts en Lymeziekte zijn vaak onderwerp van gesprek in de media en vragen over deze infectieziekten zullen zich regelmatig voordoen in de spreekkamer van bedrijfs- en verzekeringsarts. Het NCvB heeft twee registratierichtlijnen gepubliceerd voor het melden van deze aandoeningen als beroepsziekte. In dit artikel beschrijven we de epidemiologie van beide aandoeningen en recent geformuleerde maatregelen. Voor verdere verdieping en afwegingen voor melding verwijzen we naar www.beroepsziekten.nl/registratierichtlijnen.

Q-koorts

Q-koorts is een zoönose en wordt veroorzaakt door *Coxiella (C.) burnetii*. In Nederland zijn vooral besmette melkgeiten en melkschapen de bron voor mensen. De bacterie is een intracellulair groeiend micro-organisme en is resistent tegen allerlei omstandigheden, zoals droogte en hitte. De *C. burnetii* is wijdverbreid in het milieu (kan hierin langdurig overleven) en is in een groot aantal dieren aangetoond. Vooral vruchtwater en de placenta van besmette dieren bevatten grote hoeveelheden bacteriën. De bacterie kan ook in melk, mest en urine zitten, maar niet in het vlees van de geit of het schaap.

Epidemiologie

De *C. burnetii* kan zich kilometers door de lucht verplaatsen. De transmissie gaat via de aerogene weg. De besmetting verloopt door inademing van met de *C. burnetii* gecontamineerde stofdeeltjes en andere (stof) partikels. Het micro-organisme vermenigvuldigt zich in de longen en vervolgens vindt via het bloed verspreiding door het lichaam plaats. De daarop volgende systemische symptomen en klinische manifestaties zijn afhankelijk van de geïnhalerde dosis en waarschijnlijk ook van de karakteristieken van de infecterende stam. De incubatietijd varieert van 2 tot 48 dagen, met een gemiddelde van 14 tot 24 dagen.

Bij ongeveer 60% van de patiënten met een acute Q-koortsinfectie is er sprake van een asymptomatisch beloop. De overige 40% krijgt verschijnselen die variëren van een milde griepachtige ziekte tot een ziekte met een ernstig beloop (2-5%). Chronische Q-koorts ontwikkelt zich bij 1-5% van de patiënten na een acute Q-koortsinfectie. Dit kan aansluitend zijn, maar ook jaren later en ook

wanneer de primaire infectie asymptomatisch is verlopen. Bij 60-70% van de patiënten met chronische Q-koorts wordt een endocarditis gevonden en kan een hartklep-aantasting de fysieke belastbaarheid verminderen; 9% van de chronische patiënten heeft een vasculaire infectie. Ook kan sprake zijn van chronische vermoeidheid en kan de belastbaarheid voor toxische stoffen verminderd zijn.

Tot 2007 kwam Q-koorts sporadisch voor in Nederland, met ongeveer 1-32 (gemiddeld 17) per jaar gerapporteerde humane acute Q-koortsinfecties. In de periode 2009-2010 was de incidentie fors verhoogd met 2.357 humane ziektegevallen van Q-koorts in 2009. Er zijn massaal drachtige geiten en schapen geruimd, omdat er een uitbraak was en sindsdien worden alle dieren gevaccineerd. De landelijke incidentie van acute Q-koorts is door deze maatregelen dan ook gedaald naar het niveau van vóór 2009.

Blootstelling in relatie tot werk

Werknemers die in het verleden werden blootgesteld aan de Q-koortsbacterie, lopen een verhoogd risico chronische Q-koorts te ontwikkelen. Hierbij kan worden gedacht aan sectoren waarin er gewerkt werd met dieren, vee of dierlijke materialen, zoals geiten- en schapenhouders, schapenscheerders, loonwerkers, dierenartsen, werknemers van slachthuizen, dierenverzorgers, medewerkers van kinder-/zorgboerderijen en van dierentuinen, laboratoriummedewerkers die gericht werkten met geïnfecteerde dieren of weefselkweken en personen die bij ruiming van besmette bedrijven betrokken zijn geweest. Toekomstige professionals, zoals veterinaire studenten en reizigers vormden eveneens een potentiële risicogroep. Ook chirurgen die abscessen van Q-koortspatiënten draineerden konden besmet raken, evenals gezondheidswerkers die in contact kwamen met besmette lichaamsvloeistoffen van Q-koortspatiënten. Ten slotte zijn er de werknemers die in contact kwamen met potentieel besmette materialen, zoals stof, grond, rioolwater, hooi, mest, stro, dierenhuiden, wol, bont en ongepasteuriseerde melkproducten.

Om de beroepsziekte, chronische Q-koorts, te kunnen vaststellen moet de bedrijfsarts dan ook de historische blootstelling in kaart brengen aan de hand van een gedetailleerde arbeidsanamnese en het beloop van de klachten.

Maatregelen

De biologisch arbeidshygiënische strategie is het uitgangspunt voor risicobeheersing, namelijk bronaanpak, technische en organisatorische maatregelen en persoonlijke beschermingsmaatregelen en -middelen.¹ Door het huidige vaccinatiebeleid van dieren is de kans op acute Q-koorts zeer klein. Er zijn echter nog steeds situaties waarbij er een kans is op een acute Q-koortsinfectie, namelijk:

- blootstelling aan ongevaccineerde geiten en schapen en in het bijzonder aan abortusmaterialen. Hiervan kan sprake zijn bij bedrijven/boerderijen met minder dan vijftig dieren (overheidsbeleid: bedrijven <50 dieren zijn vrijgesteld van veterinaire vaccinatie, hoewel de dierenhouders uiteraard zelf tot vaccinatie van hun vee over kunnen gaan);
- gezondheidswerkers die tijdens verzorging/behandeling blootgesteld worden aan materialen van chronische Q-koortspatiënten;
- gerichte blootstelling aan de Q-koortsbacterie, bijvoorbeeld in een laboratorium.

Persoonlijke maatregelen zijn gericht op kwetsbare groepen.

Zwangeren:

Acute Q-koorts kan complicaties geven in de zwangerschap. De kans op een vroeggeboorte, abortus, miskraam, intra-uteriene groeivertraging of vruchtdood is hoger dan bij een normale zwangerschap.

Mensen met vaatprothesen en hart- en vaatproblemen:

Uit de literatuur blijkt dat mensen met hart- en vaatproblemen, en in het bijzonder vaatprothesen (bijvoorbeeld aorta broekprothesen), een verhoogde kans hebben op het krijgen van chronische Q-koorts. Momenteel worden in Nederland geen personen meer gevaccineerd, met name omdat de incidentie van acute Q-koorts weer is gedaald tot het niveau van vóór 2009 en de nadelen van vaccineren niet opwegen tegen de gezondheidswinst.

Lymeziekte

Lymeziekte is de meest voorkomende door teken overdraagbare ziekte in grote delen van Noord-Amerika, Europa en Azië. Lymeziekte is een infectieziekte, veroorzaakt door de spirocheet *Borrelia burgdorferi sensu lato*, die op mensen kan worden overgedragen door een beet van een besmette schapenteek (*Ixodes ricinus*). Lymeziekte kan een groot pallet aan klachten veroorzaken. Dit is afhankelijk van het stadium (vroeg, laat of chronisch) en verspreiding door het lichaam (lokaal of gedissemineerd). Er kan een groot aantal orgaansystemen worden aangedaan, variërend van alleen de huid tot een systemische reactie (gewrichten, zenuwstelsel, hartvaten).

Epidemiologie

Er is sprake van een tekenbeet wanneer een teek zich heeft vastgebeten in de huid. De inschatting is dat ruim een miljoen mensen per jaar een tekenbeet oplopen, waarvan ca. 25.000 mensen een erythema migrans (EM) ontwikkelt (2 á 3%). Een EM is een vaak cirkelvormige huidafwijking. Daarnaast heeft 5-10% van de Nederlanders antistoffen in zijn bloed tegen de *Borrelia*. De incidentie van huisartsconsulten voor een tekenbeet in Nederland bedroeg in 2009 564 patiënten per 100.000 inwoners. Omdat maar een klein gedeelte van de mensen een huisarts raadpleegt na een tekenbeet is de werkelijke incidentie waarschijnlijk veel hoger. Dit is in lijn met het feit dat maar 36-63% van de lymepatiënten zich een tekenbeet herinneren. Uit een ander onderzoek blijkt dat er ongeveer 15 keer zoveel tekenbeten voorkomen in de algemene populatie dan door huisartsen worden gezien. Ongeveer 75% van de besmettingen verloopt asymptomatisch (CBO richtlijn Lymeziekte, 2013). Het aantal gevallen van lymeziekte neemt sinds aanvang van de metingen in 1994 gestaag toe. Oorzaken hiervoor kunnen zijn: verhoogd bewustzijn onder het publiek; een toename in het aantal teken; door klimaatverandering verlengd tekenseizoen; een toename van het natuuroppervlakte met belangrijke gastheren voor teken.

Ten aanzien van de werkende populatie wordt uitgegaan van een tekenbeten incidentie van 40,6 per 100.000 (2010) met, onder 'groenwerkers' seroprevalenties (het voorkomen van antistoffen in het bloed tegen de *Borrelia*) van 25-30%. De incidentie van bedrijfsartsconsulten voor arbeidsgerelateerde tekenbeten werd ingeschat op 5,2 per 100.000 werkenden.

Blootstelling in relatie tot werk

Risicogroepen worden gevormd door die personen die in een groene omgeving werkzaamheden hebben verricht, of in contact zijn geweest met dieren, plantaardige materialen of kleding die recent in een dergelijke omgeving zijn geweest. Blootstelling aan tekenbeten geschiedt in een zeer breed scala aan beroepsgroepen, maar voornamelijk bij beroepen in de bos- en natuursector.

Maatregelen

Preventieve maatregelen en risicobeheersing worden volgens de biologisch arbeidshygiënische strategie besproken aan de hand van bronbestrijding, technische en organisatorische maatregelen en persoonlijke beschermingsmaatregelen en -middelen. Het primaire doel van onderstaande maatregelen is het voorkomen van transmissie.

Bronbestrijding

Op dit moment is het in Nederland niet mogelijk om op een effectieve wijze teken in hun leefomgeving te bestrijden.

Technische en organisatorische maatregelen kunnen bestaan uit:

- Een aangepaste werkplanning buiten het tekenseizoen.
- Het beperken van het aantal blootgestelde werknemers.
- Het beperken van de blootstellingsduur.
- Afscherming van risicogebieden.
- Selecteren van een veilige plek voor recreëren, lunch en/of sanitair.
- Het opstellen van een (risico)communicatie- en verantwoordelijkheidsplan voor gebieden met een verhoogde tekenactiviteit. Geef werkenden die blootgesteld kunnen worden aan teken voorlichting over preventie van tekenbeten en Lymeziekte.
- Risico-inschatting: maak voorafgaand aan werkzaamheden een inschatting of in het gebied (actieve) teken voor kunnen komen en of de werkzaamheden blootstelling aan teken kunnen geven.
- Een veelbesproken methode is serologische screening, bijvoorbeeld in het kader van PMO of PAGO. In principe is hier geen indicatie voor.²
- In het kader van kwaliteitsbeleid draagt een registratiesysteem voor tekenbeten en- of Lymeziekte bij aan de keuze of preventieve maatregelen getroffen dienen te worden.

Persoonlijke beschermingsmaatregelen en -middelen

Aanbeveling 1:

Het controleren op teken(beten): Na mogelijke blootstelling aan teken, uiterlijk nog dezelfde avond, dient het lichaam op teken gecontroleerd te worden, ongeacht het type persoonlijke bescherming dat gebruikt werd. Hierbij dient rekening gehouden te worden met mogelijk achtergebleven teken in kleding. Vroegtijdig en correct verwijderen van (vastgebeten) teken verkleint de kans op overdracht van de *Borrelia*-bacterie.

Zorg bij mogelijke blootstelling aan teken ervoor dat een tekenverwijderaar (bijvoorbeeld een puntig pincet) beschikbaar is, personeel teken correct kan verwijderen, of

dat er personen voorhanden zijn die bekwaam zijn in het correct verwijderen van in de huid vastgebeten teken.

Aanbeveling 2:

Gezondheid in de gaten houden: Het kan na een tekenbeet enkele dagen tot enkele maanden duren voordat klachten zich bij Lymeziekte manifesteren. Bij iedere tekenbeet (ook binnen 24 uur) kan besmetting optreden. Adviseer werkenden na iedere tekenbeet dit te registreren en hun gezondheid gedurende drie maanden in de gaten te houden. Zie www.stigas.nl/diensten/tekenbeet. Indien er klachten ontstaan die kunnen wijzen op Lymeziekte is een laagdrempelige toegang tot de bedrijfsarts gewenst.

Aanbeveling 3:

Geïmpregneerde kleding: Het dragen van industrieel met permitrine geïmpregneerde broeken geeft ten minste 90% bescherming tegen tekenbeten bij werkenden. Verstrek industrieel met permitrine geïmpregneerde kleding aan werknemers die blootgesteld kunnen worden aan tekenbeten. Er is onvoldoende (werkgerelateerd) bewijs om aanbevelingen te doen ten aanzien van het gebruik van teekwerende middelen op de huid of op kleding om tekenbeten bij werkenden te voorkomen.

Aanbeveling 4:

Preventieve antibiotica: Bij tekenbeten ouder dan 24 uur, maar waar binnen 72 uur gestart kan worden met een preventieve behandeling met antibiotica kan dit worden overwogen.³ In dat geval dient de bedrijfsarts de voor- en nadelen met de werknemer te bespreken. Indien er tot een afwachtend beleid wordt besloten is het belangrijk goed op ziekteverschijnselen te letten die wijzen op vroege Lymeziekte, zodat er alsnog behandeld kan worden.

Bronnen

1. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2011/11/24/factsheet-maatregelen-q-koorts>.
2. www.beroepsziekten.nl, Registratierichtlijnen beroepsziekten door biologische agentia. Achtergronddocument C005, 2016.
3. [www.rivm.nl/documenten_en_publicaties/CBO-richtlijn Lymeziekte](http://www.rivm.nl/documenten_en_publicaties/CBO-richtlijn/Lymeziekte), 2013.



Kwaliteitsbureau

NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

(030) 2040620

nvab@nvab-online.nl

www.nvab-online.nl

Bedrijfsgeneeskundige dagen 2017

De BG-dagen 2017 vinden plaats op donderdag 8 en vrijdag 9 juni op de vertrouwde locatie hotel en congrescentrum Papendal te Arnhem. De Commissie NVAB Nascholing heeft het programma in januari vastgesteld en in februari krijgen alle leden een uitnodiging. Het thema van de BG-dagen is 'Het kompas naar de toekomst'. Sprekers zijn onder anderen de heer M.P. van Gastel (kwartiermaker in opdracht van SZW), Menno de Bree (docent medische ethiek en filosofie UMCG, verzorgt inspirerende lezingen en workshops voor professionals) en een aantal ambassadeurs van de campagne bedrijfsartsworden.nl.

Op beide dagen kunt u bovendien kiezen uit elf parallelsessies over klinische, juridische en bedrijfsgeneeskundige onderwerpen. Onderzoekers op het gebied van arbeid en gezondheid zullen een wetenschappelijke bijdrage leveren.

Op de website van de NVAB vindt u het programma met een toelichting.

Langer doorwerken

De NVAB maakt zich zorgen over het effect van de verhoging van de pensioenleeftijd op de gezondheid van werknemers. Langer doorwerken maakt de AOW betaalbaar, maar leidt nu en in de toekomst tot problemen bij grote groepen werknemers.

“Laagopgeleiden worden gedurende hun loopbaan zo zwaar belast dat het een keer ophoudt. Maatregelen om mensen voor te bereiden op langer doorwerken, zijn nu vooral nog gericht op hoger opgeleiden. Werkgevers doen te weinig om personeel te ontzien. Eigen verantwoordelijkheid is mooi, maar het gaat ook om werkbelasting. Oudere mensen kunnen minder hebben. Steeds meer bedrijven werken in ploegendiensten, de productie moet 24/7 doorgaan. De vraag is of iedereen dat aankan”, aldus bedrijfsarts en NVAB-bestuurder Ernst Jurgens op 3 januari jl. in het Algemeen Dagblad.

Gezien de toename van werkenden met een chronische aandoening geeft de NVAB de komende jaren hoge prioriteit aan het ondersteunen van werkbehoud en aan preventie van uitval om werkenden in staat stellen langer gezond door te werken. Goede bedrijfsgeneeskundige zorg is gericht op de gezondheid van werkenden in de context van arbeid. De NVAB definieert die gezondheid als het vermogen van de werkende zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. De NVAB richt die zorg op zowel werkenden als op arbeidsorganisaties.

Eén van de belangrijke instrumenten om werkgerelateerde aandoeningen te voorkomen, gezondheid te beschermen en duurzame inzetbaarheid bevorderen, is het preventief medisch onderzoek (PMO). Het is de taak van de bedrijfsarts hier initiatieven in te nemen en werknemers en werkgevers hierover te adviseren.

Wetsvoorstel wijziging Arboret

Op 5 december 2016 startte via overheid.nl de internetconsultatie over het wetsvoorstel tot wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet. De NVAB heeft als volgt gereageerd:

A. Second opinion bij een andere bedrijfsarts

De regeling zoals voorgesteld sluit grotendeels aan bij de uitgangspunten die het bestuur van de NVAB over de second opinion heeft vastgesteld, te weten:

1. Het belang van het recht op een second opinion wordt onderschreven door de NVAB.
2. Voor de praktische uitwerking van de second opinion adviseert de NVAB om aan te sluiten bij hetgeen in de curatieve sector gebruikelijk is. Dat betekent dat verwijzing voor de second opinion bij voorkeur via de bedrijfsarts verloopt die de werkende begeleidt. De bedrijfsarts draagt zorg voor een goede overdracht van de gegevens.
3. De second opinion kan alleen worden uitgevoerd door een bedrijfsarts, en dus niet door een arboarts, een arts in opleiding tot bedrijfsarts of een arbeidsdeskundige.
4. De second opinion kan alleen worden aangevraagd door de werkende, en niet door haar of zijn werkgever.
5. De second opinion heeft betrekking op de medisch inhoudelijke visie van de bedrijfsarts en komt niet in de plaats van het deskundigenoordeel van het UWV.
6. De bedrijfsarts die de second opinion uitvoert ontvangt alle relevante informatie en zal als uitgangspunt ook de werkende zelf onderzoeken, en indien aangewezen de werkplek bezoeken.

Wat betreft het uitvoeren van de second opinion doen we de volgende drie voorstellen:

- Oprichten van een 'pool' van bedrijfsartsen die second opinions uitvoeren.
- Opstellen van een heldere procedure.
- Nieuw advies ter beschikking stellen aan eerste bedrijfsarts.

Oprichten van een 'pool' van bedrijfsartsen die second opinion uitvoeren

De NVAB vindt het van belang dat een werknemer in beginsel zelf kan bepalen naar welke bedrijfsarts hij/zij gaat voor een second opinion. De bedrijfsarts die een second opinion uitvoert krijgt te maken met een aantal

specifieke procedurele en vakinhoudelijke zaken, waar rekening mee gehouden dient te worden. De NVAB stelt voor om een ‘pool’ van bedrijfsartsen op te richten, die expertise hebben (of kunnen opbouwen) in het uitvoeren van second opinions. Werknemers hebben keuzevrijheid binnen deze pool van bedrijfsartsen die ze kunnen benaderen voor een second opinion. Bij het samenstellen van de pool dient vanzelfsprekend sprake te zijn van landelijke dekking, en een gevarieerd aanbod van bedrijfsartsen (bijvoorbeeld ervaring in een bepaalde sector of bepaalde specifieke vakinhoudelijke kennis/ aandachtsgedebied). Er kan een lijst opgesteld worden van deze ‘pool’ van bedrijfsartsen, waar eventuele specifieke kennis en/of aandachtsgedebieden vermeld staan.

Een dergelijke pool maakt voor alle betrokkenen (o.a. werknemers, werkgevers, bedrijfsartsen) duidelijk welke bedrijfsartsen een second opinion uitvoeren en welke expertise zij hebben. Omdat de pool uit een beperkt aantal bedrijfsartsen bestaat kan het eenduidig uitvoeren van een second opinion worden geborgd. Met andere woorden: het instellen van deze pool van bedrijfsartsen bevordert kwaliteit en effectiviteit. De beroeps- en brancheverenigingen, waaronder NVAB en OVAL, zijn bereid om het voortouw te nemen bij het vormen van een pool van bedrijfsartsen.

Heldere procedure opstellen

De procedure bij een second opinion moet helder en duidelijk moet zijn voor alle betrokkenen (werknemer, werkgever, eerste bedrijfsarts, bedrijfsarts second opinion). Denk hierbij aan de te nemen stappen, aanvraagprocedure, maar ook financiering, welke diensten worden verleend, hoe vaak, opname in contract tussen werkgever en bedrijfsarts.

Nieuw advies ter beschikking stellen aan eerste bedrijfsarts

Zoals nu beschreven in het wetsvoorstel, bepaalt de werknemer of het advies dat volgt uit de second opinion ter beschikking wordt gesteld aan de eerste bedrijfsarts. Wij zijn van mening dat de eerste bedrijfsarts altijd het

advies van de second opinion moet ontvangen, maar in ieder geval als het een second opinion betreft over een handeling in opdracht. Uitgangspunt is immers dat de eerste bedrijfsarts de begeleiding voortzet. Transparantie is dan noodzakelijk om dat op een goede manier te kunnen doen. Is er verschil van inzicht dan moet dat bespreekbaar zijn tussen de eerste bedrijfsarts en werknemer. Indien het verschil onoverkomelijk is, kan de begeleiding altijd aan een andere bedrijfsarts worden overgedragen. In de procedure dient gewaarborgd te worden dat de overdracht van gegevens in overeenstemming met privacywet- en -regeling zal kunnen plaatsvinden. En er is een wettelijke regeling nodig zodat het blokkeringsrecht een overdracht van gegevens van tweede naar eerste bedrijfsarts niet in de weg staat.

B. Klachtenprocedure van een bedrijfsarts

Eén heldere klachtenprocedure toepassen in de bedrijfs-geneeskundige zorg

De NVAB pleit voor een eenvoudige, transparante wijze van klachtbehandeling in de bedrijfs-geneeskundige zorg. We vinden dat de regeling klachtfunctionaris-klachtenprocedure, beschreven in de Arbeidsomstandighedenwet en het Arbeidsomstandighedenbesluit voor *alle* handelingen van bedrijfsartsen van toepassing moet worden, óók voor handelingen die onder de de Wkkgz vallen (de handelingen niet-in-opdracht). Het gebruik van twee regelingen schept namelijk verwarring en maakt de praktische uitvoering onnodig ingewikkeld.

Marjolein Bastiaanssen, projectleider NVAB

Agenda

<i>5 april</i>	Voorjaarsledenvergadering
<i>8 en 9 juni</i>	BG-dagen 2017, 62ste Jaarcongres (2 dagen)
<i>2 november</i>	Najaarsledenvergadering



Secretariaatsbureau
NVVG
Domus Medica
Postbus 24095
3502 MB Utrecht

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

Herregistratie en intercollegiale toetsing

Er blijkt nog steeds enige onduidelijkheid te zijn over herregistratie en intercollegiale toetsing. Deze onduidelijkheid is een gevolg van de invoering van het Besluit herregistratie specialisten per 1 januari 2016. Inmiddels is op dat besluit een aanpassing doorgevoerd die inhoudt dat de oude regeling voor intercollegiale toetsing weer van kracht is; feitelijk van kracht gebleven is. Als voorheen kunt u de uren tot het bekende maximum inbrengen als uren deskundigheidsbevordering. De oude regeling blijft van kracht totdat deze vervangen wordt door een nieuwe regeling in kader van EIF (Evaluatie Individueel Functioneren).

Nieuwe vicevoorzitter

Tijdens de najaarsledenvergadering nam Deha Erdogan afscheid als bestuurslid. Met zijn vertrek kwam de functie van vicevoorzitter vacant. Kevin de Decker heeft zich bereid getoond het vicevoorzitterschap op zich te nemen. Kevin is ook actief in het ANIOS-netwerk en wij hopen dat zijn vicevoorzitterschap ook positief zal uitwerken voor het binden en boeien van jonge collega's. De vereniging vergrijsst zo mogelijk nog sneller dan de beroepsgroep zelf en dat dient uiteraard gekeerd te worden.

Richtlijn Depressie

Het zal u waarschijnlijk niet ontgaan zijn maar per 1 januari 2017 is de Richtlijn Depressie ingevoerd. Deze richtlijn vervangt het protocol Depressieve Stoornis. Anders dan destijds het protocol is de nieuwe richtlijn in gezamenlijkheid ontwikkeld door NVAB, GAV en NVVG. In de richtlijn worden voor de praktijk bruikbare aanbevelingen gedaan voor preventie, diagnostiek, interventies, prognose en evaluatie. Kennismaken en vervolgens toepassen van de richtlijn zal bijdragen aan de kwaliteit van het hande-

len van de bedrijfs- of verzekeringsarts. In het verlengde daarvan zullen ook klanten die leiden aan een depressie een positieve werking van de richtlijn kunnen ervaren.

Voorjaarsledenvergadering

Graag breng ik nu al de voorjaarsledenvergadering onder uw aandacht. Tijdens de vergadering wil het bestuur een voorstel presenteren voor vergoeding van commissie- en bestuursleden. Het bestuur acht het van belang om hierover tijdens de vergadering met zoveel mogelijk leden van gedachten te wisselen en tot besluitvorming te komen. Dat is de reden dat ik de vergadering extra onder uw aandacht breng. Overigens zal tijdens de vergadering ook de Talmapijs uitgereikt worden en zal de voorzitter of de directeur u bijpraten over de ontwikkeling van EIF. Voeg daarbij een interessante lezing en twee accreditatiepunten en dan is er toch eigenlijk geen excuus meer om niet te komen.

Nieuwe site NVVG

De site is er nog niet maar er wordt hard aan gewerkt. Begin dit jaar heeft het secretariaat, nadat daarvoor toestemming was verkregen tijdens de najaarsledenvergadering, een ledenraadpleging uitgezet. Het grote aantal reacties heeft bruikbare gegevens opgeleverd en deze zullen zeker gebruikt worden bij het bouwen van de site. Het bestuur wil u danken voor uw input.

Hans de Brouwer, secretaris NVVG

Agenda

6 april	Voorjaarsledenvergadering
10 oktober	Najaarsledenvergadering

Inzenden kopij

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

Rubriek Onderzoek

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

Rubrieken Opinie en Voor de Praktijk

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

Overige rubrieken

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

Tabellen, grafieken, figuren en foto's

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

Literatuurlijst

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

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

Algemeen

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



Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

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

Redactie

W.C. (Wim) Otto (UWV Amsterdam) (hoofdredacteur) / B. (Bas) Sorgdrager (NCvB, UMCG) (plv. hoofdredacteur) / K. (Karin) van Wordragen (BSL) (eindredacteur) / J. (José) Huijden (BSL) (redactiesecretaris) / J.H. (Jurjen) Breedijk (Diatriba Vinkeveen) / C.A.W.M. (Kees) Hertog (Maetis-Ardyn, Arnhem) / F.H.G. (Frans) Marcelissen (Digipsy Leende) / K. (Katrien) Mortelmans (KaMoCo Antwerpen) / S.P.A. (Saskia) Wolfensberger (UWV Amsterdam)

Vaste medewerkers

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

Adviesraad

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

Dagelijks bestuur SBBV

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

Redactiesecretariaat

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

Uitgever

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

Basisontwerp/vormgeving

Frederik Helfrich, Deventer

Advertenties

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

Abonnementen

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

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

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030 – 638 3736. Bij wijziging van de te naamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact. Leden van NVAB, NVVG en WVV gelieve adreswijzigingen, aanmeldingen en opzeggingen door te geven aan het secretariaat van deze vereniging.

Voorwaarden

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

www.bsl.nl

© 2017, Bohn Stafleu van Loghum



Bohn
Stafleu
van Loghum



ISSN 0929-600X



Collegereeks

MANAGEMENT IN DE ZORG

28 maart, 4, 11 en 18 april en 9, 16 en 23 mei 2017 | Nyenrode Business Universiteit

Dé zeven actuele management onderwerpen in de zorg voor u samengebracht in één collegereeks

De veranderingen in de zorg vragen veel van u als manager. Eén van de uitdagingen is om nog slimmer en slagvaardiger te opereren om zo de kwaliteit en continuïteit van de zorg binnen uw (zorg)instelling te kunnen waarborgen. Hoe gaat u hiermee om? En welke strategische keuzes moet u hierbij maken? Hoe speelt u in op de laatste trends en (online) ontwikkelingen in de gezondheidszorg? En wat is de rol van zorgverzekeraars anno 2017? De Collegereeks Management in de zorg geeft u inzicht in dé zeven belangrijkste zorgthema's!

Programma:

COLLEGE 2 4 april

Innovatie van zorg

Prof. dr. Guus Schrijvers

COLLEGE 4 18 april

De rol van de zorgverzekeraars

Bas van der Mierden

COLLEGE 6 16 mei

Financieel management in de zorg

Drs. ing. Sander Oude Luttikhuis

COLLEGE 1 28 maart

Strategie en organisatie

Dr. Jeroen van der Velden

COLLEGE 3 11 april

Kwaliteit en veiligheid

Wim Schellekens

COLLEGE 5 9 mei

Ketensamenwerking in de zorg

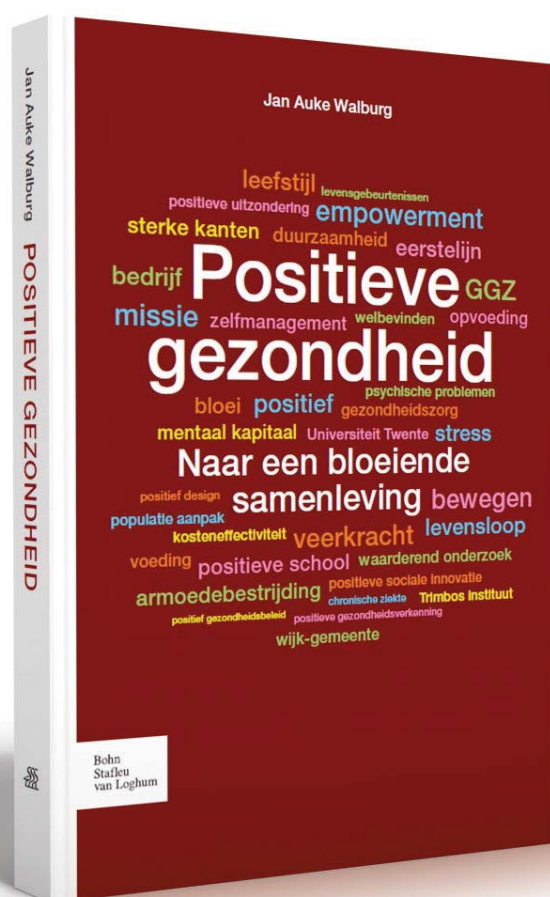
Prof. dr. Jack van der Veen

COLLEGE 7 23 mei

Verandermanagement in de zorg

Drs. Jo Vincken

1e druk



ISBN: 9789036810401

Jan Auke Walburg

€ 30,95

POSITIEVE GEZONDHEID

Naar een bloeiende samenleving

Onze kijk op gezondheid bepaalt hoe we de gezondheidszorg inrichten. Gezondheid, in de ogen van Walburg, is een dynamisch vermogen dat nodig is voor bloei en ontwikkeling en om verstoringen zoals ziekte te voorkomen. Dat vermogen kunnen we inzetten om te floreren, maar we kunnen het ook uitputten. Het behoud van gezondheid vergt net zo'n duurzame instelling als het behoud van de aarde. Iedereen is verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. En die is te belangrijk om over te laten aan de gezondheidszorg die volledig is ingericht op herstel bij ziekte.

Het boek Positieve gezondheid geeft aan hoe er in de gehele levensloop kansen zijn om gezondheid te bevorderen, hoe ongelijkheid op het gebied van gezondheid voorkomen kan worden en wat dat betekent voor het beleid op scholen, bedrijven en gemeentes. Positieve gezondheid is daarmee een boek voor iedereen die betrokken is bij de eigen gezondheid en bij de condities waaronder mensen gezond blijven en tot bloei komen.