
Beoordelen, behandelen, begeleiden

Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Postbus 90801
2509 LV Den Haag

Onderwerp : Aanbieding advies 'Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'
Uw kenmerk : SV/AL/05/614
Ons kenmerk : I-97/NdN/sl/797-E
Bijlagen : 1
Datum : 22 juli 2005

Mijnheer de minister,

Op 19 januari 2005 vroeg u de Gezondheidsraad mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om advies inzake wetenschappelijk onderbouwde hulpmiddelen bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Dankzij de bijzondere inspanning van staf en commissieleden kan ik u hierbij, binnen het gevraagde korte tijdsbestek, het advies '*Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*' aanbieden. Het advies is ter beantwoording van uw adviesaanvraag opgesteld door een door mij ingestelde commissie. Het is beoordeeld door de Beraadsgroep Geneeskunde.

De hoofdlijn van het advies werd op 13 juni 2005 tijdens een hoorzitting voorgelegd aan vertegenwoordigers van het wetenschappelijk veld, patiëntenorganisaties, uitvoerders van sociale zekerheid en arbozorg en curatieve en sociaal-geneeskundige artsorganisaties en werd positief ontvangen.

Het is de commissie gebleken dat de professionele beoordelingspraktijk zich positief ontwikkelt. Er zijn veelbelovende initiatieven genomen waarbij kan worden aangesloten. De commissie adviseert sterk in te zetten op het verder ontwikkelen van richtlijnen waarbinnen nadrukkelijk aandacht moet zijn voor de consequenties van ziekte voor het functioneren in arbeid en de daarbij relevante prognostiek. Nieuw te ontwikkelen richtlijnen moeten betere handvatten bieden voor het beoordelen, behandelen en begeleiden van patiënten bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Daarnaast adviseert de commissie 'mediprudentie' te ontwikkelen opdat individuele gevallen kunnen worden gespiegeld aan gewogen

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

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



Onderwerp : Aanbieding advies 'Beoordelen, behandelen, begeleiden.
Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsonge-
schiktheid'
Uw kenmerk : SV/AL/05/614
Ons kenmerk : I-97/NdN/sl/797-E
Bijlagen : 1
Datum : 22 juli 2005

voorbeeldcasuïstiek. De commissie benadrukt de noodzaak van verder onder-
zoek en de ontwikkeling van een gedegen kennisinfrastructuur ter voortgaande
wetenschappelijke onderbouwing van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling, zich
daarbij aansluitend bij recente advisering door de Raad voor Gezondheidsonder-
zoek.

Conform de opzet van de adviesaanvraag doet de commissie aanbevelingen voor
de korte en de langere termijn. De Gezondheidsraad is bereid om in goed overleg
met voor dit domein relevante actoren de uitvoering van de korte termijn aanbe-
velingen op zich te nemen. Indien nodig zou de Gezondheidsraad ook een rol
kunnen spelen in de beginfase van de uitvoering van de aanbevelingen voor de
langere termijn.

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

Hoogachtend,

Prof. dr JA Krottnerus

Beoordelen, behandelen, begeleiden

Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 2005/10, Den Haag, 22 juli 2005

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

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

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/10.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 90-5549-570-0

Inhoud

Samenvatting 11

1 Inleiding 15

1.1 Achtergrond 15

1.2 Adviesaanvraag 15

1.3 Commissie en werkwijze 16

1.4 Het advies 16

2 Arbeidsongeschiktheid in Nederland: een geschiedenis 19

2.1 Tot de jaren negentig: Nederland wordt welvarender en zieker 19

2.2 De jaren negentig tot nu: het aantal WAO-ers wordt teruggedrongen 21

2.3 Anno 2005: het accent ligt op arbeidsgeschiktheid 24

3 Principes van medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid 27

3.1 Functioneel herstel is even belangrijk als beheersing van ziekteprocessen 28

3.2 Het werk is vaak betrokken bij het ontstaan en het verloop van ziekte 29

3.3 De patiënt is de centrale actor in het herstelproces 29

3.4 De werkgever draagt een grote verantwoordelijkheid 30

3.5 Gezondheid en ziekte vragen om een biopsychosociale benadering 30

3.6 Er zijn predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren 31

3.7	Rust roest	32
3.8	Prognostiek is belangrijke leidraad	33
3.9	Bij arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is medische kennis vaak onvoldoende	34
4	Kwaliteitsverbetering: stand van zaken	37
4.1	Richtlijnen voor behandeling en begeleiding zijn volop in ontwikkeling	38
4.2	Kwaliteitsverbetering arbeidsgeschiktheidsbeoordeling is gericht op procedures	42
4.3	De aparte status van de verzekeringsgeneeskunde	42
5	Beoordeling, behandeling, begeleiding	45
5.1	Beoordeling, behandeling en begeleiding zijn met elkaar verweven	46
5.2	Overkoepelende richtlijnen zijn wenselijk	49
5.3	3B-richtlijnen moeten aan vele eisen voldoen	50
5.4	Gegevens over verzuimduur zijn voor 3B-richtlijnen van groot belang	53
5.5	3B-richtlijnontwikkeling vraagt om regie	54
5.6	‘Lerende professionals’ moeten zich 3B-richtlijnen eigen maken	55
6	Mediprudentie	57
6.1	Uitzonderlijke ziektegevallen bereiken de poort van de WIA	58
6.2	Voorwaarden voor goede claimbeoordeling	59
6.3	De opbouw van mediprudentie	60
7	Wetenschappelijk onderzoek	63
8	Aanbevelingen	65
	Literatuur	69
	Bijlagen	77
A	De adviesaanvraag	79
B	De commissie	83
C	Deelnemers hoorzitting	87
D	AGREE Instrument	89
E	Arbeid in richtlijnen	91
F	Gepubliceerde richtlijnen	95

Samenvatting

Het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid heeft verbetering. Ontwikkeling van richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding ('3B-richtlijnen') die door alle betrokken beroepsgroepen gedragen worden, kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren. De verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming kan bovendien ondersteund en verder ontwikkeld worden door de opbouw van 'mediprudentie'.

In het kort is dat de kern van dit advies, dat is opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad ter beantwoording van een adviesaanvraag van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, mede namens zijn collega van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Na een korte geschiedenis van het arbeidsongeschiktheidsprobleem in Nederland in hoofdstuk 2, geeft de commissie in hoofdstuk 3 een beknopt overzicht van de stand van de wetenschap inzake het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Onder andere door de ontwikkeling van *evidence based* richtlijnen wordt ernaar gestreefd de praktijk van het medisch handelen in overeenstemming te brengen en te houden met de stand van de wetenschappelijke kennis.

In hoofdstuk 4 laat de commissie zien wat er in Nederland op het gebied van de ontwikkeling van richtlijnen voor behandeling en begeleiding bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid gebeurt. Opvallend is dat in curatieve richtlijnen het functioneren op het werk geen rol van betekenis speelt. De beoordeling van

de arbeidsgeschiktheid komt noch in curatieve, noch in bedrijfsgeneeskundige richtlijnen aan de orde. De kwaliteitsbevorderende activiteiten die op dit vlak wél gaande zijn richten zich vooral op de interpretatie van de arbeidsongeschiktheidswetgeving en op de verbetering van verzekeringsgeneeskundige beoordelingsprocedures.

De commissie stelt vast dat er veelbelovende aanzetten zijn tot afstemming en samenwerking tussen de bedrijfsgeneeskunde en de curatieve disciplines. De verzekeringsgeneeskunde neemt echter een geïsoleerde positie in. In hoofdstuk 5 beargumenteert de commissie waarom dit een onwenselijke situatie is. Zij stelt voor om de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verhogen door voor de verschillende aandoeningen overkoepelende 3B-richtlijnen te ontwikkelen: richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding. Systematisch verzamelde informatie over de verzuimduur – in relatie tot kenmerken van ziekten, personen en werksituaties – zal in deze richtlijnen verwerkt moeten worden. De commissie ziet naast de 3B-richtlijnen geen rol weggelegd voor een separate lijst van ziekten met gemiddelde hersteltermijnen. Zij benadrukt dat de kwaliteitsbevorderende werking van richtlijnen afhankelijk is van een succesvolle toepassing in het dagelijks denken en handelen van beroepsbeoefenaren.

In hoofdstuk 6 betoogt de commissie dat de 3B-richtlijnen en daarvan afgeleide verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en protocollen een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn bij de verzekeringsgeneeskundige arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling na twee jaar ziekte. Ze helpen bij de evaluatie van de herstel- en reïntegratie-inspanningen en bij de reconstructie van de medische voorgeschiedenis die nodig is om te achterhalen waardoor het uitblijven van het herstel veroorzaakt is. De commissie hecht daarnaast groot belang aan de opbouw van ‘mediprudentie’, naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht.

De commissie gaat vervolgens in hoofdstuk 7 kort in op de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van medisch handelen in relatie tot arbeid. Zij onderschrijft de analyses en aanbevelingen van de Raad voor Gezondheidsonderzoek en pleit ervoor om veel nadrukkelijker dan tot op heden de factor arbeid te betrekken in het niet specifiek op arbeid georiënteerde medisch-wetenschappelijk onderzoek. Voorts wijst zij op het belang van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek naar het verschijnsel arbeidsongeschiktheid en de beoordeling daarvan.

Het advies besluit met een serie aanbevelingen:

- De commissie beveelt aan een vanuit de betrokken disciplines samengestelde stuurgroep in te stellen die de regie voert in de ontwikkeling en herziening van 3B-richtlijnen en in de formulering van een daaraan gekoppelde onderzoeksagenda.
- Zij beveelt aan een leidraad ‘juridisch-maatschappelijke aspecten in medische richtlijnen’ te ontwikkelen, waarin wordt uitgewerkt wanneer en hoe deze aspecten in 3B-richtlijnen aan de orde moeten komen.
- De 3B-richtlijnen moeten voldoen aan een aantal eisen die in dit advies beschreven worden.
- Gegevens over het tijdsverloop tussen ziekmelding en werkhervatting, en de mogelijke determinanten daarvan, zijn van groot belang voor de ontwikkeling van 3B-richtlijnen. Verzameling van deze gegevens dient continu en in de context van *best practices* plaats te vinden.
- De commissie bepleit een continue en cumulatieve opbouw van mediprudentie.

Gelet op de inwerkingtreding van de WIA op 1 januari 2006 en het verzoek van de minister om advies over de ontwikkeling van hulpmiddelen voor de claimbeoordeling die op dat moment beschikbaar kunnen zijn, beveelt de commissie aan nog dit jaar een begin te maken met de uitvoering van bovenstaande aanbevelingen. Om een snelle start mogelijk te maken adviseert de commissie het volgende:

- De commissie beveelt aan om voor vijf tot tien aandoeningen die een substantieel deel van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek betreffen,* ontwerpprotocollen op te stellen ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid. Deze protocollen kunnen gebaseerd worden op onlangs verschenen richtlijnen en kunnen nadien betrokken worden bij de voorbereiding van volwaardige 3B-richtlijnen.
- Zij beveelt aan om voor elk van de aandoeningen waarvoor deze protocollen ontwikkeld worden, op basis van dossiers van reeds afgeronde claimbeoordelingen een aantal concrete beoordelingsgevallen te beschrijven, te analyseren en te becommentariëren, zodat een reeks casusbeschrijvingen met expliciete beargumentering en weging van de claimbeoordeling beschikbaar komt.

* De gedachten van de commissie gaan vooralsnog uit naar de volgende aandoeningen: chronische specifieke rugklachten, hartinfarct, depressie, spanningsklachten, chronische-vermoeidheidssyndroom, cerebrovasculaire aandoening, hernia nuclei pulposi, borstkanker, angststoornissen, whiplash.

- Het verdient aanbeveling de ontwerpprotocollen en casuïstische analyses door een multidisciplinair samengestelde commissie van deskundigen te laten toetsen en becommentariëren. Deze commissie zou hieraan nadere aanbevelingen kunnen verbinden ter verhoging van kwaliteit en doelmatigheid van het claimbeoordelingsproces.

De Gezondheidsraad is bereid om desgewenst de uitvoering van deze korte termijn aanbevelingen op zich te nemen. Zo nodig zou de Gezondheidsraad ook een rol kunnen spelen in de beginfase van de uitvoering van de aanbevelingen voor de langere termijn. Bij de uitvoering van de aanbevelingen is betrokkenheid van beroepsverenigingen, UWV, STECR/Laboretum, het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde, TNO Kwaliteit van leven en andere in aanmerking komende, al dan niet universitaire, kennis- en onderzoekscentra van groot belang.

Inleiding

1.1 Achtergrond

Al vele jaren worstelen achtereenvolgende kabinetten met het probleem van de arbeidsongeschiktheid. Veranderingen in wetgeving en beleid, gepaard aan verschuivingen in normen en gedragspatronen, in de sfeer van de arbeid en in de maatschappij als geheel, hebben sinds 2002 een geleidelijke reductie van het volume van het arbeidsongeschiktheidsprobleem teweeggebracht. Een verdere afname ligt in het verschiet, onder meer door de aanscherping van het Schattingsbesluit in oktober 2004 en de verlenging van de loondoorbetalingsperiode van één naar twee jaar per 1 januari 2004. Deze ontwikkeling laat onverlet dat een (verdere) verhoging van de effectiviteit van de zorgverlening in relatie tot ziekteverzuim en van de kwaliteit en legitimiteit van de claimbeoordeling wenselijk is.

1.2 Adviesaanvraag

Op 19 januari 2005 vroeg de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid – in het kader van de geplande invoering van de nieuwe wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) op 1 januari 2006 – mede namens zijn collega van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – de Gezondheidsraad om advies over ‘wetenschappelijke onderbouwde hulpmiddelen bij de claimbeoordeling’ (zie bijlage A). De aard van de bedoelde hulpmiddelen werd in de aanvraag nader

gepreciseerd als: ‘een set beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden’. Een ‘neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende hersteltermijnen’ zou in de totstandkoming hiervan een belangrijke rol moeten spelen. De ministers vroegen in eerste instantie om een overzicht van de stand van wetenschap op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid, om een ‘plan van aanpak’ waarin beschreven wordt hoe de bedoelde ‘hulpmiddelen’ ontwikkeld kunnen worden en om een ‘basis-stramien’ voor de te ontwikkelen protocollen. In tweede instantie – dat wil zeggen: na juli 2005 – zou de daadwerkelijke totstandkoming van de ‘hulpmiddelen’ zijn beslag moeten krijgen.

1.3 Commissie en werkwijze

Op 31 maart 2005 installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad de Commissie WIA – hierna te noemen: de commissie – die tot taak kreeg de adviesaanvraag te beantwoorden (zie bijlage B).

Gezien de beperkte tijd die haar ter beschikking stond zag de commissie zich genoodzaakt zich in haar weergave van de stand van wetenschap te beperken tot een klein aantal algemene, leidende inzichten. Haar beraadslagingen spitsten zich vervolgens toe op de vraag aan welke eisen de door de minister gewenste ‘wetenschappelijk onderbouwde hulpmiddelen voor de claimbeoordeling’ zouden moeten voldoen en hoe deze, in aansluiting op de talrijke activiteiten die op het vlak van de ontwikkeling van richtlijnen voor het medisch handelen in Nederland reeds gaande zijn, tot stand zouden kunnen komen.

Op 13 juni 2005 hield de commissie een hoorzitting om haar ideeën te toetsen aan de opvattingen van een aantal externe deskundigen en vertegenwoordigers van diverse met het veld van arbeid en gezondheid verbonden organisaties en verenigingen. De hoofdlijnen van de gedachtegang en de daaruit voortvloeiende conceptaanbevelingen van de commissie bleken bij de deelnemers aan de hoorzitting (zie bijlage C) in goede aarde te vallen.

1.4 Het advies

Het volgende hoofdstuk schetst de geschiedenis van het arbeidsongeschiktheidsprobleem in Nederland.

In hoofdstuk 3 geeft de commissie een overzicht van een aantal door de medisch-wetenschappelijke gemeenschap breed gedragen inzichten die richtinggevend zijn voor het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

In hoofdstuk 4 laat de commissie zien wat er in Nederland gebeurt op het gebied van de vertaling van wetenschappelijke inzichten in richtlijnen voor behandeling en begeleiding bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Zij stelt vast dat de verzekeringsgeneeskunde bij deze richtlijnontwikkeling tot nu toe nauwelijks betrokken is.

In hoofdstuk 5 beargumenteert de commissie dat dit een onwenselijke situatie is. Zij stelt voor om de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verhogen door voor de verschillende aandoeningen overkoepelende richtlijnen te ontwikkelen voor beoordeling, behandeling en begeleiding. Deze 3B-richtlijnen en de daarvan af te leiden verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en protocollen kunnen volgens de commissie de rol vervullen van de ‘wetenschappelijke onderbouwde hulpmiddelen bij de claimbeoordeling’ die de minister op het oog heeft. De vraag naar een ‘basis-stramien’ voor de te ontwikkelen hulpmiddelen beantwoordt de commissie door een aantal eisen te formuleren waaraan 3B-richtlijnen moeten voldoen.

In hoofdstuk 6 komt de vraag aan de orde of er naast de 3B-richtlijnen nog andere hulpmiddelen zijn waarmee de verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling te onderbouwen is. De commissie stelt voor om werk te maken van de opbouw van ‘mediprudentie’, naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht.

In hoofdstuk 7 staat de commissie vervolgens kort stil bij de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van medisch handelen in relatie tot arbeid. Zij onderschrijft de analyses en aanbevelingen op dit punt van de Raad voor Gezondheidsonderzoek en vestigt de aandacht op de mogelijkheid om meer dan tot nu toe de factor arbeid te betrekken in niet specifiek op arbeid georiënteerd medisch-wetenschappelijk onderzoek. Ook wijst zij op het belang van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek naar het verschijnsel arbeidsongeschiktheid en de beoordeling daarvan.

De commissie besluit het advies met een ‘plan van aanpak’, in de vorm van een aantal aanbevelingen voor de korte en de langere termijn.

De commissie conformeert zich aan de gewoonte om slechts de mannelijke persoonsvorm te hanteren, behalve waar het haarzelf betreft.

Arbeidsongeschiktheid in Nederland: een geschiedenis

De huidige politieke besluitvorming over het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) markeert het einde van een periode van ongeveer vijftien jaar waarin getracht is om door veranderingen in de regelgeving rond loonderving wegens ziekte de verantwoordelijkheid voor de aanpak van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid nadrukkelijk bij werkgever en werknemer te leggen. Dit hoofdstuk schetst de historische achtergronden.

2.1 Tot de jaren negentig: Nederland wordt welvarender en zieker

2.1.1 *Behandeling en controle raken gescheiden*

Waar buurland Duitsland al vanaf het begin van de twintigste eeuw een wet kent die zowel de ziektekosten als de loonderving regelt, stuitte een vergelijkbaar wetsvoorstel in Nederland op politieke verdeeldheid en op weerstand van de medische beroepsgroep. In Nederland zijn daardoor aparte wetten tot stand gekomen voor de ziektekosten (Ziekenfondswet, 1941) en voor de compensatie van loonderving (Ziektewet, 1930). Onder andere hierdoor kent Nederland een verdoorvoerde scheiding van behandeling, begeleiding en controle bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In veel andere landen bestaat wel een scheiding tussen behandelend artsen en artsen die de (langer durende) arbeidsongeschiktheid beoordelen. Maar anders dan in Nederland – waar de beoordeling van (kort-

durend) ziekteverzuim de facto in handen van de bedrijfsarts is gelegd – zijn het in die landen vaak de huisartsen voor wie het schrijven van ‘ziektebriefjes’ een vast onderdeel is van hun dagelijkse routine.¹ Bedrijfsartsen richten zich in die landen primair op de preventie van arbeidsgebonden aandoeningen.

2.1.2 *De verzorgingsstaat draait op volle toeren*

In de naoorlogse jaren heeft zich tot 1980 een snelle expansie van de sociale zekerheid voltrokken. Er werden voorzieningen getroffen voor inkomensverlies door ouderdom (AOW), werkloosheid (WW, Bijstandswet), overlijden van de partner (Weduwen en Wezenwet) en arbeidsongeschiktheid. De WAO kwam in 1967 tot stand, de Algemene Arbeidsongeschiktheidwet (AAW) in 1976. De Ongevallenwet en de Invaliditeitswet verdwenen en daarmee ook het onderscheid tussen het *risque social* en het *risque professionnel*. Dit laatste betekende het einde van de ongelijkheid in inkomenscompensatie tussen mensen die arbeidsongeschikt waren geworden door bedrijfsongevallen en beroepsziekten en degenen die dat geworden waren door oorzaken buiten het werk. Het voorkwam juridische haarkloverij, het inschakelen van experts en contra-experts en het over en weer afschuiven en verhalen tussen verschillende uitvoeringsorganen. Met het opheffen van het *risque professionnel* verdwenen echter ook financiële prikkels op bedrijfsniveau (premiereductie, boetepremie) voor verbetering van preventie en, binnen de gezondheidszorg, de hiermee verbonden structurele financiering voor diagnostiek en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen. Een infrastructuur van klinische arbeidsgeneeskunde zoals de ons omringende landen die kennen, ontbreekt dan ook in Nederland.

2.1.3 *Het aantal arbeidsongeschikten groeit*

Bij het vaststellen van het recht op uitkering wegens ziekte of ongeval maakte het met de komst van de WAO en AWW dus niet meer uit waardoor ziekte of ongeval waren ontstaan. Wel bleef het voor de toekenning van het recht op een uitkering (claimbeoordeling) noodzakelijk om te kunnen bepalen hoe ziekte en gebrek enerzijds en arbeidsongeschiktheid anderzijds met elkaar samenhangen. Te meer omdat het aantal mensen dat langdurig ziek thuis bleef van het werk hand over hand toenam. Bij het in werking treden van de WAO in 1967 werd verwacht dat het aantal uitkeringsgerechtigden de 200.000 niet zou overstijgen. Deze prognose moest al snel worden bijgesteld. De snelle stijging vanaf 1973 was het gevolg van een ruimhartige interpretatie door de toenmalige bedrijfsverenigingen van een artikel van de WAO, dat ertoe strekte dat bij het recht op uit-

kering rekening moest worden gehouden met de afnemende werkgelegenheid.² De WAO werd hiermee een vat voor verborgen werkloosheid. Het schrappen, in 1987, van het wetsartikel waarop de verdiscontering van werkloosheid berustte, leidde echter niet tot een daling van het aantal WAO-ers. Uit het verslag van de parlementaire enquêtecommissie Buurmeijer (1993) bleek dat de uitvoering ongewijzigd bleef, maar nu met een beroep een ander wetsartikel. Als belangrijkste reden voor de verdere stijging van het aantal WAO-uitkeringen werd de toegenomen arbeidsparticipatie genoemd. Vooral in de onderste functieklassen waren meer mensen komen werken en juist in deze klassen was het risico op arbeidsongeschiktheid het grootst.

Een andere verklaring voor het groeiende aantal WAO-ers lag in tekortkomingen in de gezondheidszorg. De Groot noemde al in 1967 de gezondheidszorg de belangrijkste oorzaak van het toenemende langdurig ziekteverzuim.³ Tordoir en Soeters beschreven hoe wachttijden in de gezondheidszorg het ziekteverzuim verlengden.^{4,5} Ook Groothoff schetste in zijn onderzoeken een weinig florissant beeld van de gezondheidszorg.⁶ Samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen was ver te zoeken. Een kwart van de huisartsen was na drie, zes en negen maanden verzuim wel bekend met de diagnose van de patiënt maar wist niet dat dit gepaard ging met verzuim. Verder was er bij relatief veel huisartsen onduidelijkheid en verschil van mening over de taakverdeling ten aanzien van behandeling en werkherwinning. Illustratief in dat opzicht was eveneens de studie van Schröer bij overspannen werknemers.⁷ In de hulpverlening bleek van coördinatie tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige geen sprake. Bij de behandeling, maar ook bij de verzuimbegeleiding traden aanzienlijke stuurloze perioden op. De enige *case-manager* in het proces leek de overspannen werknemer zelf.

2.2 De jaren negentig tot nu: het aantal WAO-ers wordt teruggedrongen

2.2.1 *Het aantal arbeidsongeschikten nadert het miljoen*

Vanaf eind jaren tachtig begon men zich steeds meer zorgen te maken over het voortdurend stijgende aantal arbeidsongeschikten. ‘Nederland is ziek’, aldus premier Lubbers in 1990. Het aantal WAO-ers dreigde het miljoen te naderen. Opvallend was dat met name het aantal arbeidsongeschikten wegens psychische aandoeningen toenam. De oorzaken van het omvangrijke aantal arbeidsongeschikten werd vooral gezocht in de sociaal-culturele en ordenende werking van de ziekwet: ‘het belangenconglomeraat van werkgevers en werknemers dat door medicalisering fricties in de mens-werk relatie afkoopt’.⁸ De ordenende

werking van de ziektewet duidde op het niet reïntegreren van de mensen die de slechtste risico's vormden in het arbeidsbestel, het maatschappelijk bestel en de gezondheidszorg.² De commissie Buurmeijer kwam in 1993 met een vergelijkbare analyse.

2.2.2 *Huisartsen en bedrijfsartsen zoeken naar oplossingen*

Ook onder huisartsen en bedrijfsartsen drong het besef door dat veranderingen noodzakelijk waren. Er kwam een KNMG-conferentie over knelpunten in de houding van artsen ten opzichte van arbeidsongeschiktheid (1991) en één over oplossingen hiervoor (1993). Ook het NIA-TNO-onderzoek *Voor verbetering vatbaar*⁹ en het convenant tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde in 1997 stimuleerden de zogenoemde arbocuratieve samenwerking. In 2002 resulteerde dit alles in de vaststelling en publicatie van een leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim.¹⁰

Een hindernis in de prille arbocuratieve samenwerking was de privatisering van de ziektewet die in de volgende paragraaf aan de orde komt. Deze privatisering had grote gevolgen voor de positie van de bedrijfsarts die het centrale aanspreekpunt werd voor begeleiding en reïntegratie van verzuimende werknemers. Het bracht hem echter ook in een sterker spanningsveld tussen werkgever en werknemer en – door de commercialisering van de arbodienstverlening – in een spanningsveld met zijn eigen werkgever. In de ogen van werknemers en behandelend artsen zou dit afbreuk kunnen doen aan zijn professioneel onafhankelijke positie. De discussie hierover heeft een belangrijke en soms ook vertragende rol gespeeld in de hiervoor geschetste ontwikkelingen rond arbocuratieve samenwerking en doet dit nog steeds.¹¹⁻¹⁴

2.2.3 *Privatisering moet de arbeidsongeschiktheid beheersbaar maken*

In diezelfde periode van beginnende arbocuratieve samenwerking voltrok zich ook de privatisering van de ziektewet via TZ/Arbo naar de Wet uitbreiding loon- doorbetaling bij ziekte (WULBZ). De gedachte was dat privatisering, premiedifferentiatie en marktwerking het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in Nederland beheersbaar zouden maken. Met ingang van 1996 werd de financiële verantwoordelijkheid voor het eerste jaar ziekteverzuim weggehaald bij de bedrijfsverenigingen en op de schouders van de werkgever gelegd. Deze werd zo gestimuleerd om zijn verantwoordelijkheid in het voorkómen van uitval en in de verzuimbegeleiding serieus te nemen. Ook de Wet premiedifferentiatie en markt-

werking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (PEMBA) uit 1998 legde een veel grotere verantwoordelijkheid bij de werkgever. De hoogte van de premie die de werkgever moet betalen werd (binnen zekere grenzen) afhankelijk van het aantal WAO-gevallen binnen zijn bedrijf. Daarnaast kreeg de werkgever de mogelijkheid om zelf het risico te dragen van de eerste vijf jaar van arbeidsongeschiktheid. Met beide maatregelen wilde de overheid de werkgever een financieel prikkelen om meer aandacht te schenken aan preventie en reïntegratie. Eén en ander werd nog eens ondersteund door de Wet op de reïntegratie van arbeidsgehandicapten (Wet REA), die voorziet in een aantal financiële instrumenten ter bevordering van de reïntegratie in het arbeidsproces.¹⁵

2.2.4 De WAO wordt herzien

Vanwege het onevenredig gegroeide aantal mensen dat op psychische gronden een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontving, verdiepte de Commissie-Donner I zich om te beginnen in het probleem van de psychische arbeidsongeschiktheid. In 2001 kwam de commissie met een leidraad voor een activerende aanpak van verzuim wegens psychische klachten.¹⁶ Vervolgens boog Commissie-Donner II zich over een grondige algehele herziening van de WAO. In *Werk maken van arbeidsongeschiktheid* (2001) stelde de commissie voor om alleen volledig en duurzaam arbeidsongeschikten nog een WAO-uitkering te geven en alle overige zieke werknemers onder een ander uitkeringsregime te laten vallen.¹⁷ De SER volgde in zijn advies *Werken aan arbeidsgeschiktheid* (2002) de uitgangspunten van de Commissie-Donner II en deed gedetailleerder voorstellen voor een nieuwe WAO.¹⁸ Dit advies werd op hoofdlijnen door het kabinet overgenomen. Er kwamen een verlenging van de loondoorbetalingsplicht, een verhoging van de arbeidsongeschiktheidsdrempel en een loonaanvullingsregeling voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten. De nieuwe WAO werd gereserveerd voor mensen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. Van een wettelijke regeling voor beroepsziekten en bedrijfsongevallen waartoe een voorstel Extra garantieregeling beroepsrisico's (EGB) was voorbereid, werd voorlopig afgezien.

Op verzoek van de ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Welzijn en Sport kwam een projectgroep onder leiding van Van Lieshout in 2003 met een actieplan voor 'versnelde ontschotting'. Het rapport bepleit een aantal activiteiten waarmee CAO-partners worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid bij de preventie en aanpak van verzuim en reïntegratie. Verder roept het rapport op tot betere afstemming van kwaliteitsprogramma's, richtlijnen en protocollen tussen bedrijfsartsen, curatieve artsen en verzekeringsartsen. *Last but*

not least beschouwt het de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars om te komen tot betere arbocuratieve zorg.¹⁹

2.3 Anno 2005: het accent ligt op arbeidsgeschiktheid

2.3.1 *Wet verbetering poortwachter is gericht op bevordering reïntegratie*

Anno 2005 is de activering en reïntegratie van zieke werknemers gedurende de eerste twee ziektejaren primair de verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer zelf. De WULBZ verplicht de werkgever tijdens deze periode tot doorbetaling van het loon. Op grond van de Wet verbetering poortwachter (2002) moeten werkgever en werknemer beiden de nodige reïntegratie-inspanningen leveren met als doel hervatting in eigen of passende arbeid binnen het bedrijf. In deze periode worden werkgever en werknemer door de bedrijfsarts geadviseerd over de medische mogelijkheden voor werkhervatting. Als de reïntegratie stagneert, kunnen werkgever en werknemer het UWV om een onafhankelijk – niet bindend – oordeel vragen. Na twee jaar beoordeelt het UWV op basis van het reïntegratieverslag of de werkgever en de werknemer voldoende hebben gedaan om de werknemer terug te doen keren in het arbeidsproces (de ‘poortwachtertoets’). Bij deze toetsing staat het resultaat staat voorop. Is het resultaat bevredigend, dan is de weg waarlangs het resultaat bereikt is minder relevant. Onvoldoende inspanningen kunnen leiden tot een sanctie voor de werkgever (maximaal een jaar loondoorbetaling) of voor de werknemer (afwijzing van de WAO-aanvraag).

2.3.2 *De hoofdlijnen van de claimbeoordeling blijven ongewijzigd*

Bij twintig maanden ziekte kunnen werknemers een WAO-uitkering aanvragen bij het UWV. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een reïntegratieverslag (RIV). Blijkt bij de poortwachtertoets dat de reïntegratie-inspanningen voldoende zijn geweest, dan wordt de werknemer opgeroepen bij de verzekeringsarts. Deze beoordeelt de (resterende) mogelijkheden van de werknemer en legt deze vast op de zogeheten Functionele mogelijkhedenlijst (FML). De mogelijkheden worden ingebracht in een geautomatiseerd systeem, dat een databestand met functiebeschrijvingen van ca. zeventuizend functies bevat. Dit Claimbeoordelings- en -borgingssysteem (CBBS) matcht de mogelijkheden van de werknemer aan de functievereisten. Deze matching resulteert in een lijst van mogelijke functies die de werknemer theoretisch nog zou kunnen vervullen, gegeven zijn resterende mogelijkheden. Omdat noch alle mogelijkheden, noch alle functieve-

reisten in het geautomatiseerde bestand (kunnen) zijn opgenomen volgt een eindselectie door de arbeidsdeskundige (de ‘professionele eindselectie’). De uitkeringshoogte is vervolgens gebaseerd op het verschil tussen het loon dat de werknemer nog kan verdienen in de geselecteerde functies (de ‘verdiencapaciteit’) en zijn ‘maatmanloon’ (meestal gelijk aan het oorspronkelijke loon).

De claimbeoordeling bestaat dus uit een medisch en een arbeidskundig deel. Alleen wanneer de verzekeringsarts van oordeel is dat iemand door zijn medische situatie geen enkele benutbare mogelijkheid meer heeft, kan hij besluiten dat een toets op beschikbare functies niet nodig is. De werknemer wordt ‘medisch arbeidsongeschikt’ verklaard. De verzekeringsarts wordt geacht zeer terughoudend te zijn met de toepassing van deze uitzonderingsregel. De categorie ‘medisch arbeidsongeschikt’ en diverse andere categorieën waarvan de beoordeling moeilijk is of grote consequenties kan hebben, worden momenteel in het kader van de zogenoemde ‘geïntensiveerde gevalsbehandeling’ door twee verzekeringsartsen beoordeeld.

2.3.3 De WIA introduceert ‘volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid’

Met ingang van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) zal het UWV moeten vaststellen of de werknemer ofwel volledig én duurzaam arbeidsongeschikt is, ofwel gedeeltelijk arbeidsongeschikt, waaronder ook tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid wordt verstaan.

Een werknemer is volledig arbeidsongeschikt als hij vanwege ziekte of gebrek niet meer kan verdienen dan 20 procent van zijn maatmanloon. Hij is duurzaam arbeidsongeschikt als het door zijn medische beperkingen uitgesloten is dan wel de kans gering is dat deze situatie ooit nog verbetert. In het geval van volledige én duurzame arbeidsongeschiktheid is activering niet aan de orde en ontvangt de werknemer een uitkering op grond van de regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA).

Bij een arbeidsongeschiktheid tussen de 35 en 80 procent is sprake van gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid. Dan is activering wél aan de orde. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het UWV of – als de werkgever eigenrisicodragers is – bij de werkgever en werknemer. De overheid draagt, voor zover nodig, zorg voor inkomensbescherming op grond van de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA).

Een gedeeltelijk arbeidsgeschikte maakt na afloop van de loondoorbetalingsperiode eerst aanspraak op een loongerelateerde WGA-uitkering, waarvan de duur afhankelijk is van het arbeidsverleden en varieert van een half tot vijf jaar. Als de gedeeltelijk arbeidsgeschikte ten minste 50 procent van zijn resterende

verdiencapaciteit benut, kan hij vervolgens aanspraak maken op een loonaanvulling. Benut hij niet ten minste 50 procent van zijn resterende verdiencapaciteit, dan maakt hij aanspraak op een WGA-vervolguitkering, die ten hoogste 70% van het wettelijk minimumloon bedraagt en lager is naarmate de arbeidsgeschiktheid hoger is.

2.3.4 *Claimbeoordeling blijft een lastige zaak*

De huidige politieke besluitvorming over de nieuwe WAO (WIA) markeert het einde van een periode van ongeveer vijftien jaar waarin getracht is om door veranderingen in de regelgeving rond loonderving wegens ziekte de verantwoordelijkheid voor de aanpak van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid nadrukkelijk bij werkgever en werknemer te leggen. Het lijkt erop dat deze aanpak werkt, gezien de daling van het ziekteverzuim en van de WAO-intrede in de afgelopen jaren. Bij het nemen van deze verantwoordelijkheid is het echter van belang dat zowel de werkgever als werknemer zich gesteund weten door goede, op preventie en reïntegratie gerichte advisering en behandeling. In dat opzicht is er ongetwijfeld ruimte voor verdere verbetering, door meer *evidence based* bedrijfsgezondheidszorg en een meer op arbeid georiënteerde curatieve gezondheidszorg. De poortwachertoets zal dan minder vaak tot problemen leiden. De teruglopende omvang van ‘het arbeidsongeschiktheidsprobleem’ laat echter onverlet dat verhoging van de kwaliteit van de claimbeoordeling wenselijk is.

Principes van medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Veel van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is op dit moment niet wetenschappelijk te onderbouwen. De recente adviezen van de Raad voor Gezondheidsonderzoek over bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde getuigen hiervan.^{20,21} De effectiviteit van veel door bedrijfsgeneeskundigen gehanteerde interventies staat ter discussie. Er is behoefte aan meer kennis over determinanten van ontstaan en verloop van allerlei aandoeningen. Veel is nog onduidelijk over de effecten van ziekten op het persoonlijk en maatschappelijk functioneren. En er is een dringende behoefte aan *evidence based* methoden voor arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en prognosestelling.

Maar dat de wetenschappelijke basis beperkt is, wil niet zeggen dat medici bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid met lege handen staan. Het medisch handelen in relatie tot arbeid ontleent houvast aan dezelfde wetenschappelijke kennis die het medisch handelen in het algemeen ten dienste staat – met name die over ziektemechanismen, over diagnostiek en over de effecten van behandelingen. Bovendien is er wel degelijk kennis over de samenhang tussen arbeid en gezondheid.²² Veel van de beschikbare kennis is inmiddels samengevat, in Nederland en daarbuiten, in een groot en groeiend aantal richtlijnen, die vaak een bepaald klachtenpatroon of een specifieke diagnose als vertrekpunt hebben. De commissie wijst in dit hoofdstuk op een aantal algemene inzichten die door de medisch-wetenschappelijke gemeenschap breed gedragen worden en die in het

bijzonder richtinggevend zijn voor het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

3.1 Functioneel herstel is even belangrijk als beheersing van ziekteprocessen

In de geneeskunde worden ziekten in de regel beschreven in termen van klachten, symptomen en afwijkingen op meetbare medisch-biologische parameters. Het therapeutisch handelen is erop gericht deze te verhelpen of te beheersen. Impliciet wordt veelal aangenomen dat herstel op het niveau van klachten en symptomen vanzelf ook leidt tot herstel van functioneren.²³

De laatste jaren wordt echter steeds duidelijker dat het functioneren van mensen relatief los staat van ziekteprocessen. Welke activiteiten, taken en rollen men kan vervullen, is niet alleen afhankelijk van iemands capaciteiten, maar ook van de eisen die de fysieke en sociale omgeving stellen. Het is één van de uitgangspunten van de *International Classification of Functioning, Disability and Health*: functionele mogelijkheden en beperkingen krijgen gestalte in de interactie tussen mensen en hun omgeving.²⁴

Onder revalidatieartsen is die gedachte al lange tijd gemeengoed. Zij helpen mensen om hun onafhankelijkheid en zelfredzaamheid te heroveren en te handhaven en richten zich daarbij op vergroting van algemeen inzetbare capaciteiten, maar vooral ook op de interactie tussen de patiënt en diens omgeving. Vaak moet de patiënt nieuwe vaardigheden verwerven of zijn levensstijl veranderen. Ook aanpassing van de omgeving kan noodzakelijk zijn.²⁵ De verwevenheid van ziekte en behandeling met de activiteiten in het dagelijks leven krijgt ook steeds meer aandacht in de begeleiding en behandeling van mensen met chronische ziekten als reumatoïde artritis en diabetes mellitus.

Voor het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is de verbreding van de medische blik van de patiënt in de spreekkamer naar de patiënt in zijn sociale context van bijzonder belang. Herstel van het functioneren in het werk zal voor een belangrijk deel zijn beslag moeten krijgen in de werkomgeving. Alle bewezen effectieve, op arbeidsreïntegratie gerichte interventies bij psychische klachten hebben met elkaar gemeen dat patiënten zo snel mogelijk weer teruggaan naar hun werk en begeleid worden in de interactie met die werkomgeving.²³ Hetzelfde principe is terug te vinden in effectieve interventies bij lage rugklachten.²⁶

3.2 Het werk is vaak betrokken bij het ontstaan en het verloop van ziekte

Diverse vormen van arbeidsbelasting kunnen leiden tot tijdelijke en soms blijvende gezondheidsproblemen. Wanneer arbeidsbelasting in overwegende mate het ontstaan van een ziekte verklaart, spreken we van een beroepsziekte. De causale relaties tussen arbeid en ziekte kunnen variëren van een duidelijk monocausaal verband, zoals bij lawaaidoofheid, tot veel complexere relaties waarbij sprake is van multicausaliteit. Soms blijkt alleen op basis van epidemiologische gegevens een causale relatie aannemelijk gemaakt te kunnen worden.²⁷⁻³⁰

Hoe vaak ziekte en arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk door het werk veroorzaakt zijn is niet bekend. Er is een duidelijke onderrapportage van beroepsziekten in Nederland.³¹ De gegevens over de mate van arbeidsgebondenheid van een aandoening die op grond van de Wet verbetering poortwachter behoren te worden vastgelegd in probleemanalyse en reïntegratieverslag, worden niet structureel geregistreerd en geanalyseerd.

Ongeveer 40 procent van de WAO-intreders ziet zijn aandoening als arbeidsgebonden.^{32,33} Vergelijkbare percentages werden gevonden bij werknemers die wegens huid- of luchtwegaandoeningen in de WAO terecht kwamen.³⁴

Het onderkennen van een oorzakelijke relatie tussen arbeidsbelasting en ziekte is van belang voor het reïntegratiebeleid. Interventies dienen dan immers gericht te zijn op het wegnemen of beperken van de oorzakelijke factoren in het werk. Tijdige onderkenning van de oorzakelijke relatie kan bij een aantal aandoeningen, zoals beroepsastma en contacteczeem, voorkómen dat ze zich tot een chronische aandoening ontwikkelen.^{35,36} Beantwoording van de vraag of een aandoening veroorzaakt zou kunnen zijn door factoren in het werk, dient dan ook bij behandeling en begeleiding van werkende patiënten een wezenlijk onderdeel te vormen van de diagnostische (probleemoriënterende) fase.

3.3 De patiënt is de centrale actor in het herstelproces

Medische behandelingen vragen, uitzonderingen daargelaten, om een actieve en vaak ook zelfstandige rol van patiënten. Een rol die zij, zo wordt uit praktijk en onderzoek duidelijk, niet altijd succesvol vervullen.³⁷⁻⁴¹ Eens te meer geldt dit voor het herstel van het functioneren op het werk.

Voor het medisch handelen in het algemeen is dit een essentieel gegeven, met grote praktische consequenties voor aspecten als communicatie, begeleiding, voorlichting en educatie. In verband met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid hebben begeleidende artsen bovendien rekening te houden met de werkomge-

ving, die de rol van de werknemer in het herstel van het functioneren op het werk kan ondersteunen, maar ook kan ondergraven. Ondersteunen door de motivatie om te herstellen te bevorderen, door sociale steun bij het herstelproces, door regelmogelijkheden te bieden die ruimte geven voor geleidelijk functioneel herstel op de werkplek; ondergraven door het tegendeel van dat alles.

De patiënt is ook de centrale actor waar alle bijdragen van de verschillende hulpverleners aan zijn herstelproces samenkomen. Wanneer die bijdragen niet goed op elkaar aansluiten, elkaar in de weg zitten of strijdig zijn, doet dat het herstelproces geen goed. Ten aanzien van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid – waarbij vaak verschillende hulpverleners in de behandelende, begeleidende en beoordelende sfeer betrokken zijn – is dat een voor de hand liggende, maar daarom niet minder belangrijke vaststelling.

3.4 De werkgever draagt een grote verantwoordelijkheid

In de theorievorming rond ziekteverzuim spelen begrippen als verzuimnoodzaak, verzuimdrempel en hervattingsdrempel een belangrijke rol.⁴² De werkgever kan via zijn arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid deze factoren in hoge mate beïnvloeden. Een direct leidinggevende die vaardigheden heeft ontwikkeld voor de communicatie met zieke werknemers en die mogelijkheden kan aandragen voor werkaanpassing, kan een prominente rol vervullen in een activerend verzuimbeleid. Het verzuim wordt verder beïnvloed door arbeidsinhoud – taken, regelmogelijkheden, werkdruk – en arbeidsvoorwaarden. Uit de inschrijvingen van Nederlandse bedrijven die meedingen naar de ‘Kroon op het Werk’-prijs voor ‘good practice’ rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid komt naar voren hoe belangrijk het is dat bedrijven zelf de regie voeren in de uitvoering van het beleid ten aanzien van ziekteverzuim en reïntegratie.

3.5 Gezondheid en ziekte vragen om een biopsychosociale benadering

In 1948 omschreef de Wereldgezondheidsorganisatie ‘gezondheid’ als *“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*.^{*} Sindsdien is deze definitie een belangrijk baken geweest in het denken over gezondheid en gezondheidszorg. Veelgehoorde kritiek is dat volgens deze omschrijving niemand zich meer gezond zou kunnen noemen. Ook

^{*} Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

helpt de definitie niet bij de afbakening van gezondheidszorg ten opzichte van andere domeinen van maatschappelijke activiteit.⁴³ Maar algemeen aanvaard is de gedachte die erin besloten ligt: dat in gezondheid en de verstoringen daarvan elk van de onderling samenhangende systeemniveaus van het menselijk organisme – het fysieke, het mentale en het sociale – betrokken zijn.

Meer recent heeft wetenschappelijk onderzoek inzichten opgeleverd in de aard van de relaties tussen die systeemniveaus. Ontregeling van neurologische, hormonale en immunologische regelsystemen of van de communicatie tussen regelsystemen lijkt een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van depressie, posttraumatische stressstoornis en tal van onverklaarde aandoeningen zoals fibromyalgie, chronische- vermoeidheidssyndroom en *irritable bowel syndrome*.⁴⁴⁻⁴⁷ Verschillende onverklaarde klachten, waaronder chronische pijnsyndromen, zouden wellicht verklaard kunnen worden door psychobiologische sensitisatiemechanismen.^{44,48,49}

Maar het zijn niet alleen de aandoeningen die te boek staan als ‘onverklaard’ of ‘psychisch’ waarbij de biopsychosociale benadering van belang is. Er is veel onderzoeksliteratuur die erop wijst dat er een zelfstandige relatie zou kunnen zijn tussen stressoren met sociale en psychologische componenten – zoals werkstress en weinig controle over het eigen werk – en het ontstaan van coronaire hartziekten.⁵⁰⁻⁵² Sterfte, bijvoorbeeld ten gevolge van hartziekten, blijkt geassocieerd te zijn met psychische aandoeningen als depressie en angststoornissen.⁵³⁻⁵⁵

Voor het medisch handelen in relatie tot arbeid is het ‘biopsychosociale model’⁵⁶ van eminent belang. In het bijzonder bij onverklaarde klachten is het noodzakelijk een dualistische benadering, die het belang van óf lichamelijke óf psychologische factoren bij ontstaan en herstel benadrukt, te vermijden. Onnodige diagnostische onderzoeken en adviezen om activiteiten te beperken kunnen veel schade berokkenen.⁵⁷ De klachten van deze patiënten moeten genomen worden voor wat ze zijn: klachten, inherent subjectief van aard, niet minder ‘reëel’ dan de klachten van patiënten met een ziekte die wel door de medische wetenschap ‘verklaard’ is.^{44,58,59}

3.6 Er zijn predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren

Bij het zoeken naar verklaringen voor ontstaan en voortbestaan van klachten en ervaren beperkingen blijkt het onderscheiden van predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren verhelderend.⁴⁴

De *predisponerende* factoren bepalen de verschillen in kwetsbaarheid tussen mensen. Genetische factoren, leeftijd en geslacht kunnen een rol spelen, maar ook persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld perfectionisme, neuroticisme,

faalangst of een passieve copingstijl), jeugdervaringen (de ‘leergeschiedenis’) en levensstijl. Uit onderzoek komen voor diverse aandoeningen aanwijzingen voor het belang van persoonlijkheidskenmerken naar voren, maar de onderzoeksresultaten zijn niet altijd eenduidig.^{44,60-67}

De *uitlokkende* factoren zijn de omstandigheden die bij daarvoor gevoelige personen gezondheidsproblemen teweeg kunnen brengen. Ze kunnen zowel binnen als buiten het werk gelegen zijn. Soms is er acute fysieke stress in het spel: infectie, een ongeval, overbelasting in het werk, een operatieve ingreep. Soms is er sprake van acute psychologische stress: ingrijpende levensgebeurtenissen, conflicten of incidenten op het werk, reorganisatie, ontslag.⁴⁴ Ook kunnen langdurig werkzame omstandigheden een rol spelen. Zo is het goed denkbaar dat een gebrek aan regelmogelijkheden op het werk bijdraagt aan het ontstaan van depressie.^{68,69} De uitlokkende factoren vormen soms de belangrijkste causale factor bij het ontstaan van een ziekte, maar ze kunnen ook de druppel zijn die de emmer doet overlopen.

De *instandhoudende* factoren hebben vooral aandacht gekregen bij de behandeling van patiënten met chronische pijnsyndromen. Pijnklachten kunnen chronisch worden door ‘vermijdingsleren’.⁷⁰ Er ontstaat een gedragspatroon dat gericht is op het vermijden van activiteiten en gebeurtenissen die de pijn kunnen doen toenemen (bewegingsangst) en op het wegnemen van stress, door bepaalde verantwoordelijkheden en conflicten uit de weg te gaan. Het ziektegedrag kan bestendigd worden door omgevingsfactoren, bijvoorbeeld een aanspraak op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Vaak liggen bepaalde opvattingen (‘cognities’) over de aandoening aan het vermijdingsleren ten grondslag, bijvoorbeeld het idee dat men er zelf geen invloed op kan uitoefenen. Ook kan er sprake zijn van een verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties waardoor een proces van sensitivatie van het pijnmodulerende systeem in werking treedt, met als gevolg een steeds verdere verlaging van pijndrempels.^{49,71} Langdurige vermijding van fysieke activiteiten leidt tot verslechtering van de lichamelijke conditie, waardoor lichamelijke inspanning in toenemende mate als belastend wordt ervaren en een vicieuze cirkel dreigt. Dit proces doet zich voor bij chronische pijn en chronische vermoeidheid, maar kan ook het conditieverlies bij patiënten met COPD of coronaire hartziekte versterken.⁷²

3.7 Rust roest

De effecten van interventies op het herstel van het functioneren in het werk is vooral onderzocht bij lage rugklachten en psychische klachten, beide belangrijke oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In de interventies bij sub-

acute en chronische aspecifieke lage rugklachten zijn grofweg drie elementen te onderscheiden: oefentherapie, cognitieve gedragstherapie en werkplekinterventie.⁷³ Van alle drie elementen zijn gunstige effecten op de werkhervatting aangetoond.⁷⁴⁻⁷⁸ Door werkplekaanpassing en aanpassing van werktijden en taken bleek de terugkeer naar het werk anderhalf tot twee keer zo snel te verlopen.²⁶ Onduidelijk is nog in welke combinaties, bij welke mensen, op welke momenten de verschillende typen interventies het meest doelmatig kunnen worden ingezet.

Bij lichte tot matig ernstige psychische aandoeningen blijkt een stapsgewijze activerende begeleiding te resulteren in een snellere werkhervatting dan de gebruikelijke begeleiding.⁷⁹⁻⁸² Op de organisatie gerichte interventies lijken bij deze klachten minder effectief te zijn dan op de persoon gerichte.⁸³ Opvallend is dat in deze onderzoeken de snellere werkhervatting niet gepaard gaat met een sneller symptomatisch herstel. Kennelijk is het voor terugkeer naar het werk niet altijd noodzakelijk om klachtenvrij te zijn.

Voor andere aandoeningen zijn vergelijkbare interventiestudies niet of nauwelijks voorhanden. Het beschikbare onderzoek laat echter wel zien dat bij bijvoorbeeld coronaire hartziekte, COPD en astma de ernst van de aandoening minder bepalend is voor de mate van ziekteverzuim dan kenmerken van het werk en psychosociale factoren, zoals de perceptie van de patiënt van de ernst van de aandoening en de kans op herstel.⁸⁴⁻⁸⁸ Dit suggereert dat ook bij deze aandoeningen interventies gericht op het werk en op de copingmechanismen van werknemers effectief zouden kunnen zijn.⁸⁹

Op het werk gerichte interventies zijn vooral belangrijk wanneer een aandoening door arbeidsomstandigheden veroorzaakt of verergerd wordt. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om (beroeps)astma, COPD, contacteczeem, lawaaidoofheid of toxische encefalopathie, maar ook om arbeidsgebonden klachten van het bewegingsapparaat of door het werk ontstane psychische klachten.

3.8 Prognostiek is belangrijke leidraad

Kennis van hersteltermijnen kan betrekking hebben op herstel van klachten en symptomen, functioneel herstel of werkhervatting. Bij de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid gaat het primair om het functioneel herstel, dat wil zeggen: om het herstel van de belastbaarheid in arbeid. Onderzoek naar de termijn waarop bij verschillende aandoeningen functioneel herstel te verwachten is, is echter nauwelijks voorhanden. Onlangs is voor een beperkt aantal aandoeningen ervaring opgedaan met consensusvorming onder bedrijfsartsen en klinici om dit hiaat in de beschikbare *evidence* te overbruggen.⁹⁰

Wanneer de belastbaarheid is hersteld, blijkt de periode die vervolgens verstrijkt tot aan de daadwerkelijke werkhervatting afhankelijk van tal van factoren: persoonsgebonden factoren (zoals copingstijl, pijnbeleving, bewegingsangst, verwachting van herstelduur, persoonlijkheidskenmerken, co-morbiditeit en secundaire ziektewinst) en werkgebonden factoren (zoals werkaanpassingen, fysieke belasting, psychische taakeisen, regelmogelijkheden, sociale steun, verzuimbeleid en arbeidssatisfactie).^{91,92}

Het beschikbare prognostische onderzoek gaat vooral over werkhervatting. Het beeld dat uit dit onderzoek oprijst is dat persoonsgebonden psychosociale factoren en kenmerken van het werk de verzuimduur en het welslagen van de werkhervatting meer bepalen dan de kenmerken van de aandoening. Dit geldt voor lage rugklachten, waarover relatief veel prognostisch onderzoek beschikbaar is,^{65,92-98} maar ook voor reumatoïde artritis⁹⁹ en voor coronaire hartziekte leidend tot myocardinfarct of bypasschirurgie.^{84-86,100}

Kennis van de prognostische factoren die de verzuimduur bepalen is van groot belang voor de verzuimbegeleiding en voor de tijdige identificatie van personen met een grote kans op langdurig verzuim. Maar door de veelheid van mogelijke voorspellende factoren en de lastige meetbaarheid van vele ervan vormt de prognostiek van de verzuimduur een moeilijk begaanbaar onderzoeks-terrein. Er zal nog veel onderzoek nodig zijn voordat voor een groot aantal aandoeningen bruikbare voorspellingen van de verzuimduur mogelijk zijn.

3.9 Bij arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is medische kennis vaak onvoldoende

In het wetsvoorstel WIA is, net als in de ‘oude’ WAO, arbeidsongeschiktheid gedefinieerd in termen van verlies aan verdien capaciteit “als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg” van ziekte of gebrek. De verzekeringsarts is de deskundige die in individuele gevallen moet vaststellen of en in hoeverre iemands functionele mogelijkheden inderdaad ten gevolge van ziekte of gebrek beperkt zijn.

De wetenschappelijke basis waarop de verzekeringsarts bij de vervulling van deze taak kan steunen is beperkt. Er is kennis over het ontstaan van ziekten en over ziektemechanismen, over diagnostiek en prognostiek en over de effecten van behandelingen. De verzekeringsarts zal de beschikbare kennis in zijn beoordeling moeten betrekken. Maar in veel situaties die tot een relatief hoge WAO-instroom leiden laat die kennis te wensen over, bijvoorbeeld bij ‘onverklaarde aandoeningen’ en bij somatische en psychische co-morbiditeit. Bovendien resten er ook bij aandoeningen waarover kennis ruimschoots beschikbaar is, vragen die

op wetenschappelijke gronden (nog) niet te beantwoorden zijn. Hoe de arbeidsgeschiktheid te beoordelen van personen die rapporteren weinig tot niets te kunnen, terwijl de overgrote meerderheid van de op de bekende medische parameters vergelijkbare gevallen wel tot werken in staat is? Hoe te oordelen over mensen die zeggen, na alle bekende *evidence based* therapieën geprobeerd te hebben, nog maar weinig beter geworden te zijn?

Regelmatig doen zich situaties voor waarin het subjectieve oordeel van de werknemer op gespannen voet staat met het oordeel van de verzekeringsarts, zónder dat deze zich kan baseren op wetenschappelijke kennis omtrent de relatie tussen specifieke medische kenmerken enerzijds en arbeidsvermogen anderzijds. In die situaties zal de verzekeringsarts het moeten hebben van zijn professionele deskundigheid, die gevoed wordt door kennis én ervaring. Hij kan steun vinden van de instrumenten en modellen voor bewijsvoering, informatieverzameling en outputspecificatie die in de loop der tijd ontwikkeld zijn. Maar het oordeel waartoe hij uiteindelijk besluit zal slechts voor een deel rechtstreeks op medische kennis gestoeld zijn.

Kwaliteitsverbetering: stand van zaken

Op allerlei manieren wordt er in Nederland naar gestreefd de praktijk van het medisch handelen in overeenstemming te brengen en te houden met de stand van de wetenschappelijke kennis. Ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, introductie van nieuwe interventies, instrumenten en procedures, opleiding, nascholing en intercollegiale toetsing, bevordering van interdisciplinaire samenwerking, evaluatie van nieuwe of bestaande handelingspraktijken: het zijn elementen van een scala van onderling samenhangende, op kwaliteitsverbetering gerichte activiteiten die mede door voortschrijdend wetenschappelijk inzicht gedreven worden. Aan richtlijnontwikkeling wordt in dit verband een bijzondere betekenis toegekend. Richtlijnen zijn bij uitstek de voertuigen van nieuwe *evidence based* inzichten op weg naar de medische praktijk van alledag.

In dit hoofdstuk geeft de commissie een overzicht van wat op dit moment in Nederland gaande is op het gebied van de ontwikkeling van richtlijnen voor behandeling en begeleiding bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Op het gebied van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling* is tot nu toe van *evidence based* richtlijnontwikkeling geen sprake. De commissie gaat kort in op de kwaliteitsbe-

* De commissie hanteert hier en in het vervolg de term ‘arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling’ in de betekenis: ‘beoordeling van de mate waarin iemand, gegeven zijn ziekte of gebrek, (on)geschikt is voor het verrichten van arbeid’, tenzij uit de context blijkt dat bedoeld wordt op de betekenis in de zin van de wet, die arbeidsongeschiktheid definieert in termen van verlies aan verdien capaciteit.

vorderende activiteiten die op dit vlak wél ondernomen worden. Het hoofdstuk sluit af met een concluderende paragraaf.

4.1 Richtlijnen voor behandeling en begeleiding zijn volop in ontwikkeling

Een richtlijn is een document met adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van het dagelijks handelen. Moderne medische richtlijnen berusten op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de daarop gebaseerde discussie en meningsvorming.¹⁰¹ Ze zijn, wat met een niet kort én goed in het Nederlands vertaalkbare term heet, *evidence based*. *Evidence based* zijn die richtlijnen die allereerst gebaseerd zijn op een systematische zoektocht naar de beste, op empirisch onderzoek bij mensen gebaseerde ('klinisch-epidemiologische') schattingen van de – etiologische, diagnostische en prognostische – waarschijnlijkheidsrelaties die bij het medisch handelen in het geding zijn.¹⁰² Wanneer er weinig relevante én goede *evidence* voorhanden is, hoeft dat de ontwikkeling van een richtlijn niet in de weg te staan – al is het voor de wetenschappelijke status ervan geen aanbeveling. In dat geval kan een door deskundigen, op wetenschappelijk inzicht, klinische ervaring en consensus stoelende richtlijn de hiaten in de beschikbare klinisch-epidemiologische kennis blootleggen en zo een katalysator zijn van verder wetenschappelijk onderzoek.

Richtlijnen zijn altijd tijdgebonden. Niet alleen zijn ze gebaseerd op wetenschappelijke kennis die continu in ontwikkeling is, ze behelzen ook altijd een vertaling van wat op wetenschappelijke gronden wenselijk is naar wat onder de eveneens veranderlijke praktische omstandigheden haalbaar is. Om bij de tijd te blijven zullen richtlijnen dan ook met regelmaat geactualiseerd moeten worden.

Een richtlijn is niet bindend, maar ook niet vrijblijvend. De algemene aanbevelingen zullen door deskundige beroepsbeoefenaren in individuele gevallen moeten worden toegepast. Bijzondere kenmerken of voorkeuren van individuele patiënten of specifieke praktische omstandigheden kunnen afwijkingen van de richtlijn noodzakelijk maken. Maar dat laat onverlet dat richtlijnen bedoeld zijn 'om te fungeren als maat en houvast'.¹⁰³ Afwijken behoeft goede redenen. De beroepsbeoefenaar is daarop door patiënten, vakgenoten en anderen aanspreekbaar.

In Nederland is de ontwikkeling van richtlijnen op gang gekomen in de jaren tachtig van de vorige eeuw. In 1982 verscheen de eerste 'Consensus' van het CBO (thans: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO). In 1989 volgde de eerste 'Standaard' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Ruim vijftien jaar later hebben vele tientallen CBO-richtlijnen, NHG-Standaarden en

richtlijnen van andere wetenschappelijke beroepsverenigingen het licht gezien. Voor de behandeling en begeleiding bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn drie typen richtlijnen relevant: de curatieve, de bedrijfsgeneeskundige en de arbocuratieve richtlijnen.

4.1.1 *Curatieve richtlijnen gaan meestal voorbij aan arbeid*

De moderne *evidence based* curatieve richtlijnen van het CBO, de NHG en de verenigingen van de medische specialismen beschrijven ontstaan en verloop van klachten of ziekten en formuleren aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling. De aandacht voor de consequenties van de ziekte voor het functioneren van het individu in zijn maatschappelijke context, waaronder zijn arbeidssituatie, is doorgaans beperkt. Op de termijn waarop iemand naar verwachting weer goed kan werken wordt in de regel niet ingegaan. Er worden meestal geen aanbevelingen geformuleerd die gericht zijn op werkhervatting of reïntegratie, op verbetering van het functioneren anders dan door ziekte- of klachtgerichte interventies en op de bepaling van de arbeidsgeschiktheid. De medische disciplines die zich bezighouden met arbeid en gezondheid – bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, maar ook revalidatieartsen – zijn in het algemeen bij de ontwikkeling van curatieve richtlijnen niet betrokken.

4.1.2 *Bedrijfsgeneeskundige richtlijnontwikkeling is goed op gang*

De afgelopen vijf jaar is in hoog tempo gewerkt aan de ontwikkeling van richtlijnen voor het handelen van bedrijfsartsen bij bepaalde aandoeningen. In deze richtlijnen nemen arbeid en (begeleiding naar) functieherstel een belangrijke plaats in en krijgen ziektekundige aspecten, diagnose en therapie in het algemeen minder aandacht dan in de curatieve richtlijnen. Vaak blijkt de beschikbare kennis over functionele mogelijkheden en beperkingen en over de prognostiek van het herstel van het maatschappelijk functioneren nogal beperkt te zijn.

Er zijn verschillende soorten bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. Allereerst zijn er de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB), inmiddels vijf in getal. Het zijn *evidence based* richtlijnen die uitgaan van (groepen van) aandoeningen. Veel aandacht gaat uit naar door de bedrijfsarts hanteerbare interventiestrategieën gericht op benutten en herstel van functionele mogelijkheden. De beoordeling van de arbeidsgeschiktheid komt nauwelijks aan de orde.

Dan zijn er de zogenoemde werkwijzers van STECR-Platform Reïntegratie. Daarvan zijn er zes. De STECR-werkwijzers zijn minder duidelijk *evidence*

based dan de NVAB-richtlijnen, maar sluiten in het algemeen wel aan op de *evidence based* NVAB-richtlijnen en NHG-standaarden. Ze worden opgesteld door werkgroepen van praktiserende bedrijfsartsen die zich ten doel stellen een overzicht te geven van actuele inzichten en *best practices*. De werkwijzers richten zich speciaal op de begeleiding van werknemers bij (dreigende) arbeidsongeschiktheid. De reïntegratie van zieke werknemers neemt een belangrijke plaats in.

Onder de vlag van STECR is sinds kort ook het zogenaamde Laboretum in wording, een via internet toegankelijk kennissysteem dat primair bedoeld is voor bedrijfsartsen. Per aandoening wordt een zogenaamd ‘lemma’ gevuld met kort en bondig weergegeven informatie en aanbevelingen voor curatief, bedrijfsgeneeskundig en op reïntegratie gericht handelen. Ook aan de verzekeringsgeneeskundige arbeidsgeschiktheidsbeoordeling wordt aandacht besteed, door de functionele beperkingen bij een aandoening te classificeren in de termen van de door het UWV gehanteerde Functionele Mogelijkheden Lijst. De inhoud van de Laboretum lemma’s is grotendeels ontleend aan NVAB, NHG en CBO-richtlijnen en STECR-werkwijzers, zo nodig aangevuld met buitenlandse richtlijnen en wetenschappelijke literatuur. Inmiddels zijn twaalf lemma’s gereed. Het Laboretum omvat ook een registratie van gegevens over verzuimepisodes die door bedrijfsartsen – helaas tot nu toe niet erg systematisch – worden aangeleverd. De bedoeling is dat hieruit op termijn per aandoening een verzuimduurverdeling kan worden afgeleid die opgenomen kan worden in de lemma’s.

Ten slotte zijn er de Registratierichtlijnen voor beroepsziekten, waarvan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten er thans meer dan honderd heeft gepubliceerd. Deze richtlijnen bevatten criteria op grond waarvan een aandoening als beroepsziekte wordt aangemerkt, hetgeen niet alleen voor het registreren van belang is, maar ook voor het handelen van de bedrijfsarts.

4.1.3 Arbocuratieve samenwerking is veelbelovend

In 1997 sloten de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de NVAB een convenant ter versterking van de arbocuratieve samenwerking. In het convenant stelden de beide verenigingen vast dat de arbocuratieve samenwerking wordt belemmerd door onduidelijkheden over de taak en de positie van de bedrijfsarts in de verzuimbegeleiding. Ze constateerden ook dat huisartsen de factor arbeid te weinig in de diagnostiek en begeleiding van werkenden betrekken en dat in bestaande richtlijnen onvoldoende aandacht wordt besteed aan de communicatie tussen bedrijfs- en huisarts.

Onder andere voortvloeiend uit dit convenant is de laatste jaren een aantal projecten gestart ter bevordering van de arbocuratieve samenwerking, waaronder initiatieven gericht op multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. In 2002 verscheen de ‘Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim’, in 2004 de NVAB-leidraad ‘Handelen van de bedrijfsarts bij het verwijzen van werknemers’ en in februari jl. de ‘Handreiking voor de zorg van de huisarts aan werkende patiënten’ van de LHV.

De Orde van Medisch Specialisten, NVAB en CBO hebben samen een stramien ontwikkeld voor de inbedding van de factor arbeid in multidisciplinaire richtlijnen (zie bijlage E).¹⁰⁴ De NVAB heeft inmiddels conform dit stramien ‘arbeid’-modules opgesteld voor door het CBO te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijnen over astma en COPD, carpaal tunnelsyndroom en depressie.

Voorts werd in 2004 de eerste Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsovereenkomst (LESA) gepubliceerd, voortgekomen uit een samenwerkingsverband tussen NHG en NVAB. Deze ‘LESA Overspanning’ is erop gericht de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij mensen met overspanning te verbeteren. De LESA gaat in op de factor arbeid als etiologische factor bij overspanning en sluit voor wat betreft de begeleiding aan bij de in de NVAB-richtlijn over psychische klachten gehanteerde principes van een activerende en ‘tijdcontingente’ benadering. Samenwerking en taakverdeling tussen huisarts en bedrijfsarts komen uitgebreid aan de orde. De mogelijkheden tot functioneren in arbeid, gerelateerd aan diverse fasen van het verzuim, zijn globaal beschreven. Een LESA lage rugklachten is in voorbereiding.

Het samenwerkingsverband tussen NHG en NVAB dat resulteerde in de LESA Overspanning ontstond binnen het Platform Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheid (PARAG), waarin ten tijde van de oprichting in 1998 – naast NHG en NVAB – het CBO en het toenmalige LISV vertegenwoordigd waren. Het PARAG concludeerde na vijf jaar dat het in de praktijk brengen van richtlijnen voor arbocuratieve samenwerking vooral een zaak is van gedragsverandering. De betrokken beroepsgroepen moeten elkaar en elkaars deskundigheid (leren) kennen, bekend zijn met elkaars rol en positie, afrekenen met negatieve beeldvorming, goed bereikbaar zijn en voldoende tijd hebben voor overleg. Begin 2003 ging het PARAG verder als overleg van deskundigen, met als doel het uitwisselen van kennis en opinies en het uitbrengen van adviezen aan de betrokken beroepsverenigingen.¹⁰⁴

4.2 Kwaliteitsverbetering arbeidsgeschiktheidsbeoordeling is gericht op procedures

Aan arbeidsgeschiktheidsbeoordeling wordt tot nu toe in de curatieve, bedrijfs-geneeskundige en arbocuatieve richtlijnen nauwelijks aandacht besteed. Het meest expliciet komt het beoordelende aspect aan de orde waar in de Laboretum-lemma's naar de Functionele Mogelijkheden Lijst van het UWV verwezen wordt.

Kwaliteitsbevordering van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling is wel het oogmerk van de diverse verzekeringsgeneeskundige standaarden, instrumenten en modellen. Deze gaan vooral over de interpretatie van de arbeidsongeschiktheidswetgeving en over uitvoeringsprocedures, waaronder bewijsvoering, gespreksvoering, informatieverzameling en outputspecificatie.²¹ Met uitzondering van de standaard Zwangerschap zijn ze niet gerelateerd aan specifieke toestanden, ziekten of klachten. Dat geldt ook voor de nieuwe verzekeringsgeneeskundige richtlijnen die op dit moment in ontwikkeling zijn, de UWV- richtlijn 'Vaststellen onvermogen persoonlijk en sociaal functioneren' en de richtlijn 'Beoordelen reïntegratieverslag'. Afgezien van deze merendeels op de beoordelingsprocedure betrekking hebbende, normstellende documenten, zijn de laatste jaren ook tal van andere initiatieven genomen om de kwaliteit van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling door verzekeringsartsen te bewaken en te bevorderen. In 2002 werd het Claimbeoordelings- en -borgingssysteem geïntroduceerd. Medio 2004 startte de zogenaamde geïntensiverde gevalsbehandeling die wordt ingezet wanneer van 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' of van moeilijk objectiveerbare klachten sprake is.

De zich snel ontwikkelende, rond ziekten en klachten geordende medische kennis omtrent etiologie, diagnostiek, prognostiek en behandeling heeft tot op heden geen vertaling gevonden in verzekeringsgeneeskundige richtlijnen.

4.3 De aparte status van de verzekeringsgeneeskunde

De initiatieven gericht op kwaliteitsverbetering van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid overziend, valt op hoezeer op dit vlak de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en, in samenhang daarmee de verzekeringsgeneeskunde, apart staan van behandeling en begeleiding. Verzekeringsgeneeskundigen zijn, ook in de recent op gang gekomen multidisciplinaire samenwerkingsprojecten, vrijwel niet betrokken bij de ontwikkeling van curatieve en bedrijfs-geneeskundige richtlijnen. De beoordeling van arbeidsgeschiktheid komt in die

richtlijnen niet aan de orde. Omgekeerd lijkt de *evidence based* richtlijnontwikkeling aan de kwaliteitsbevordering in de verzekeringsgeneeskunde tot op heden voorbij te gaan. Opmerkelijk is voorts dat in de curatieve richtlijnen het functioneren in arbeid over het algemeen geen rol van betekenis speelt, noch als levensdomein dat door ziekte wordt beïnvloed, noch als richtpunt van het medisch handelen.

Er zijn verschillende verklaringen te geven die deze stand van zaken begrijpelijk maken. Natuurlijk zijn behandelende artsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen allen medici, die een en dezelfde eed hebben gezworen en zich baseren op een en hetzelfde corpus van wetenschappelijke kennis. Verzekeringsartsen nemen echter een bijzondere positie in omdat ze in hun rol van arbeidsongeschiktheidsbeoordelaar niet het beroep van hulpverlener uitoefenen, maar dat van gespecialiseerde schade-expert, die mogelijke gezondheidsschade toetst aan de polisvoorwaarden van een collectieve of particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering. Curatief werkende medici daarentegen zijn er van oudsher op gericht vóór alles het belang van de patiënt te dienen, waardoor zij geneigd zijn – zeker in Nederland, met zijn consequent doorgevoerde scheiding tussen behandeling en controle – de nodige distantie te bewaren tot de complexiteit van het functioneren in de werksituatie, waar heel andere belangen, bijvoorbeeld van de werkgever, onvermijdelijk in het geding zijn. Deze attitude vinden we terug in de via curatieve kanalen gefinancierde ontwikkeling van curatieve richtlijnen en in het klinisch-wetenschappelijk onderzoek, waarin bijvoorbeeld voor het belang van belastbaarheid in arbeid nauwelijks oog is, zodat gegevens over de belastbaarheid in relatie tot specifieke medische variabelen vaak niet voorhanden zijn. Vanuit dezelfde curatieve optiek heeft ook het beoordelen van de arbeidsgeschiktheid voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering iets bedenkelijks: daarin moet immers het belang van de patiënt tegen het belang van de collectief gevulde verzekeringskas worden afgewogen.

Dat er spanning kan bestaan tussen de belangen van de werknemer, die van de werkgever en die van de maatschappij als geheel is een reëel gegeven. Soms betekent ‘zo snel mogelijk’ weer aan het werk gaan: ‘nú nog niet!’ En het kan inderdaad de behandelend arts zijn die met dat advies een werknemer moet beschermen tegen een al te voortvarende werkgever of bedrijfsarts. Maar even goed kan uitstel van werkhervatting het belang van de patiënt, zeker op langere termijn, géén goed doen, of op een niet te rechtvaardigen wijze afbreuk doen aan de belangen van werkgever en maatschappij. In individuele gevallen kunnen moeilijke afwegingen aan de orde zijn. Geen enkele arts die in het medisch han-

delen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een taak te vervullen heeft, zal zich aan deze afwegingen kunnen onttrekken.

Beoordeling, behandeling, begeleiding

Beoordeling van arbeidsgeschiktheid, behandeling en begeleiding van ziekteverzuim: het zijn elementen van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid die in Nederland zonder veel onderlinge samenhang worden gepraktiseerd en die grosso modo aan verschillende, in de praktijk gescheiden opererende disciplines zijn toegewezen. Dit gebrek aan samenhang wordt door de betrokken beroepsgroepen – verzekeringsgeneeskunde, curatieve disciplines en bedrijfsgeneeskunde – steeds meer als een probleem ervaren. In het vorige hoofdstuk liet de commissie zien dat op het vlak van de richtlijnontwikkeling al van veelbelovende aanzetten tot afstemming en samenwerking sprake is. Bij die initiatieven zijn echter tot nu toe vrijwel uitsluitend de curatieve disciplines en de bedrijfsgeneeskunde betrokken. De verzekeringsgeneeskunde neemt een geïsoleerde positie in.

In dit hoofdstuk beargumenteert de commissie waarom dit een onwenselijke situatie is. Zij stelt voor om de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verhogen door de ontwikkeling van overkoepelende ‘3B-richtlijnen’: richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding.

5.1 Beoordeling, behandeling en begeleiding zijn met elkaar verweven

Dat behandeling en begeleiding met elkaar samenhangen ligt voor de hand. De begeleidende bedrijfsarts kan signaleren dat het herstel stagneert en dat goede behandelingsmogelijkheden gemist dreigen te worden. Omgekeerd kan de behandelend arts merken dat de begeleider zijn therapeutisch beleid doorkruist. In dat soort situaties zou intercollegiaal overleg vanzelfsprekend moeten zijn – al blijkt in de praktijk vaak dat dat niet het geval is. Minder vanzelfsprekend, tegen de achtergrond van gebruikelijke beroepsopvattingen van verzekerings-, bedrijfs- en behandelende artsen, is de samenhang tussen arbeidsgeschiktheidsbeoordeling enerzijds en behandeling en begeleiding anderzijds. De commissie acht die samenhang van groot belang en licht deze toe in deze paragraaf.

5.1.1 Beoordeling is relevant voor behandeling

Voor iemand die vanwege ziekte van zijn werk verzuimt en zich onder behandeling stelt, is het ziekteverzuim een belangrijk gegeven waarmee de behandelend arts rekening heeft te houden. Indien de ziekte het verzuim niet afdoende verklaart, van meet af aan of na verloop van tijd, terwijl de werknemer werkhervatting mijdt, dan is dat voor de behandelend arts een niet te negeren signaal: is er sprake van een ander probleem – in de werksituatie, in de privé-omgeving of van persoonlijke aard – dat herstel van het functioneren in het werk in de weg staat? Heeft de werknemer de ziekenrol, en de behandeling als legitimatie daarvan, nodig om terugkeer naar het werk te vermijden? Arbeidsgeschiktheidsbeoordeling maakt dus deel uit van een behandeling die zich mede ten doel stelt herstel van functioneren in arbeid te bevorderen. Maar in de praktijk is van zo'n expliciet arbeidsgerichte behandelingsdoelstelling vaak geen sprake, blijft de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling impliciet en is de behandelaar zich er nauwelijks van bewust dat zijn adviezen aan de patiënt diens perceptie van het eigen arbeidsvermogen – en daarmee vaak ook de verzuimduur – sterk beïnvloeden.

Voor de behandelend arts is het van belang zich te realiseren dat de patiënt kan denken dat vasthouden aan klachten en inactiviteit in zijn belang is. Al of niet bewuste en reële verwachtingen van 'secundaire ziekte winst' kunnen de effectiviteit van de behandeling negatief beïnvloeden. Recent Nederlands onderzoek liet zien dat van de onderzochte ambulant behandelde psychiatrische patiënten ruim veertig procent niet-therapeutische voordelen van de behandeling verwachtte – bijvoorbeeld op het vlak van het werk of de sociale zekerheid –, terwijl slechts tien procent de psychiater over die verwachtingen vertelde.¹⁰⁵

Wanneer de werknemer niet terugkeert naar zijn werk, krijgt hij te maken met verzekeringsgeneeskundige beoordelingen in het kader van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ook dat is voor de behandelend arts een relevant gegeven. De spanning die de naderende beoordelingen, met hun potentieel grote consequenties, oproepen, kan zijn weerslag hebben op het verloop van de klachten en de behandeling. Wanneer de behandelend arts signaleert dat het oordeel van bedrijfsarts of verzekeringsarts strijdig is met zijn eigen oordeel en adviezen, dan is intercollegiaal overleg noodzakelijk.

5.1.2 *Beoordeling maakt deel uit van begeleiding*

De wet wijst de werkgever aan als regisseur van de begeleiding bij ziekteverzuim. Dat neemt niet weg dat in de praktijk de bedrijfsarts, als medisch adviseur van zowel werknemer als werkgever, in de begeleiding van zieke werknemers een cruciale rol speelt. Arbeidsgeschiktheidsbeoordeling vormt van die begeleiding een belangrijk element. Als naar het oordeel van de bedrijfsarts de werknemer weer, al of niet gedeeltelijk, tot werken in staat is, zal hij dit meedelen aan werknemer en werkgever. Zo nodig denkt hij mee over de manier waarop met eventuele belemmeringen voor werkhervatting in de werksituatie kan worden omgegaan. De arbeidsgeschiktheidsbeoordeling door de bedrijfsarts zal vaak in de loop van de eerste twee ziektejaren geleidelijk aan een ander, algemener karakter krijgen. Aanvankelijk heeft zij vooral betrekking op de geschiktheid voor het eigen werk. Maar als werkhervatting op de eigen werkplek niet mogelijk blijkt, zal de vraag rijzen in welke functies binnen hetzelfde bedrijf iemand wel weer aan de slag zou kunnen. Zijn er binnen het bedrijf geen mogelijkheden, dan zal het blikveld verruimd moeten worden tot functies bij andere werkgevers.

Anders dan de behandelend arts heeft de bedrijfsarts specifieke formele taken in de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling. Gedurende de loondoorbetalingsperiode brengt de bedrijfsarts het zogenoemde werkhervattingsadvies uit aan de werkgever, die op grond daarvan moet beslissen of inderdaad van verzuim wegens ziekte sprake is. Voorts zal de bedrijfsarts de werkgever moeten melden voor welke werkzaamheden de werknemer nog wel geschikt is en welke aanpassingen daarvoor moeten worden gerealiseerd. De bedrijfsarts kan verder al tijdens de loondoorbetalingsperiode te maken krijgen met het UWV. Zowel werkgever als werknemer kunnen namelijk, als de reïntegratie stagneert, het UWV om een onafhankelijk – niet bindend – oordeel vragen over de arbeids(on)geschiktheid van de werknemer, over de reïntegratie-inspanningen van werknemer en werkgever of over passend werk binnen een bedrijf.

Na twee jaar ziekte volgt dan de beoordeling van de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De eerste fase daarvan bestaat uit een beoordeling van de reïntegratie-inspanningen in de voorafgaande twee jaar, de poortwachertoets. Het zogenaamde reïntegratieverslag, waarin gedurende de loondoorbetalingsperiode is vastgelegd welke reïntegratieactiviteiten zijn ondernomen, moet deze beoordeling mogelijk maken. De bedrijfsarts levert daarvoor bijdragen aan in de vorm van de multifactoriële probleemanalyse, de bijstellingen daarvan, de adviezen met het oog op het op te stellen plan van aanpak en de evaluatie daarvan.

5.1.3 *Behandeling en begeleiding zijn relevant voor de beoordeling*

Niet alleen is de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling op verschillende manieren van belang voor de behandeling en de begeleiding, het omgekeerde is evenzeer het geval.

Adviezen van de behandelend arts kunnen een belangrijke rol spelen in de onderhandeling tussen patiënt en beoordelaar die de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling in de praktijk vaak is. Bij de beoordeling door de verzekeringsgeneeskundige na twee jaar ziekte komen behandeling en begeleiding bovendien in beeld als object van evaluatie. In de door het UWV vastgestelde ‘Beleidsregels beoordelingskader poortwachter’ is bepaald dat de reïntegratie-inspanningen tijdens de loondoorbetalingsperiode, wanneer het resultaat ervan onbevredigend is, onder meer getoetst worden op de mate waarin de sociaal-medische begeleiding volgens de geldende professionele richtlijnen en normen heeft plaatsgevonden. Gezien de rol van de bedrijfsarts als medisch adviseur van werknemer en werkgever en het belang van het tijdig benutten van de juiste behandelingsmogelijkheden, impliceert dit volgens de commissie indirect ook een evaluatie van de behandeling van het gezondheidsprobleem in kwestie.

Blijkt bij de poortwachertoets dat de herstel- en reïntegratieinspanningen adequaat zijn geweest, dan volgt de verzekeringsgeneeskundige arbeidsgeschiktheidsbeoordeling in engere zin: de bepaling van de functionele mogelijkheden van de werknemer in kwestie, gegeven de beperkingen die voortvloeien uit zijn ziekte. De verzekeringsarts staat hier voor de taak om de effecten van ziekte, waaraan recht op een uitkering kan worden ontleend, te onderscheiden van de effecten van mogelijke andere oorzaken van disfunctioneren en stagnerend herstel – privé- en sociale omstandigheden, karaktereigenschappen, al of niet bewuste onwil – die door de polisvoorwaarden niet gedekt zijn. Ook hiervoor is de terugblik op behandeling en begeleiding gedurende de poortwachterperiode van groot belang. De verzekeringsarts zal moeten proberen te achterhalen of de

kans op herstel van functioneren in arbeid van meet af aan gering is geweest of dat ergens in het herstelproces stagnatie is opgetreden. De oorzaken van het uitblijven van herstel zal hij moeten trachten te identificeren. Mede op grond hiervan zal hij zich een oordeel moeten vormen over de resterende kansen op herstel, al of niet met behulp van een interventie.

5.2 Overkoepelende richtlijnen zijn wenselijk

De commissie meent dat de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in hoge mate gediend zou zijn met richtlijnen waarin de met elkaar verweven aspecten beoordeling, behandeling en begeleiding alle drie, in hun samenhang, tot hun recht komen. Deze ‘3B-richtlijnen’ zouden door de betrokken beroepsgroepen – bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten, reïntegratiebegeleiders, verzekeringsartsen – ontwikkeld en onderschreven moeten worden. De gezamenlijke 3B-richtlijnen zouden het karakter moeten hebben van overkoepelende (‘moeder’)richtlijnen, die als leidraad kunnen dienen bij de ontwikkeling of herziening van disciplinespecifieke richtlijnen.

Op termijn kunnen wellicht de 3B-richtlijnen de disciplinespecifieke richtlijnen overbodig maken. De grote hoeveelheid informatie en aanbevelingen die de 3B-richtlijnen dan zouden moeten bevatten, zouden in dat geval op een flexibele manier, waarschijnlijk elektronisch – bijvoorbeeld via ‘doorklikken’ – voor de verschillende disciplines toegankelijk gemaakt moeten worden. Of disciplinespecifieke richtlijnen naast 3B-richtlijnen blijven bestaan of niet, er zal waarschijnlijk hoe dan ook behoefte zijn aan meer handzame, op de lokale omstandigheden van specifieke disciplines toegespitste protocollen, waarin de te volgen beslismomenten en procedures meer gedetailleerd zijn vastgelegd. ‘Lokaal’ kan in dat verband verschillend worden opgevat. Het zou kunnen slaan op een bepaalde regio, waarin bijvoorbeeld bepaalde zorgvoorzieningen wel, maar andere niet direct voorhanden zijn, of op een bepaald, al dan niet landelijk opererend, bedrijf of instituut, waarin specifieke werkafspraken gelden. Zo is het bijvoorbeeld voorstelbaar dat, specifiek voor gebruik binnen het UWV, op de 3B-richtlijnen protocollen worden gebaseerd, waarin is vastgelegd hoe en aan welke ijkpunten de verzekeringsarts achteraf de juistheid van het medisch handelen gedurende de eerste twee ziektejaren kan toetsen. Deze protocollen zouden dan ook de leidraad kunnen vormen voor de reconstructie van de medische voorgeschiedenis bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling na de poortwachertoets.

5.3 3B-richtlijnen moeten aan vele eisen voldoen

De ontwikkeling van 3B-richtlijnen zal moeten voldoen aan de gangbare normen voor *evidence based* richtlijnontwikkeling, zoals vastgelegd in het AGREE instrument en gehanteerd in het Nederlandse platform Evidence-Based Richtlijn-Ontwikkeling (EBRO) en het Guidelines International Network (GIN). De richtlijnen moeten iedere drie tot vijf jaar worden geactualiseerd. De ontwikkeling hoort uit te gaan van een duidelijk geformuleerde vraag, er moet systematisch gezocht worden naar *evidence* in de internationale wetenschappelijke literatuur, de kwaliteit en de bewijskracht van de gevonden publicaties dienen op een transparante wijze gewogen te worden, de aanbevelingen moeten helder worden argumenteerd, de ervaringsdeskundigheid van relevante patiënten/cliëntengroepen zal bij de richtlijnontwikkeling betrokken moeten worden en er moet voorzien zijn in een commentaar- en autorisatieprocedure die voor de betrokken beroepsgroepen acceptabel is.

In de 3B-richtlijnen zal uitdrukkelijk aandacht moeten worden besteed aan de consequenties van aandoeningen voor het functioneren en de belastbaarheid, aan uitlokkende en instandhoudende factoren in de werksituatie, aan de prognostiek van het herstel van het functioneren en aan interventies gericht op de werksituatie en op de bevordering van reïntegratie.

Waar mogelijk zullen de aanbevelingen ten aanzien van het bewaken van het herstelproces en het inzetten van nieuwe interventies gerelateerd moeten zijn aan het tijdsverloop sinds het begin van de ziekte ('tijdcontingente' of 'tijdgestuurde' aanbevelingen). Verzuimbegeleiders en behandelaars krijgen hiermee een waardevol houvast dat zij ontberen wanneer zij alleen kunnen afgaan op de rapportages van de werknemer en andere betrokkenen. De tijdsas zal zoveel mogelijk afgestemd moeten zijn op de in de Ministeriële regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar vastgelegde evaluatiemomenten. De in de tijd verankerde momenten van herstelbewaking en multifactoriële probleemanalyse verschaffen tevens belangrijke ijkpunten voor de verzekeringsgeneeskundige evaluatie van het begeleidings- en behandelingsproces. De 3B-richtlijnen zullen de volle periode van twee jaar ziekte tot aan de poortwachertoets moeten bestrijken. Ze zullen ook aanbevelingen moeten bevatten voor de bij de meeste aandoeningen statistisch gezien uitzonderlijke, maar in het kader van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling juist uitermate relevante gevallen van langdurige stagnatie van het werkhervattingsproces.

Ook aan relevante juridisch-maatschappelijke aspecten van het ziekte- en herstelproces zal in de richtlijn aandacht moeten worden besteed. In de advise-

ring aan patiënten hoort aandacht te zijn voor de uit hun ziekte voortvloeiende aanspraken op arbeidsongeschiktheidsregelingen en mogelijkheden voor subsidies en reïntegratie-instrumenten.* In elk geval de bedrijfsarts moet zich van het bestaan hiervan goed bewust zijn. In de praktijk blijkt het daaraan te schorten, zodat beschikbare reïntegratie-instrumenten opvallend weinig worden ingezet en reïntegratiekansen onbenut blijven.¹⁰⁶ Een ander juridisch-maatschappelijk aandachtspunt is dat van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling. Het komt naar voren bij het samenstellen van het reïntegratiedossier en –verslag en bij de poortwachtertoets door de verzekeringsarts, maar kan ook een rol spelen bij de behandeling door huisartsen en specialisten en de verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts (en door verzekeringsartsen in hun bedrijfsgeneeskundige rol). Onder de noemer van de juridisch-maatschappelijke aspecten passen ook handreikingen en overwegingen bij de belangenafwegingen waaraan de commissie aan het slot van het vorige hoofdstuk kort refereerde.

Waarschijnlijk zal het niet noodzakelijk zijn om bij iedere aandoening waarvoor een 3B-richtlijn wordt ontwikkeld in te gaan op de juridisch-maatschappelijke aspecten. De commissie meent dat het aanbeveling verdient om, naar analogie van de blauwdruk ‘Arbeid in richtlijnen’, een leidraad ‘Juridisch-maatschappelijke aspecten in richtlijnen’ te ontwikkelen, waarin wordt aangegeven wanneer en hoe juridisch-maatschappelijke aspecten in 3B-richtlijnen aan de orde moeten komen.

De commissie geeft een overzicht van de eisen waaraan 3B-richtlijnen naar haar mening moeten voldoen in het ‘Toetsingskader 3B-richtlijnen’ (zie kader op volgende bladzij).

* Denk bijvoorbeeld aan een situatie waarin vrijwel direct sprake is van ‘geen duurzaam benutbare mogelijkheden’. Die situatie kan directe financiële consequenties hebben voor de patiënt en diens werkgever.

Toetsingskader 3B-richtlijnen

- De richtlijn voldoet aan de criteria van het AGREE Instrument (zie bijlage D).
- De richtlijn voldoet aan de blauwdruk 'Arbeid in richtlijnen' (zie bijlage E).
- Beoordelende, behandelende en begeleidende disciplines zijn betrokken bij het opstellen van de richtlijn.
- In de richtlijn komen aan de orde:
 - De aandoening:
 - Definitie
 - Epidemiologie
 - Etiologie
 - Diagnostiek:
 - Klinische diagnostiek
 - Multifactoriële probleemanalyse
 - Diagnostiek functionele mogelijkheden
 - Diagnostiek arbeidsmogelijkheden
 - Prognostiek:
 - Prognostiek symptomatisch herstel bij ongecompliceerd verloop
 - Prognostiek herstel arbeidsgeschiktheid bij ongecompliceerd verloop
 - Prognostiek bij complicaties
 - Bevorderende/belemmerende factoren symptomatisch herstel
 - Bevorderende/belemmerende factoren herstel arbeidsgeschiktheid
 - Statistische verdeling verzuimduur
 - Instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen
 - Behandeling en begeleiding:
 - Interventieplan gericht op symptomatisch herstel
 - Interventieplan gericht op werkhervatting
 - Evaluatiemomenten
 - Interdisciplinaire aspecten:
 - Verdeling verantwoordelijkheden
 - Samenwerking
 - Overleg
 - Verwijzing
 - Juridisch-maatschappelijke aspecten
 - Subsidies en reïntegratie-instrumenten
 - Samenstelling reïntegratiedossier en -verslag
 - Verzekeringsgeneeskundige poortwachertoets
 - Verzekeringsgeneeskundige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling
 - Afweging belangen werknemer/werkgever/maatschappij

5.4 Gegevens over verzuimduur zijn voor 3B-richtlijnen van groot belang

Goede empirische gegevens over de tijd die verstrijkt tussen ziekmelding en gedeeltelijke en volledige werkhervatting zijn voor de ontwikkeling van 3B-richtlijnen van groot belang. Er is een verdeling van de verzuimduur uit af te leiden die laat zien hoe, bij de verschillende typen gezondheidsproblemen, het werkhervattingspercentage gerelateerd is aan de tijdsduur die sinds de ziekmelding verlopen is. Aan de verzuimduurverdeling is globaal af te lezen binnen welke termijn de meeste mensen met een bepaalde aandoening weer gedeeltelijk of volledig aan de slag zijn en vanaf welk moment nog maar weinig mensen herstellen, zodat de arbeidsongeschiktheid chronisch dreigt te worden. Bij het vaststellen van de momenten van evaluatie van het herstelproces en bij de keuze van interventiestrategieën kan hiermee rekening worden gehouden.

Behalve de diagnose kunnen ook tal van andere factoren van praktisch belang zijn als mogelijke voorspellers van werkhervatting: specifieke kenmerken van de aandoening in kwestie en van de werksituatie, de ingezette interventies en persoonsgebonden factoren, zoals leeftijd, geslacht, co-morbiditeit, copingstijl en belasting in het dagelijks functioneren (zie 3.8). Ze kunnen helpen bij de tijdige signalering van het gevaar van stagnatie in het herstelproces en de daaruit voortvloeiende noodzaak tot nieuwe behandelings- en begeleidingsinitiatieven en kunnen in die zin eveneens bijdragen aan de ontwikkeling van 3B-richtlijnen.

De verzameling van gegevens over verzuimduur en mogelijke voorspellers daarvan, zoveel mogelijk geregistreerd in de context van *best practices*, zal een continu proces moeten zijn, willen ze een weerspiegeling kunnen zijn van zorgverlening conform de (actuele) richtlijnen.

Verwerkt in 3B-richtlijnen kunnen de gegevens over de verzuimduur indirect een bijdrage leveren aan verzuimbegeleiding, poortwachertoets en arbeidsgeschiktheidsbeoordeling. De commissie ziet geen rol weggelegd voor een separate ‘neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende hersteltermijnen’. Deze termijnen kunnen immers bij eenzelfde aandoening sterk variëren, afhankelijk van ziektekenmerken, werksituatie, toegepaste interventies en persoonsgebonden factoren. De wetenschappelijke gegevens ontbreken om voor individuele personen met een voldoende mate van precisie te voorspellen wanneer functioneel herstel en werkhervatting te verwachten zijn. Wanneer echter per aandoening de beschikbare prognostische kennis, met de relevante determinanten en overwegingen, geïntegreerd wordt in een richtlijn, biedt dat de beoordelende artsen het *state of the art* houvast dat zij nodig hebben om bij de arbeidsgeschikt-

heidsbeoordeling, in het licht van de stand van de kennis, individueel maatwerk te kunnen leveren. Een set 3B-richtlijnen die de beschikbare prognostische kennis omvat zal *de facto* de ambitie van de in het wetsvoorstel WIA genoemde lijst met hersteltermijnen van ziekten vervullen, op een wijze die in overeenstemming is met de stand van de medisch-wetenschappelijke kennis en met de aard van de medische praktijk.

5.5 3B-richtlijnontwikkeling vraagt om regie

Het ontwikkelingstraject van de 3B-richtlijnen kan per aandoening verschillend van karakter zijn. Voor veel aandoeningen zijn al disciplinespecifieke richtlijnen beschikbaar waarop kan worden voortgebouwd. Afhankelijk van de kwaliteit en de mate van overeenstemming van die richtlijnen en van de beschikbaarheid van nog niet eerder in richtlijnen verwerkte nieuwe wetenschappelijke *evidence*, zou de ontwikkeling van een 3B-richtlijn dan zijn beslag kunnen krijgen in een tamelijk lichte procedure waarin de meeste aandacht zal uitgaan naar de verwerking van een aantal arbeidsgelateerde aandachtspunten als reïntegratie en arbeidsgeschiktheidsbeoordeling. De 3B-richtlijn zou vervolgens een leidraad kunnen zijn bij een latere herziening van de disciplinespecifieke richtlijnen. In andere gevallen zou de ontwikkeling van de 3B-richtlijn een arbeidsintensiever en langduriger proces kunnen zijn, dat begint met een systematische samenvatting van de beschikbare *evidence* en dat via het gebruikelijke proces van multidisciplinaire consensusvorming uitmondt in een richtlijn die het vertrekpunt vormt voor de ontwikkeling van disciplinespecifieke richtlijnen en lokaal toe te passen protocollen.

Met het oog op de implementatie is het van belang dat de werkgroepen van deskundigen die de 3B-richtlijnen voorbereiden op draagvlak kunnen rekenen bij de betrokken beroepsgroepen. Om de actualiteit van de richtlijn te verzekeren zal het gehele ontwikkelingsproces binnen anderhalf jaar zijn beslag moeten krijgen.

De 3B-richtlijnen zijn geadresseerd aan de betrokken beroepsgroepen, maar impliceren tegelijkertijd criteria en normen aan de hand waarvan de herstel- en reïntegratie-inspanningen van de werknemer-patiënt en de werkgever beoordeeld zullen worden. Met het oog hierop zal ook in werknemers- en werkgeverskring opgebouwde expertise en ervaring moeten kunnen worden ingebracht. Toetsing door de Stuurgroep Verbetering poortwachter zou hiervoor een geëigende procedure kunnen zijn.

De commissie meent dat het aanbeveling verdient om een uit de betrokken disciplines samengestelde stuurgroep in te stellen die het dynamische veld van richtlijnontwikkeling kan overzien en waar nodig passende initiatieven kan

nemen om totstandkoming of herziening van 3B-richtlijnen te bevorderen. Behalve in de ontwikkeling van 3B-richtlijnen zou deze stuurgroep ook de regie kunnen voeren in de formulering van een aan de 3B-richtlijnontwikkeling gekoppelde onderzoeksagenda op het gebied van medisch handelen in relatie tot arbeid. Het is duidelijk dat de mogelijkheden om daadwerkelijk sturing te geven aan het richtlijnontwikkelingsproces mede afhankelijk zijn van de middelen waarover de stuurgroep kan beschikken.

5.6 ‘Lerende professionals’ moeten zich 3B-richtlijnen eigen maken

Richtlijnontwikkeling alleen is niet voldoende om de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren.¹⁰⁷ Als dat ergens duidelijk wordt, dan is het wel in de weerbarstige praktijk van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, waar kwaliteitsverbetering voor een belangrijk deel afhankelijk is van het ontstaan van samenhang en synergie in het handelen van disciplines die tot op heden vooral gescheiden opereren.^{108,109}

De vakkennis die in de 3B-richtlijnen is vastgelegd zal door de beoordelende, behandelende en begeleidende professionals in specifieke situaties bij individuele werknemers moeten worden toegepast. Zij zullen de deels nieuwe kennis van de richtlijnen moeten integreren in hun bestaande – onder invloed van oudere kennis, praktijkervaring, patiëntenvoorkeuren en praktische omstandigheden gegroeide – denkgewoonten en handelingspatronen. Dat is een lastig proces, dat veel meer behelst dan ‘aanvullen’ van oude met nieuwe kennis. Een actieve herbezinning op eigen ervaringskennis en routines is noodzakelijk om nieuwe inzichten in reeds opgebouwde professionele kennis en kunde in te kunnen vullen.¹⁰⁷

Continu leren, hoe veeleisend het ook is, moet en mag van professionals gevraagd worden, maar zij moeten daartoe ook de mogelijkheden krijgen. De organisaties waarbinnen zij functioneren zullen een klimaat moeten scheppen waarin nieuwe kennis systematisch wordt gemobiliseerd en uitgedragen, terwijl ingeslepen gewoonten en werkwijzen ter discussie worden gesteld en nieuwe aangeleerd.¹⁰⁷ In zo’n werkklimaat zullen intercollegiale toetsing en deskundigheidsbevordering op een vanzelfsprekende wijze deel uitmaken van het dagelijks handelen. De 3B-richtlijnen kunnen in een dergelijke omgeving daadwerkelijk bijdragen aan de verbetering van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid waarvoor ze zijn bedoeld.

De basis voor de toepassing van 3B-richtlijnen zal echter al gelegd moeten worden in de basisopleiding tot arts en de daarop aansluitende vervolgopleidingen. Daarin zullen artsen tot ‘lerende professionals’ moeten worden opgeleid.

Daarin zal ook het bewustzijn van het belang van de factor arbeid moeten worden bijgebracht en het besef van de verwevenheid van beoordelen, behandelen en begeleiden.

Mediprudentie

3B-richtlijnen en daarvan afgeleide verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en protocollen kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn bij de verzekeringsgeneeskundige arbeidsgeschiktheidsbeoordeling. Ze verschaffen het evaluatieve kader waarbinnen de verzekeringsgeneeskundige toetsing van de voorafgaande herstel- en reïntegratieinspanningen zich afspeelt. En ze helpen bij de reconstructie van de medische voorgeschiedenis die nodig is om te achterhalen waardoor het uitblijven van het herstel veroorzaakt is.

In dit hoofdstuk stelt de commissie zich de vraag of er naast de 3B-richtlijnen nog andere hulpmiddelen zijn waarmee de claimbeoordeling te onderbouwen is. Bij de ziektegevallen die na twee jaar ziekte uitmonden in een aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering is in de regel iets bijzonders aan de hand is. Het vergaren van *evidence* over dit soort ziektegevallen, in de in de geneeskunde gebruikelijke, klinisch-epidemiologische betekenis van de term, is een moeizame aangelegenheid. De verzekeringsarts zal het voorlopig moeten hebben van zijn door kennis en ervaring gevoede professionele deskundigheid. De claimbeoordeling als geheel is gebaat bij een zorgvuldige vormgegeven procedure, waarin ook andere expertise dan de verzekeringsgeneeskundige kan worden ingeroepen en een andere besluitvormende instantie dan de individuele verzekeringsarts. Het hoofdstuk mondt uit in een pleidooi voor de opbouw van ‘mediprudentie’, naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht.

6.1 Uitzonderlijke ziektegevallen bereiken de poort van de WIA

Slechts een zeer klein percentage van alle ziekmeldingen leidt tot twee jaar aan-
eengesloten ziekteverzuim en een aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuit-
kering. Indien zulk langdurig verzuim zich voordoet, is er in de regel iets
bijzonders aan de hand. Dat kan een relatief zeldzame, ernstige ziekte zijn, met
grote consequenties voor het functioneren, waarmee de meeste mensen niet meer
aan het werk komen, bijvoorbeeld een onbehandelbare kwaadaardige kanker, een
neurodegeneratieve of neuromusculaire ziekte, onbehandelbaar falen van een
vitale functie of een ernstige psychiatrische stoornis.

Er kan ook een vaker voorkomende chronische aandoening in het spel zijn,
bijvoorbeeld reumatoïde artritis of diabetes mellitus, waarmee veel mensen wel
in staat blijken weer aan het werk te gaan, maar sommigen niet – door bepaalde
ziektekenmerken, door hun persoonlijkheid of door specifieke sociale
(werk)omstandigheden. Niet zelden is co-morbiditeit aan de orde: het samen
voorkomen van verschillende aandoeningen bij één persoon, bijvoorbeeld coro-
naire hartziekte en depressie. Co-morbiditeit stelt niet alleen hoge eisen aan
behandelaars – terwijl de *evidence base* van het medisch handelen juist dan vaak
grote hiaten vertoont – maar trekt vooral ook een zware wissel op de veerkracht
en het aanpassingsvermogen van patiënten en hun (werk)omgeving.

Opvallend is, ten slotte, dat een groot deel van de huidige instroom in
arbeidsongeschiktheidsregelingen toe te schrijven is aan veelvoorkomende aan-
doeningen waarvan verreweg de meeste mensen ruim binnen twee jaar geheel
herstellen – al zullen ze bij sommigen wel opnieuw de kop opsteken. Het gaat
dan om aandoeningen als specifieke lage rugpijn, stressgerelateerde aandoenin-
gen, zoals spanningsklachten, overspanning en burn out, een depressieve episode
en hernia in de lage rug: allemaal diagnoses die behoren tot de top-10 van diag-
nosen met een hoge WAO-instroom. De werknemers die zich na twee jaar van
niet geslaagde reïntegratie-inspanningen aanmelden met een verzoek om een
arbeidsongeschiktheidsuitkering vormen dus vaak binnen hun ziektecategorie
uitzonderingen bij wie werkhervatting uitzonderlijk lang op zich laat wachten.

Het, op verschillende manieren, uitzonderlijke karakter van de ziektegevallen
die de poort van de WIA bereiken heeft consequenties voor het type kennis dat
erover beschikbaar is of verzameld kan worden. Na twee jaar ziekte is er geen
sprake meer van 'doorsnee' gevallen waarvan met enige moeite grote series ver-
zameld en aan nader onderzoek onderworpen kunnen worden. De klinisch-epide-
miologische *evidence* over prognostiek en de effectiviteit van interventies bij
arbeidsongeschiktheid na de loondoorbetalingsperiode zal dan ook in het alge-

meen schaars zijn en blijven. De zorgvuldige reconstructie van de individuele geschiedenis van begeleiding, behandeling, herstel en stagnatie gedurende de eerste twee ziektejaren zal waarschijnlijk ook bij het voortschrijden van het wetenschappelijk onderzoek een cruciaal onderdeel blijven van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling na de poortwachertoets.

6.2 Voorwaarden voor goede claimbeoordeling

De reconstructie van de medische voorgeschiedenis – breed opgevat, in de zin van de biopsychosociale benadering – voorziet in één van de noodzakelijke voorwaarden om de soms uitermate lastige arbeidsgeschiktheidsbeoordeling na twee jaar ziekte tot een goed einde te kunnen brengen. Bovendien is degelijke en *up-to-date* medische kennis nodig, onder andere over de relatie tussen ziektekenmerken en belastbaarheid, om de in het kader van de poortwachertoets vergaarde informatie goed te kunnen interpreteren en wegen. Maar vaak zullen deze medische informatie en expertise op zichzelf niet voldoende zijn om tot een eenduidige beoordeling te komen. De commissie sluit zich aan bij de vaststelling in de Memorie van toelichting bij het wetsvoorstel WIA dat de claimbeoordeling in het kader van de arbeidsongeschiktheidsregelingen een multidisciplinaire activiteit is, waarbij de procedure en zwaarte van het beoordelingsproces per individueel geval nader moeten worden ingevuld. Aanvullend feitenonderzoek kan noodzakelijk zijn, evenals de inbreng van specialistische medische en niet-medische expertise. Ook kan het aangewezen zijn de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid te leggen bij een ‘beslissingsautoriteit’, zoals in de Memorie van toelichting wordt voorzien in gevallen van mogelijk volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid. De commissie meent dat ook bij andere gecompliceerde beoordelingsproblemen een dergelijke beslissingsautoriteit zou moeten kunnen worden ingeroepen.

Verhoging van de kwaliteit en efficiëntie van de verzekeringsgeneeskundige arbeidsgeschiktheidsbeoordeling zal ook de komende jaren een punt van aandacht moeten blijven. Nieuwe benaderingen van het claimbeoordelingsprobleem kunnen daarbij niet bij voorbaat van overweging worden uitgesloten. Tijdens de hoorzitting kwam bijvoorbeeld het voorstel* aan de orde om op een andere wijze gebruik te gaan maken van het professionele oordeelsvermogen van verzekeringsartsen. In de huidige claimbeoordelingsprocedure, die ook onder de WIA van kracht blijft, specificeert de verzekeringsarts in hoeverre iemands functionele mogelijkheden door ziekte beperkt zijn. De arbeidskundige gaat vervolgens

* van de heer drs HPG Mulders, UWV, Amsterdam

na welke van de vele duizenden in het CBBS opgenomen functies de persoon in kwestie met de resterende functionele mogelijkheden in theorie zou kunnen vervullen. Deze analytische benadering heeft zijn problemen: de moeilijkheid om op een reproduceerbare wijze voor alle onderscheiden functionele mogelijkheden de vraag te beantwoorden in hoeverre deze door ziekte (en niet door andere factoren) beperkt zijn; de moeilijkheid om het geheel van iemands arbeidscapaciteit – en aan de arbeidskundige kant: het geheel van de vereisten van een bepaalde functie – te vangen in een set scores op specifieke dimensies; de moeilijkheid om na te gaan of de onderscheiden functionele mogelijkheden passen bij de onderscheiden functievereisten. Deze problemen zouden mogelijk te omzeilen zijn door het gehele spectrum aan arbeidsplaatsen in Nederland samen te vatten in een beschrijving van een beperkt aantal, bijvoorbeeld tien, functietypen. In deze benadering zouden verzekeringsartsen zich, door beschrijvingen van deze functies vanuit verschillende perspectieven en door eigen observatie op de werkvloer, een levendige voorstelling moeten vormen van de eisen die deze functies stellen aan het functioneren. Het arbeidsgeschiktheidsoordeel zou vervolgens het karakter kunnen krijgen van een uitspraak door de verzekeringsarts over iemands geschiktheid, gegeven zijn gezondheidstoestand, voor de uitoefening van elk van deze tien functies. Op deze manier zou op het medisch-professionele oordeelsvermogen een sterker beroep worden gedaan dan in de nu gangbare benadering.

6.3 De opbouw van mediprudentie

Op dit moment zijn er geen mogelijkheden om, in aanvulling op de 3B-richtlijnen, de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling na de poortwachertoets met specifiek voor dat doel ontwikkelde ‘wetenschappelijk onderbouwde hulpmiddelen’ te ondersteunen. Wel is het mogelijk om te beginnen met wat in de Nota van toelichting bij de recente wijziging van het Schattingsbesluit (oktober 2004), naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht, de opbouw van ‘mediprudentie’ wordt genoemd. De commissie vat deze term breed op, zodat niet alleen, zoals in de toelichting op het Schattingsbesluit, die situaties eronder vallen waarin wordt afgezien van arbeidskundige beoordeling, maar ook de claimbeoordelingsbesluiten waarbij zowel verzekeringsartsen als arbeidskundigen betrokken zijn. Zij verstaat onder mediprudentie een voor alle betrokkenen bij het beoordelingsproces toegankelijke verzameling van schriftelijk vastgelegde, goed beargumenteerde, gewogen en becommentarieerde claimbeoordelingsbesluiten. Het ligt voor de hand dat in de opbouw van de mediprudentie alle bij de claimbeoordeling betrokken beoordelende instanties (verzekeringsartsen, arbeidskundigen, UWV, de in te stellen beslissingsautoriteit, de rechtbanken, de

Centrale Raad van Beroep) betrokken worden. De precieze vormgeving van het mediprudentie-systeem dient nader te worden uitgewerkt, met inachtneming van privacyaspecten. Er zal voorzien moeten worden in een procedure waardoor niet alleen bestreden afwijzingen van uitkeringsclaims die voor de rechter of voor de Centrale Raad van Beroep komen, bijdragen aan de opbouw van mediprudentie, maar ook de relevante niet bestreden afwijzingen en toekenningen van uitkeringen. Voorts zal men vorm moeten geven aan de geregleerde publicatie van relevante beoordelingsuitspraken, met commentaar van onafhankelijke experts.

Beoordelingen van nieuwe claims zouden voortaan mede in het licht van de beschreven mediprudentie voltrokken en beargumenteerd moeten worden en op hun beurt een rol moeten spelen in de verdere accumulatie daarvan. De zich aldus ontwikkelende mediprudentie zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de explicitering van de bij de claimbeoordeling gehanteerde normen – een zaak waaraan tot nu toe, anders dan aan de formulering van de eisen die moeten gelden ten aanzien van informatieverzameling en bewijsvoering bij de claimbeoordeling, slechts weinig aandacht is besteed. De opbouw van mediprudentie zal naar verwachting bijdragen aan de verkleining van onverantwoorde verschillen in de claimbeoordeling, afhankelijk van tijd, plaats en beoordelaar. Op termijn zal mediprudentie ook een rol kunnen spelen in de evaluatie van de verzekeringsgeneeskundige toepassing van 3B-richtlijnen en daarmee indirect in de bijstelling van die richtlijnen.

De commissie maakt onderscheid tussen enerzijds mediprudentie en anderzijds de inzichten die kunnen voortkomen uit kwalitatief wetenschappelijk onderzoek naar het verschijnsel arbeidsongeschiktheid en de beoordeling daarvan. Ook dat kwalitatieve onderzoek acht zij potentieel van groot belang. Zij komt hierop terug in het volgende hoofdstuk.

Wetenschappelijk onderzoek

In hoofdstuk 3 stelde de commissie vast dat de wetenschappelijke kennis die het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid onderbouwt, vele leemten vertoont. Zij sluit zich aan bij de aanbevelingen van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) gericht op de versterking van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek in Nederland.²¹ Zij acht de door de RGO geïdentificeerde thema's voor onderzoek – zoals de voorspelling van langdurig ziekteverzuim, de interdoktervariatie bij de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling, de afstemming tussen verzekeringsarts, bedrijfsarts en behandelend arts, de samenhang tussen persoonlijkheidsstructuur en mate en duur van arbeidsongeschiktheid, de ontwikkeling van *evidence based* methoden voor beoordeling en prognosestelling – van groot belang.

Ook het RGO-advies over arbeids- en bedrijfsgeneeskunde heeft nog niet aan waarde ingeboet. De commissie wijst met name op het in dit advies benadrukte belang van onderzoek gericht op ontwikkeling en evaluatie van bedrijfsgeneeskundige interventies en instrumenten.²⁰

Langs de door het RGO aangegeven lijnen is al veel in gang gezet. Zo hebben het UWV en de beide Amsterdamse universiteiten de handen ineengeslagen om te komen tot een Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde. Maar de factor arbeid zou ook veel meer dan nu gangbaar is een plaats kunnen en, naar de mening van de commissie, moeten krijgen in het medisch-wetenschappelijk onderzoek dat zich niet primair richt op verzekeringsgeneeskunde en bedrijfsge-

neeskunde. De variabelen ‘werkhervatting’ en – minder makkelijk te operationaliseren, maar pogingen daartoe zeker waard – ‘arbeidsgeschiktheid’ zouden meegenomen kunnen worden in bijvoorbeeld het onderzoek naar het verloop van aandoeningen en de effectiviteit van medische behandelingen. Waarschijnlijk zijn ook op basis van reeds bestaande gegevensbestanden al analyses uit te voeren die, bijvoorbeeld waar het gaat over de prognostiek van ziekteverzuim, voor de ontwikkeling van 3B-richtlijnen van belang kunnen zijn. Zo is het de commissie bekend dat op het gebied van de psychiatrie en de revalidatiegeneeskunde onderzoeksbestanden beschikbaar zijn die onder andere, tot nog toe ongebruikte, gegevens bevatten over het functioneren in arbeid.

Voorts meent de commissie dat met name de kwaliteit van de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling gebaat zou kunnen zijn bij de uitkomsten van kwalitatief onderzoek. Van de gebruikelijke klinisch-epidemiologische *evidence*, zo stelde de commissie vast in het vorige hoofdstuk, is bij de beoordeling van de in de regel uitzonderlijke ziektegevallen die de poort van de WIA bereiken weinig steun te verwachten. Door middel van kwalitatief onderzoek vergaarde inzichten in de aard van het onvermogen om te werken, in de omstandigheden die in ontstaan en voortbestaan ervan een rol spelen en in de zienswijzen, gevoelens en beweegredenen die erbij in het geding kunnen zijn, kunnen een rol spelen in het genereren van vraagstellingen voor kwantitatief, klinisch-epidemiologisch onderzoek, maar kunnen ook op zichzelf een belangrijke bijdrage leveren aan de versterking van de deskundigheid van verzekeringsartsen. Kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop in de praktijk arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en ook behandeling en begeleiding bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zich voltrekken, zou eveneens van waarde kunnen zijn.¹¹⁰

Aanbevelingen

In de voorafgaande hoofdstukken heeft de commissie betoogd dat de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid verbetering behoeft. Ontwikkeling van door alle betrokken beroepsgroepen gedragen 3B-richtlijnen kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren. Resultaten van het internationale wetenschappelijk onderzoek zullen hierbij maximaal benut moeten worden. Ook is een belangrijke rol weggelegd voor systematisch verzamelde Nederlandse gegevens over het tijdsverloop tussen ziekmelding en werkhervatting bij de verschillende typen gezondheidsproblemen. De commissie meent dat de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming, behalve door de 3B-richtlijnen, ondersteund en verder ontwikkeld zal moeten worden door de opbouw van ‘mediprudentie’.

Op grond hiervan formuleert de commissie de volgende aanbevelingen:

- 1 De commissie beveelt aan een vanuit de betrokken disciplines samengestelde stuurgroep in te stellen die de regie voert in de ontwikkeling en herziening van ‘3B-richtlijnen’ – dat wil zeggen: overkoepelende, disciplineoverstijgende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding bij gezondheidsproblemen die leiden tot ziekteverzuim – en in de formulering van een daaraan gekoppelde onderzoeksagenda op het gebied van medisch handelen in relatie tot arbeid.

- 2 De commissie beveelt aan om onder auspiciën van deze stuurgroep, naar analogie van de blauwdruk ‘Arbeid in richtlijnen’, een leidraad ‘juridisch-maatschappelijk aspecten in medische richtlijnen’ te ontwikkelen. Deze leidraad zal in moeten gaan op a) de vraag wanneer aandacht voor de juridisch-maatschappelijke context in medische richtlijnen relevant is, b) welke aspecten daarin betrokken zouden moeten worden en c) op welke wijze deze aspecten in richtlijnen moeten worden uitgewerkt.
- 3 De 3B-richtlijnen moeten voldoen aan de in dit advies uitgewerkte eisen. Ze dienen multidisciplinair en *evidence based* te zijn, moeten aandacht hebben voor functionele mogelijkheden en prognose, voor werksituatie, reïntegratie-interventies en juridisch-maatschappelijke aspecten en dienen tijdsafhankelijke signalering van stagnatie in het herstelproces mogelijk te maken.
- 4 Gegevens over het tijdsverloop tussen ziekmelding en werkhervatting, en de mogelijke determinanten daarvan, zijn van groot belang voor de ontwikkeling van 3B-richtlijnen. Het verdient aanbeveling om de verzameling van deze gegevens continu en in de context van *best practices* te doen plaatsvinden, zodat ze een afspiegeling zijn van zorgverlening conform de (actuele) richtlijnen.
- 5 De commissie pleit voor een continue en cumulatieve opbouw van ‘mediprudentie’, naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht. Beoordelingen van nieuwe aanvragen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen kunnen dan voortaan voltrokken en beargumenteerd worden in het licht van de reeds beschreven, gewogen en becommentarieerde beoordelingscasus.

Gelet op de inwerkingtreding van de WIA op 1 januari 2006 en het verzoek van de minister om advies over de ontwikkeling van hulpmiddelen voor de claimbeoordeling die op dat moment beschikbaar kunnen zijn, beveelt de commissie aan nog dit jaar een begin te maken met de uitvoering van bovenstaande aanbevelingen. Om een snelle start mogelijk te maken adviseert de commissie het volgende:

- 6 De commissie beveelt aan om voor vijf tot tien aandoeningen die een substantieel deel van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek betreffen,* ont-

* De gedachten van de commissie gaan voornamelijk uit naar de volgende aandoeningen: chronische specifieke rugklachten, hartinfarct, depressie, spanningsklachten, chronische-vermoeidheidssyndroom, cerebrovasculaire aandoening, hernia nuclei pulposi, borstkanker, angststoornissen, whiplash.

werpprotocolen op te stellen ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van poortwachertoets en claimbeoordeling. Deze protocollen zouden gebaseerd moeten zijn op onlangs verschenen richtlijnen in verband met deze aandoeningen en zouden moeten worden opgesteld door multidisciplinaire werkgroepen die zoveel mogelijk zijn samengesteld uit leden van de werkgroepen die deze richtlijnen ontwikkeld hebben. De opgestelde protocollen kunnen nadien betrokken worden bij de voorbereiding van volwaardige 3B-richtlijnen.

- 7 Zij beveelt aan om voor elk van de aandoeningen waarvoor deze protocollen ontwikkeld zijn, op basis van dossiers van reeds afgeronde claimbeoordelingen, een aantal concrete beoordelingscasus te beschrijven, te analyseren en te becommentariëren, zodat een reeks casusbeschrijvingen met expliciete argumentering en weging van de claimbeoordeling beschikbaar komt.
- 8 Het verdient aanbeveling de ontwerpprotocolen en casuïstische analyses door een multidisciplinair samengestelde commissie van deskundigen te laten toetsen en becommentariëren in het licht van de stand van wetenschap op het gebied van medisch handelen in relatie tot arbeid. Deze commissie zou hieraan nadere aanbevelingen kunnen verbinden ter verhoging van kwaliteit en doelmatigheid van het claimbeoordelingsproces.

De Gezondheidsraad is bereid om desgewenst de uitvoering van deze korte termijn aanbevelingen op zich te nemen. Zo nodig zou de Gezondheidsraad ook een rol kunnen spelen in de beginfase van de uitvoering van de aanbevelingen voor de langere termijn. Bij de uitvoering van de aanbevelingen is betrokkenheid van beroepsverenigingen, UWV, STECR/Laboretum, het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde, TNO Kwaliteit van leven en andere in aanmerking komende, al of niet universitaire, kennis- en onderzoekscentra van groot belang.

Literatuur

-
- 1 Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004: 2004/20E.
 - 2 Knepper S, Croon NHTh. Arbeidsongeschiktheid in Nederland: een gezondheidskundige balans. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135(7): 267-272
 - 3 Buijs PC. Groeiend bestuurlijk draagvlak voor betere Arbo-curatieve samenwerking. TBV 2001; 9: 177-182
 - 4 Tordoir WF. Project Gezondheidszorg en lange ziekteduren, rapport III. Sociale Verzekerings Raad; 1978.
 - 5 Soeters J. Patient, gezondheidszorg en langdurige ziekte. Een onderzoek onder 213 langdurig zieke werknemers in Zuid-Limburg [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 1983.
 - 6 Groothoff JW. Gezondheidszorg en 3-maands verzuimgevallen. Tijdschr voor soc geneesk 1981; 55: 430-438
 - 7 Schröer CAP. Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 1993.
 - 8 Knepper S, Feenstra H. Ziekte of gedrag; basisbegrippen bij de behandeling van arbeidsongeschikten. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135(37): 1672-1676
 - 9 Amstel RJ, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar. Samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts bij SMB. Amsterdam: NIA/TNO; 1997.
 - 10 Anema H, Buijs PC, van Amstel RJ, van Putten DJ. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Utrecht: NVAB/LHV; 2002.
 - 11 Heideman JMC, Engels JA, Gulden JWJvd. Knelpunten in de arbo-curatieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts. Tijdschr Gezondheidswet 2002; 80(3): 185-190
-

- 12 Pronk JD, Franchimont M, Hauer H. Arbocuratieve samenwerking: leren van implementeren. Tijdschr Gezondheidswet 2003; 81: 505-509
- 13 Nauta N. Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen [Proefschrift]. Open Universiteit Heerlen; 2003.
- 14 van der Gulden JWJ. Kunnen artsen wel samenwerken als het om ziekteverzuim gaat? Tijdschr Gezondheidswet 2003; 81: 159-161
- 15 Dute JCJ, Kelder MJ. Juridische aspecten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In: van der Klink JJJ, Terluin B, editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn Stafleu Logum; 2005: 233-255.
- 16 Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA). Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen. Den Haag: CPA; 2001.
- 17 Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid. Werk maken van arbeidsongeschiktheid. Doetinchem: Elsevier Bedrijfsinformatie; 2001.
- 18 Sociaal-Economische Raad. Werken aan arbeidsgeschiktheid. Den Haag: SER; 2002.
- 19 van Lieshout PAH. Sociale Zekerheid en Zorg. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; 2003.
- 20 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek; 2003.
- 21 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek; 2004.
- 22 Willems JHBM, Croon NHTh, Korten JW, red. Handboek Arbeid en belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- 23 Schene AH, van Weeghel J, van der Klink JJJ, van Dijk FJJ. Psychische aandoeningen en arbeid: de interventies. In: Schene AH, Boer F, Heeren TJ, editors. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem; 2005: 251.
- 24 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.
- 25 Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/06.
- 26 Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HC, van Mechelen W. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occup Environ Med 2004; 61(4): 289-294
- 27 Balmes J, Becklake M, Blanc P, e.a. American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167(5): 787-797
- 28 Boggild H, Knutsson A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. Scand J Work Environ Health 1999; 25(2): 85-99
- 29 Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? Scand J Work Environ Health 2004; 30(2): 85-128
-

- 30 Lotters F, Burdorf A, Kuiper J, Miedema H. Model for the work-relatedness of low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29(6): 431-440
- 31 Spreeuwers D, Pal TM, van der Laan G. Signaleringsrapporten beroepsziekten 2000 t/m 2004. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; 2004.
- 32 Gründemann RWM, Nijber ID. WAO-intrede en werkhervatting [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 1998.
- 33 Schellart AJM, van Deynen R, Korten JW. Beroep en ziekte in de WAO. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde* 1990; 28: 6-10
- 34 Kremer AM, van den Heuvel SG, Jettinghof K, van Putten DJ. WAO instroom door beroepsgebonden aandoeningen van huid, longen en luchtwegen. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; 2002.
- 35 Paggiaro PL, Vagaggini B, Bacci E, Bancalari L, Carrara M, Di Franco A et al. Prognosis of occupational asthma. *Eur Respir J* 1994; 7(4): 761-767
- 36 Cahill J, Keegel T, Nixon R. The prognosis of occupational contact dermatitis in 2004. *Contact Dermatitis* 2004; 51(5-6): 219-226
- 37 Bartels D. Adherence to oral therapy for type 2 diabetes: opportunities for enhancing glycemic control. *J Am Acad Nurse Pract* 2004; 16(1): 8-16
- 38 Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, Linden W. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart* 2005; 91(1): 10-14
- 39 Keller MB. Improving the course of illness and promoting continuation of treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 15: 10-14
- 40 Schrieber L, Colley M. Patient education. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004; 18(4): 465-476
- 41 Worth H, Dhein Y. Does patient education modify behaviour in the management of COPD? *Patient Educ Couns* 2004; 52(3): 267-270
- 42 Smulders PW, Veerman TJ. Handboek ziekteverzuim. Den Haag: Uitgeverij Delwel; 1990.
- 43 Gezondheidsraad. Contouren van het basispakket. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003: 2003/02.
- 44 Gezondheidsraad. Het chronische-vermoeidheidssyndroom. De Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/02.
- 45 Van Houdenhove B. Fibromyalgia: a challenge for modern medicine. *Clin Rheumatol* 2003; 22(1): 1-5
- 46 Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *J Endocrinol* 1999; 160(1): 1-12
- 47 Newport DJ, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Neurobiol* 2000; 10(2): 211-218
- 48 Ursin H. Psychosomatic medicine: state of the art. *Ann Med* 2000; 32(5): 323-328
- 49 van Wilgen CP, Keizer D. Het sensibilisatiemodel: een methode om een patiënt uit te leggen wat chronische pijn is. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148(51): 2535-2538
-

- 50 Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E, Stansfeld SA. Low job control
and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ* 1997; 314(7080):
558-565
- 51 Stansfeld SA. Commentary: The problem with stress: minds, hearts and disease. *Int J Epidemiol*
2002; 31(6): 1113-1116
- 52 Spreeuwens D, Kuier P, Sluiter J, Pal T, e.a. Signaleringsrapport Beroepsziekten '04. Amsterdam:
Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; 2004.
- 53 Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT et al. Depression and
cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2001;
58(3): 221-227
- 54 van Hout HP, Beekman AT, de Beurs E, Comijs H, van Marwijk H, de Haan M et al. Anxiety and the
risk of death in older men and women. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 399-404
- 55 Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Hoekstra T, Schouten EG. Dispositional optimism and all-cause
and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Arch Gen*
Psychiatry 2004; 61(11): 1126-1135
- 56 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;
196(4286): 129-136
- 57 Grol RPTM. To heal or to harm. The prevention of somatic fixation in general practice. Exeter: The
Royal College of General Practitioners; 1988.
- 58 Blankenstein AH. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach.
[Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2001.
- 59 Mayou R, Farmer A. ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes.
BMJ 2002; 325(7358): 265-268
- 60 Bongers PM, de Vet HC, Blatter BM. [Repetitive strain injury (RSI): occurrence, etiology, therapy
and prevention]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146(42): 1971-1976
- 61 van Eijdsden-Besseling MDF, Peeters FPML, Reijnen JAW, de Bie RA. Perfectionism and coping
strategies as risk factors for the development of non-specific work-related upper limb disorders
(WRULD). *Occup Med (Lond)* 2004; 54: 122-127
- 62 Henderson M, Kidd BL, Pearson RM, White PD. Chronic upper limb pain: an exploration of the
biopsychosocial model. *J Rheumatol* 2005; 32(1): 118-122
- 63 Nieuwenhuijsen K. Employees with common mental disorders [Proefschrift]. Amsterdam:
Universiteit van Amsterdam; 2004.
- 64 Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and
depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 111-
117
- 65 Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors
of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002; 27(5): E109-E120
-

- 66 Smith TW, Glazer K, Ruiz JM, Gallo LC. Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *J Pers* 2004; 72(6): 1217-1270
- 67 Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10(4): 241-248
- 68 Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- 69 Schene AH, van der Klink JJL, Lucassen P. Depressie. In: van der Klink JJL, Terluin B, editors. *Psychische problemen en werk*. Houten: Bohn Stafleu Logum; 2005: 343-371.
- 70 Vlaeyen JW, Smeets RJ, Mulder HP, Pelt RA, Bakker-Boerriqter AH. [Secondary prevention of chronic low back pain: a behavior-oriented approach]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137(31): 1544-1549
- 71 Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res* 2004; 56(4): 445-448
- 72 Cooper CB. Determining the role of exercise in patients with chronic pulmonary disease. *Med Sci Sports Exerc* 1995; 27(2): 147-157
- 73 Meijer EM, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; June 15 [epub ahead of print]
- 74 Staal JB. Lowback pain, graded activity and return to work [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2003.
- 75 Heymans MW. The cost-effectiveness of back schools in occupational care, the BOC study [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2004.
- 76 Elders LA, van der Beek AJ, Burdorf A. Return to work after sickness absence due to back disorders- a systematic review on intervention strategies. *Int Arch Occup Environ Health* 2000; 73(5): 339-348
- 77 van Tulder MW, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2): CD002014
- 78 van den Hout JHC, Vlaeyen JWS, Heuts PHTG. Secondary prevention of workrelated disability in nonspecific low back pain: Does problem-solving therapy help? Randomized clinical trial. *Clin J Pain* 2003; 19: 87-96
- 79 van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003; 60(6): 429-437
- 80 Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003; 60 Suppl 1: i21-i25
- 81 de Vries G, Kikkert MJ, Schene AH. Helpt arbeidshulpverlening bij patiënten met een depressie? *Ned Tijdschrift voor Ergotherapie* 2003; 31: 103-108

- 82 de Croon EM, Hugenholtz NIR, Nieuwenhuijsen K, Blonk RW, van Dijk F. Effectiviteit van
persoonsgebonden interventies bij verzuim door psychische aandoeningen. *TBV* 2005; 13: 231-235
- 83 van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related
stress. *Am J Public Health* 2001; 91(2): 270-276
- 84 Mittag O, Kolenda KD, Nordman KJ, Bernien J, Maurischat C. Return to work after myocardial
infarction/coronary artery bypass grafting: patients' and physicians' initial viewpoints and outcome
12 months later. *Soc Sci Med* 2001; 52(9): 1441-1450
- 85 Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return
to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996; 312(7040): 1191-
1194
- 86 Broadbent E, Petrie KJ, Ellis CJ, Ying J, Gamble G. A picture of health--myocardial infarction
patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study. *J Psychosom Res*
2004; 57(6): 583-587
- 87 Kremer AM. COPD and Work. Hoofddorp: TNO; 2003.
- 88 Boot CRL. Sick leave in asthma and COPD. The role of the disease, adaptation, work, psychosocial
factors and knowledge [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen; 2004.
- 89 Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after
myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med* 2002;
64(4): 580-586
- 90 Kremer AM, Anema JR. Kwantificering van hersteltijden. Een gezamenlijk referentiekader voor
bedrijfsarts en specialist. Hoofddorp: TNO; 2004.
- 91 Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ. Determinants of duration of disability
and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *Am J Ind*
Med 2001; 40(4): 464-484
- 92 Waddell G, Burton AK, Main CJ. Screening to identify people at risk of long term incapacity for
work. Londen: Royal Society of medicine press; 2003.
- 93 Haldorsen EM, Indahl A, Ursin H. Patients with low back pain not returning to work. A 12-month
follow-up study. *Spine* 1998; 23(11): 1202-1207
- 94 Tate RB, Yassi A, Cooper J. Predictors of time loss after back injury in nurses. *Spine* 1999; 24(18):
1930-1935
- 95 Feuerstein M, Berkowitz SM, Huang GD. Predictors of occupational low back disability:
implications for secondary prevention. *J Occup Environ Med* 1999; 41(12): 1024-1031
- 96 Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA et al. Psychosocial factors
predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain*
2004; 107(1-2): 77-85
- 97 van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. Prediction of return-to-work of low back pain patients
sicklisted for 3-4 months. *Pain* 2000; 87(3): 285-294
-

- 98 van den Heuvel SG, Ariens GA, Boshuizen HC, Hoogendoorn WE, Bongers PM. Prognostic factors related to recurrent low-back pain and sickness absence. *Scand J Work Environ Health* 2004; 30(6): 459-467
- 99 de Croon EM, Sluiter JK, Nijssen TF, Dijkmans BA, Lankhorst GJ, Frings-Dresen MH. Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis* 2004; 63(11): 1362-1367
- 100 Muller-Nordhorn J, Gehring J, Kulig M, Binting S, Klein G, Gohlke H et al. [Return to work after cardiologic rehabilitation]. *Soz Praventivmed* 2003; 48(6): 370-378
- 101 Swinkels JA, Burgers JS, Assendelft WJJ, e.a. Doel van richtlijnontwikkeling. In: van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, e.a., editors. *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004: 3-10.
- 102 Miettinen OS. Knowledge base of scientific gnosis: I. Knowledge base of scientific gnosis as one of occurrence relations. *J Eval Clin Pract* 2004; 10(2): 353-355
- 103 Geijer RMM, Burgers JS, van der Laan JR, e.a., editors. *NHG-Standaarden voor de huisarts I*. Utrecht: Bunge; 1999.
- 104 Valk M, Bastiaanssen MMH, Verbeek JH, Hulshof CTJ. Richtlijnen en arbo-curatieve samenwerking. In: van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, e.a., editors. *Evidence-based richtlijnontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004: 363-373.
- 105 van Egmond JJ. *Secondary Gain in Psychiatry* [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2005.
- 106 Inspectie Werk en Inkomen. *Uitvoering en effectiviteit reïntegratievoorzieningen en -instrumenten*. Den Haag: Inspectie Werk en Inkomen; 2005.
- 107 Gezondheidsraad. *Van implementeren naar leren*. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000: 2000/18.
- 108 Venema A, Anema JR, van Amstel RJ, e.a. Samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen. Longitudinaal onderzoek naar aanleiding van regionale samenwerkingsprojecten. *Tijdschr Gezondheidswet* 2005; 83: 286-290
- 109 Somai T, Schellevis F, van der Burg JCM, e.a. Visie van de huisarts op de samenwerking met bedrijfsartsen anno 2003 nog onveranderd. *Tijdschr Gezondheidswet* 2005; 83: 265-271
- 110 Patel VL, Kaufman DR, Magder SA, e.a. The acquisition of medical expertise in complex dynamic environments. In: Ericsson KA, editor. *The road to excellence; the acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1996: 127.
- 111 Burgers JS, Boluyt N, Assendelft WJJ. Methoden van richtlijnontwikkeling. In: van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, e.a., editors. *Evidence-based richtlijnontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004: 18-35.
-

A	De adviesaanvraag	79
B	De commissie	83
C	Deelnemers hoorzitting	87
D	AGREE Instrument	89
E	Arbeid in richtlijnen	91
F	Gepubliceerde richtlijnen	95

Bijlagen

De adviesaanvraag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hoogachtend,

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

De commissie

-
- prof. dr JA Knottnerus, *voorzitter*
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
 - prof. dr WJJ Assendelft
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
 - dr WEL de Boer
verzekeringsarts, senior onderzoeker/adviseur TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
 - prof. dr MHW Frings-Dresen
hoogleraar beroepsziekten, Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - prof. dr JW Groothoff
hoogleraar arbeid en gezondheid, Universitair Medisch Centrum Groningen
 - prof. dr JWM Hazes
hoogleraar reumatologie Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - dr JJL van der Klink
bedrijfsarts, psycholoog, programmamanager Netherlands School of Public & Occupational Health, Amsterdam
 - dr H Kroneman
verzekeringsarts, medisch adviseur UWV, Amsterdam
 - prof. dr E Lindeman
hoogleraar revalidatie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
-

- prof. dr AH Schene
hoogleraar psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr ir T Smid
hoogleraar arbeidsomstandigheden, Vrije Universiteit, Amsterdam
senior adviseur KLM Arbo Services, Schiphol
- dr B Sorgdrager
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
- prof. dr JHBM Willems
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; programmadirecteur TNO Kwaliteit van Leven, Delft
- drs L van Rossum du Chattel, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- dr JND de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag
- AHJM Sterk, *secretaris*
verzekeringsarts, Gezondheidsraad, Den Haag

De commissie consulteerde de volgende deskundigen:

- prof.dr mr JCJ Dute
hoogleraar gezondheidsrecht, Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof.mr AJCM Geers
hoogleraar sociaal recht, Universiteit Maastricht
- prof.mr S Klosse
bijzonder hoogleraar recht der sociale zekerheid, Universiteit Maastricht

De commissie dankt dr TM Pal, bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam, voor zijn bijdragen aan de hoofdstukken 2 en 3.

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel

van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekle-
den, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor
het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of
gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseur-
schap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige
gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats
van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars
eventuele belangen op de hoogte zijn.

Deelnemers hoorzitting

-
- drs JPA Bakkum
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
 - M Bastiaanssen
bedrijfsarts, beleidsmedewerker KNMG, Utrecht
 - dr PC Buijs,
bedrijfsarts, TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
 - FL van Duijn
verzekeringsarts, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsge-
neeskunde, Geldermalsen
 - ADJ van der Geest-Blankert
bedrijfsarts, bestuur NVAB, Eindhoven
 - dr AN Goudswaard
huisarts, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG,
Utrecht
 - CMGJ Houtzagers, arts
directeur Sociaal Medische Zaken, UWV, Amsterdam
 - drs N Knols
CG-Raad, Utrecht
 - drs GH van Kuilenburg
bedrijfsarts, projectleider DSA Laboretum, STECR Platform Reïntegratie,
Hoofddorp
-

- drs HPG Mulders
arbeids- en organisatiepsycholoog, senior beleidsmedewerker UWV, Amsterdam
- dr TM Pal
bedrijfsarts, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
- GBGJ van Rooy
bedrijfsarts, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht
- mr drs DWM Weesie
directeur bestuurlijke en juridische zaken ArboNed N.V., vertegenwoordiger van BOA, Den Haag

AGREE Instrument

Het *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument* (AGREE Instrument) kan gebruikt worden voor de evaluatie van bestaande richtlijnen, maar ook als checklist bij de ontwikkeling van nieuwe.¹¹¹ Het omvat 23 criteria, verdeeld over zes domeinen:

Onderwerp en doel

- 1 Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.
- 2 De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.
- 3 De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.

Betrokkenheid van belanghebbenden

- 4 De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen.
 - 5 Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.
 - 6 De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.
 - 7 De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.
-

Methodologie

- 8 Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
- 9 De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.
- 10 De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.
- 11 Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.
- 12 Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijk bewijsmateriaal.
- 13 De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.
- 14 Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.

Helderheid en presentatie

- 15 De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.
- 16 De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.
- 17 De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.
- 18 De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.

Toepassing

- 19 De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.
- 20 De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.
- 21 De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.

Onafhankelijkheid van de opstellers

- 22 De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.
 - 23 Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.
-

Arbeid in richtlijnen

Blauwdruk voor de aanpak van werkgerelateerde interventies in richtlijnen¹⁰⁴

Doel

Het doel van deze blauwdruk is het aspect ‘werk’ systematisch bij de ontwikkeling van een richtlijn te betrekken.

Methode

In de eerste plaats wordt nagegaan of het op grond van kwantitatieve of kwalitatieve aspecten zinvol is om werk-gerelateerde interventies verder te onderzoeken. Er wordt nagegaan of oorzaken in het werk en arbeidsongeschiktheid bij de betreffende aandoening een belangrijke rol spelen. Vervolgens wordt zoals bij alle andere interventies literatuuronderzoek uitgevoerd om te kijken of er *evidence* is dat deze interventies deze gezondheidsproblemen effectief kunnen verminderen. Het gaat hierbij om zowel therapeutische als preventieve interventies zoals periodiek onderzoek of aanstellingskeuringen. Zoals tot nu toe gebruikelijk is worden aanbevelingen geformuleerd voor alle artsen, ongeacht of ze binnen of buiten de arbozorg werkzaam zijn.

Werkwijze

Om het aspect ‘werk’ te betrekken bij de richtlijnontwikkeling dienen de volgende punten systematisch behandeld te worden.

1 algemeen

- a In welke mate veroorzaakt de aandoening* beperkingen en treedt er verlies van arbeidsvermogen op ten gevolge van die aandoening?
- b In hoeverre vormen verzuim en arbeidsongeschiktheid t.g.v. de aandoening ook een belangrijk maatschappelijk probleem ten gevolge van sterke vermindering van arbeidsparticipatie en hoge kosten? In welke mate geven patiënten zelf aan dat werken een moeilijk probleem voor hen vormt?
- c In hoeverre vormt het voorkomen van de aandoening als beroepsziekte een belangrijk volksgezondheidsprobleem?

2 wanneer moet er aan werk-gerelateerde interventies gedacht worden?

Als de arbeidsanamnese daar op de volgende punten aanleiding toe geeft:

- a Aard van de werkzaamheden.
- b Relevante belastende werkomstandigheden: duur en hoogte van de belasting: in welke situaties is het aannemelijk dat er sprake is van overbelasting in de werksituatie?
- c Opvattingen van de patiënt of de werkgever over gezondheidsklachten in relatie met het werk.
- d Mogelijkheden binnen de organisatie om met de beperkingen te kunnen blijven functioneren.

3 welke werkgerelateerde interventies zijn er mogelijk?

- a Wanneer de oorzaak van de aandoening in het werk ligt:
 - werkplekonderzoek via bedrijfsarts/arbodienst om overbelasting te objectiveren (aard, hoogte en duur van de blootstelling).
 - aanpassingen in de werksituatie om de oorzaak weg te nemen: therapeutisch voor de patiënt.

* Met de aandoening wordt bedoeld de aandoening die het onderwerp is van de richtlijn

- verandering van werk omdat aanpassingen niet mogelijk zijn / niet helpen: therapeutisch voor patiënt.
 - aanpassingen in de werksituatie volgens arbeidshygiënische strategie: primair preventief voor andere werknemers.
 - vroegdiagnostiek en therapie bij gehele afdeling/bedrijf: secundair preventief voor andere werknemers.
 - indien er sprake is van beroepsziekte melding bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten: als instrument voor nationaal preventief beleid.
- b Wanneer de aandoening leidt tot beperkingen in het functioneren op het werk:
- geleidelijke werkhervatting.
 - tijdelijke aanpassing werkomstandigheden, werkinhoud.
 - cognitief gedragsmatige aanpak bij misconcepties over functioneren.
 - verandering van werk of definitieve aanpassing van werk bij blijvend verlies van arbeidsvermogen.

4 uitwerking voor de dagelijkse praktijk: implementatie

Deze uitwerking gaat er vanuit dat het een patiënt betreft die betaald werk verricht, meestal in loondienst. Dan is er bij ziekten waarvoor een patiënt naar een specialist wordt bijna altijd sprake van een relevante relatie arbeid - gezondheid.

Bij de implementatie van de richtlijn gaat het erom dat de behandelend arts zich bewust wordt van de relevantie van de relatie tussen werk en gezondheid bij deze aandoening. De arts moet zich eigenlijk bij elke patiënt afvragen 'komt het door het werk?' en 'heeft het gevolgen voor het functioneren op het werk?'. Daarna komt de vraag aan bod waar de bedrijfsarts kan worden ingeschakeld als specialist op het terrein arbeid-gezondheid.

Bij de samenwerking tussen behandelend arts en bedrijfsarts wordt er in principe gewerkt volgens de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim.¹⁰ De bedrijfsarts kan op grond van zijn deskundigheid op de volgende punten een bijdrage leveren aan de aanpak van de aandoening.

- Bij de *diagnostiek* kan de bedrijfsarts:
 - relevante gegevens aanleveren over de blootstelling aan gezondheidsbedreigende factoren in het werk van de betreffende werknemer;
 - een deskundig oordeel geven over de mogelijkheid dat deze blootstelling de aandoening (mede)veroorzaakt of belemmeringen voor het functioneren met zich mee brengt;

- in voorkomende gevallen zelf diagnostiek verrichten naar werkgerelateerde aandoeningen, zoals peak-flow metingen bij long-problemen;
- in voorkomende gevallen beoordelen in hoeverre het functioneren van een werknemer zou kunnen verbeteren.
- Bij de *behandeling* kan de bedrijfsarts:
 - aangeven in hoeverre vermindering van blootstelling in het werk de aandoening helpt te genezen of een recidief voorkomt;
 - aangeven in hoeverre preventieve maatregelen nodig zijn om de aandoening bij andere werknemers te voorkomen;
 - het bedrijf adviseren om dergelijke maatregelen te nemen;
 - bij noodzakelijke werkverandering, adviseren over de juiste procedures in het kader van de sociale zekerheid zoals voor de Ziektewet en WAO.
- Bij de *werkhervatting* kan de bedrijfsarts:
 - aangeven op welke wijze werkhervatting optimaal zal verlopen;
 - welke factoren werkhervatting het meest belemmeren of bevorderen;
 - het bedrijf adviseren om maatregelen te nemen die de werkhervatting bevorderen.

Gepubliceerde richtlijnen

De volgende Nederlandse richtlijnen besteden expliciet aandacht aan medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid:

Multidisciplinaire richtlijn

- LESA Overspanning

NVAB Richtlijnen

- Lage rugklachten
- Psychische klachten (in herziening)
- Oogonderzoek en beeldschermwerk
- Klachten aan arm, schouder of nek
- Astma en COPD

STECR Werkwijzers

- ABBE-rsi
 - Arbeidsconflicten, herzien 2004
 - Aanpak Problematisch Verzuim (APV), herzien 2004
 - Lage Rugklachten en Arbeidsomstandigheden, herzien 2004
 - Reductie van Werkstress in Onderwijs en Zorg
 - Somatisatie
-

DSA/Laboretum lemma's

- Carpale-tunnelsyndroom (CTS)
- Chronische Obstructieve Pulmonale Aandoening (COPD)
- Colitis Ulcerosa
- Diabetes mellitus
- Gonartrose
- Hernia Nuclei Pulposi (HNP)
- Lage Rugpijn
- Meniscusletsel
- Myocardinfarct
- Reumatoïde artritis
- Ziekte van Crohn