

TNO Arbeid

TNO-rapport

018.10275.01.01

**Kwantificering van hersteltijden
Een gezamenlijk referentiekader voor bedrijfsarts
en specialist**

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum 20 januari 2004

Auteurs A.M. Kremer
J.R. Anema

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2004 TNO

Met medewerking van de volgende personen:

Neurologische klankbordgroep:

Drs. E. van Glabbeek, bedrijfsarts (ArboNed, Eindhoven)
Drs. E. Kramer, bedrijfsarts (Maetis Arbo, Den Bosch/Tilburg)
Drs. A.B. van der Plas, bedrijfsarts (Commit, Leiden)
Dr. J.C. van Hemert-van der Poel, neuroloog (Epilepsiekliek Heemstaete, Zwolle)
Drs. K.D. Beintema, neuroloog (Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten)
Drs. W.L.M. Smulders, revalidatiearts (Revalidatiecentrum Breda)

Orthopaedische klankbordgroep:

Drs. H. Langenhorst, bedrijfsarts (ArboNed, Venlo)
Drs. R. van Baarle, bedrijfsarts (ArboNed, Utrecht)
Drs. A. Joosten, orthopaedisch chirurg (Amphia ziekenhuis, Breda)
Drs. W.H.J.C. van Heeswijk, orthopaedisch chirurg (Amphia ziekenhuis locatie Pasterlaan, Oosterhout)
Drs. T. Nijssen, revalidatiearts (Jan van Breemen Instituut en St. Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam)

en

Ing. R. van den Berg (TNO Arbeid)

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Over het onderzoek	5
1.1 Inleiding.....	5
1.2 Uitgangspunten van het project.....	5
1.3 Doel.....	6
1.4 Omvang van het onderzoek.....	6
1.5 Leeswijzer.....	6
2 Opzet van het onderzoek	7
2.1 Procedure.....	7
2.2 De uitvoering van het onderzoek.....	8
2.2.1 Keuze van aandoeningen.....	8
2.2.2 De literatuursearch.....	9
2.2.3 Bepaling van de belastbaarheid op het werk.....	9
2.2.4 Het maken van een casus.....	10
2.2.5 Consensusvorming: de Delphi-methode en de vragenlijst.....	10
2.2.6 Belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid.....	11
2.2.7 De eerste bijeenkomst.....	12
2.2.8 Het achterbanonderzoek.....	12
2.2.9 De tweede bijeenkomst.....	13
2.3 Verwerking van de onderzoeksgegevens.....	14
2.3.1 Tijdsverloop van het herstel van de belastbaarheid.....	14
2.3.2 Belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid.....	14
3 Resultaten	15
3.1 Het herstel van de belastbaarheid.....	15
3.2 Samenvatting van de consensus.....	16
3.3 Belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid.....	24
4 Beschouwing, conclusies en aanbevelingen	25
5 Referenties	29
A Keuze van aandoeningen	31
B Literatuur herstel belastbaarheid	33
C Overzicht FML-items	35
D Keuze van FML-items	37
E Consensusvorming	39
F Consensus hersteltijden	43
G Bijsluiter	81
H Belemmerende factoren herstel belastbaarheid	83
I Blauwdruk consensusmethode	91

Samenvatting

Aanleiding

De samenwerking tussen bedrijfsartsen en medische specialisten is niet optimaal. Zo is er behoefte aan meer éénduidigheid in de adviezen aan patiënten over hersteltijden in de werksituatie bij de behandeling van specifieke aandoeningen. Om die eenduidigheid over hersteltijden te krijgen, heeft TNO Arbeid het pilot-project “Kwantificering van hersteltijden: een gezamenlijk referentiekader voor bedrijfsarts en specialist” uitgevoerd.

Doel

Het hoofddoel van de pilot is om door middel van consensus methode overeenstemming te krijgen (= gezamenlijk referentiekader) tussen bedrijfsartsen en medische specialisten over de gemiddelde belastbaarheid bij enkele veel voorkomende aandoeningen na een medische behandeling. Een nevensdoel is om op basis van de ervaringen in deze pilot een blauwdruk op te stellen waarmee in een eventueel vervolgfase het aantal aandoeningen uitgebreid kan worden. Het ontwikkelen van een gezamenlijk referentiekader zal bijdragen aan:

1. de ontwikkeling van kennis bij medisch specialisten en bedrijfsartsen over de consequenties van specifieke aandoeningen en behandeling voor arbeid en verzuim;
2. een efficiëntere communicatie tussen bedrijfsartsen en specialisten.

Opzet

In hoofdlijn was de opzet van het onderzoek als volgt: twee klankbordgroepen, elk bestaande uit 6 bedrijfsartsen en 6 medische specialisten, bepaalden twee orthopedische (hernia nucleii pulposi en carpaal tunnelsyndroom) en twee neurologische aandoeningen (epicondylitis lateralis en meniscus laesie) die in aanmerking kwamen voor het onderzoek en welke activiteiten in het werk relevant zijn voor de bepaling van de belastbaarheid van werknemers met deze bepaalde aandoening. Voor de bepaling van de belastbaarheid is gebruik gemaakt van de Functionele Mogelijkheden Lijst (de FML). De klankbordgroepen ontvingen literatuur over medisch herstel en werkhervatting na medische interventie van betrokken aandoeningen. Aan de hand van casus zijn de klankbordgroepen vervolgens door middel van een aangepaste Delphi-methodiek en groepsdiscussies tot overeenstemming gekomen over:

- de belastbaarheid en de benodigde hersteltijd na medische interventie van de vier aandoeningen;
- een lijst van factoren die het medisch herstel en herstel van de belastbaarheid in het werk belemmeren.

De werkwijze bij het bespreken van de casuïstiek als volgt verlopen:

- Individueel lezen van de casusbeschrijving (vóór de bijeenkomst);
- Individueel invullen van de eerste Delphi-vragenlijst inzake iedere casus (vóór de bijeenkomst; eerste ronde). Benoemen van herstel belemmerende factoren;
- Een presentatie van de uitkomsten van de vragenlijst tijdens de eerste bijeenkomst;
- Vragen/discussie over verschillen en aspecten voor verduidelijking;
- Gestructureerde discussie over de casus en uitkomsten: vaststellen van belastbaarheid en belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid;
- Individueel invullen van de tweede Delphi-vragenlijst (tweede ronde).

De uitkomsten van de 2e Delphi-vragenlijst en de opgestelde lijst van belemmerende factoren zijn voorgelegd aan een steekproef van medische specialisten en bedrijfsartsen. Aan de hand van de resultaten van het achterbanonderzoek stelde de klankbordgroep tijdens een tweede bijeenkomst hun consensus over de hersteltijden eventu-

eel bij en werd de definitieve lijst van belemmerende factoren voor herstel en belastbaarheid vastgesteld.

Gebruik van het referentiekader

De beschreven hersteltijden zijn bedoeld als hulpmiddel voor professionals om de reïntegratie te bevorderen. Het zijn geen normen en ze zijn niet bedoeld ter onderbouwing van een arbeidsgeschiktheids-/claimbeoordeling. De hersteltijden kunnen geïnterpreteerd worden als gemiddelde tijd tot functioneel herstel, los van andere factoren die de verzuimduur nadelig kunnen beïnvloeden. De hersteltijden zijn puntschattingen en ze hebben betrekking op een ongecompliceerd medisch beloop zonder aanwezigheid van (niet) medische en in het werk gelegen belemmerende factoren. Rondom deze puntschatting is sprake van een natuurlijke spreiding van de hersteltijd. Het gepresenteerde referentiekader is gebaseerd op praktijkervaringen. Vooralsnog ontbreekt een 'evidence based' onderbouwing.

Conclusies

1. Met de gekozen methode is het mogelijk om met bedrijfsartsen en medisch specialisten tot een gemeenschappelijk oordeel te komen over het herstel van de belastbaarheid bij enkele veel voorkomende aandoeningen na een medische interventie.
2. De methode lijkt te voorzien in de behoefte aan een gemeenschappelijk referentiekader van concrete hersteltijden bij specifieke aandoeningen voor bedrijfsartsen en medische specialisten.
3. Een juist gebruik van dit referentiekader in de praktijk vergt een zorgvuldige implementatie bij de gebruikers.

Aanbevelingen

1. Het toetsen van de bruikbaarheid van het referentiekader in de praktijk bij bedrijfsartsen en medische specialisten is wenselijk.
2. Het huidige pilot-project zou op structurele basis voortgezet kunnen worden voor een groot aantal aandoeningen. Een blauwdruk hiervoor is weergegeven in bijlage I.
3. Het huidige project biedt een methode die gebruikt kan worden in het project 'Diagnostiek en Statistiek van Arbeidsmogelijkheden' voor het ontwikkelen van een referentiekader voor hersteltijden en het opstellen van aandoening specifieke factoren die het herstel van de belastbaarheid belemmeren.

1 Over het onderzoek

1.1 Inleiding

In 2000 werd door TNO Arbeid het onderzoeksrapport 'Voor verbetering vatbaar, deel 2' uitgebracht over de samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen (Amstel en Buijs, 2000). Er bleek inderdaad nog veel te verbeteren! Vervolgens heeft een werkgroep bestaande uit de Orde van Medisch Specialisten (de Orde), de Nederlandse Vereniging voor Arbeid en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en een viertal wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten (orthopedie, neurologie, psychiatrie en revalidatiegeneeskunde) in 2002 een document opgesteld met daarin een achttal beknopte projectvoorstellen om de samenwerking te verbeteren (Buijs, 2002). TNO Arbeid heeft in opdracht van de NVAB en de Orde één van deze projectvoorstellen uitgewerkt en uitgevoerd. Het gaat om projectvoorstel 4: "Kwantificering van hersteltijden: een gezamenlijk referentiekader voor bedrijfsarts en specialist". De uitvoering van het project vond plaats in de periode februari tot december 2003 en is gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Dit rapport geeft een beschrijving van de opzet, uitvoering en resultaten van het project.

1.2 Uitgangspunten van het project

Er zijn veel factoren die van invloed zijn op de duur van een verzuim die weinig tot niets te maken hebben met de aard van onderliggende ziekte of aandoening of met de belasting in de werksituatie. Voorbeelden van dergelijke factoren zijn de manier hoe een werknemer omgaat met zijn of haar ziekte en of de werksituatie aangepast kan worden aan de (tijdelijke) verminderde belastbaarheid van de werknemer.

In dit project richten wij ons daarom niet op de verzuimduur maar op functioneel herstel, de hersteltijd die medisch gezien nodig is om bepaalde activiteiten in het werk weer te kunnen doen. Het gepresenteerde referentiekader voor hersteltijden heeft dan ook betrekking op een gemiddeld ongecompliceerd medisch beloop zonder aanwezigheid van (niet) medische en in het werk gelegen belemmerende factoren.

Bepaling van belastbaarheid en de tijd die nodig is voor het functioneel herstel van die belastbaarheid van werknemers met een specifieke aandoening en/of behandeling (normontwikkeling) kan op 3 verschillende manieren tot stand komen (Harris, 1997)

1. wetenschappelijk onderbouwde normontwikkeling (evidence-based);
2. datagestuurde normontwikkeling waarbij een gemiddelde/ mediaan wordt gedefinieerd als de standaard/norm;
3. normontwikkeling op basis van consensusvorming (practice-based).

Wetenschappelijk onderbouwde of datagestuurde normen hebben de voorkeur. Over veel aandoeningen en behandelingen is echter (nog) geen wetenschappelijk onderbouwde of aan onderzoeksgegevens te ontleen informatie beschikbaar over de belastbaarheid bij werknemers met veel voorkomende aandoeningen. Vanwege het ontbreken van dit soort gegevens zijn in het kader van dit project de hersteltijden bepaald op basis van consensusvorming.

1.3 Doel

Het doel van het project is:

- te komen tot een afstemming tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten een gezamenlijk referentiekader over de gemiddelde belastbaarheid van werknemers met veel voorkomende aandoeningen;
- om inzicht te krijgen in voor die aandoening specifieke factoren die het medisch herstel en herstel van de belastbaarheid in het werk nadelig beïnvloeden.

Een nevendoeel is om op basis van de ervaringen van dit project een blauwdruk op te stellen waarmee in een eventuele vervolgfase het aantal aandoeningen kan worden uitgebreid.

Het ontwikkelen van een gezamenlijk referentiekader zal bijdragen aan:

- het ontwikkelen van kennis bij medisch specialisten en bedrijfsartsen over de consequenties van specifieke aandoeningen en behandeling voor de belastbaarheid van de werknemer en arbeid;
- een efficiëntere communicatie tussen bedrijfsartsen en specialisten.

1.4 Omvang van het onderzoek

Het onderzoek betreft een pilot-project. In overleg met de opdrachtgevers is het aantal specialismen dat betrokken is geweest bij de uitvoering van het project en het aantal aandoeningen waarvoor consensus is verkregen over de hersteltijden, beperkt gehouden. De specialismen die aan dit project hebben meegewerkt zijn orthopedie, neurologie en revalidatie. Het aantal aandoeningen dat in het project behandeld is is beperkt tot vier: twee aandoeningen van het bewegingsapparaat/orthopedische aandoeningen en twee neurologische aandoeningen.

1.5 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 is een beschrijving van de opzet van het onderzoek. Het hoofdstuk begint met een overzicht van activiteiten waaruit het project heeft bestaan. Vervolgens worden in de daaropvolgende paragrafen verschillende activiteiten of methodieken besproken, te weten de keuze van de aandoeningen (par. 2.2.1), de literatuur search (par. 2.2.2), bepaling van de belastbaarheid (par. 2.2.3), het maken van een casus (par. 2.2.4), de Delphi-methode en de vragenlijst (par. 2.2.5), belemmerende factoren voor herstel (par. 2.2.6), de eerste bijeenkomst (par. 2.2.7), het achterbanonderzoek (par. 2.2.8), de tweede bijeenkomst (par. 2.2.9) en de verwerking van de resultaten (par. 2.3). In hoofdstuk 3 zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. Het hoofdstuk begint met een toelichting op de interpretatie en bruikbaarheid van de resultaten (par. 3.1). Vervolgens geven we van elk van de vier aandoeningen in een figuur een samenvatting weer van de consensus (par. 3.2) en de wijze waarop de lijst met belemmerende factoren voor herstel van belastbaarheid tot stand is gekomen (par. 3.3). Het rapport sluit af met een beschouwing, conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 4).

In de bijlagen zijn ondermeer de volgende onderdelen opgenomen: een beschrijving van het proces van de consensusvorming (bijlage E), een complete beschrijving van de activiteiten die van belang zijn voor de bepaling van de belastbaarheid na medische interventie met de bijbehorende hersteltijden (bijlage F) en belemmerende factoren voor herstel van de belastbaarheid (bijlage H) en een blauwdruk voor de consensusmethode.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Procedure

In hoofdlijn was de opzet van het onderzoek als volgt: een klankbordgroep bestaande uit deskundigen uit het veld, bepaalde welke aandoeningen in aanmerking kwamen voor het onderzoek en welke activiteiten in het werk relevant zijn voor de bepaling van de belastbaarheid van werknemers met deze bepaalde aandoening. Aan de hand van een casus zijn de klankbordgroepleden vervolgens door middel van een consensusmethode tot overeenstemming gekomen over:

- de belastbaarheid en de benodigde hersteltijd na medische interventie van een vier-tal aandoeningen;
- een lijst van factoren die het medisch herstel en herstel van de belastbaarheid in het werk belemmeren.

De klankbordgroep bestond uit 12 leden. Om efficiency redenen is de groep gesplitst in twee groepen. Een klankbordgroep die hersteltijden evalueerde van de twee orthopedische aandoeningen en één klankbordgroep die de hersteltijden van de twee neurologische aandoeningen evalueerde. Beide groepen bestonden uit zes personen: drie bedrijfsartsen, één revalidatiearts en twee orthopeden respectievelijk twee neurologen. De Orde van Medisch Specialisten heeft de specialisten uitgenodigd om zitting te nemen in een klankbordgroep. De NVAB heeft de bedrijfsartsen uitgenodigd.

In het onderzoek waren 5 stappen te onderscheiden. In schema 2.1 is een overzicht van deze stappen weergegeven.

Schema 2.1 De vijf stappen van het onderzoek

Stappen	Wat?	Wie?
Voorwerk	<ol style="list-style-type: none"> a. Opstellen van een lijst van neurologische en orthopedische aandoeningen. b. Literatuur verzamelen over herstel belastbaarheid na medische interventie bij een bepaalde aandoening. Een selectie van artikelen maken en deze sturen naar de leden van de klankbordgroep c. Keuze maken van een bestaande methodiek waarmee belastbaarheid op het werk vastgesteld kan worden d. Per aandoening een casus maken 	TNO Arbeid
Schriftelijke ronde 1	<ol style="list-style-type: none"> a. Een keuze maken 2 neurologische en 2 orthopedische aandoening b. Per diagnose activiteiten in het werk die relevant zijn voor het vaststellen van de belastbaarheid bepalen (op basis van FML) c. 1e Delphi-vragenlijst invullen d. Belemmerende factoren voor medisch herstel en herstel belastbaarheid benoemen 	Klankbordgroep

Eerste bijeenkomst	<ol style="list-style-type: none"> a. Indien nodig de keuze van voor het werk relevante activiteiten bijstellen b. De resultaten van de 1e Delphi-vragenlijst bespreken c. Invullen van de 2^e Delphi-vragenlijst na de groepsdiscussie d. Bespreking van de belemmerende factoren voor herstel en komen tot een lijst met belemmerende factoren die aandoening specifiek zijn. 	Klankbord- groep
Achterban- onderzoek	De meningen vragen van collega's van de klankbord-groepleden over de tot dan toe bereikte consensus over herstel-tijden en lijst met belemmerende factoren voor herstel. Collega's worden via een steekproef geselecteerd.	TNO Arbeid
Tweede bijeenkomst	<ol style="list-style-type: none"> a. Aan de hand van de resultaten van het achterbanonderzoek stelt de klankbordgroep wel/niet hun consensus over de herstel-tijden bij. b. Opstellen van een definitieve lijst van belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid 	Klankbord groep

In de volgende paragraaf worden stappen van dit werkplan toegelicht.

2.2 De uitvoering van het onderzoek

2.2.1 *Keuze van aandoeningen*

TNO heeft zich voor de keuze van de aandoeningen vooral gericht op aandoeningen waarvoor relatief vaak ook de specialist ingeschakeld wordt. Om een lijst met aandoeningen die bij werkenden tot verzuim leiden op te kunnen stellen hebben wij gebruik gemaakt van een databestand bestaande uit verzuimgevallen van langer twee weken. Op basis van het aantal verzuimdiagnosen in een bepaalde periode hebben we een keuze gemaakt (bijlage A). De aandacht ging uit naar verzuim vanwege aandoeningen van het bewegingsapparaat/orthopedische aandoeningen en neurologische aandoeningen. Verder is in overleg met de opdrachtgevers besloten om één aandoening parallel te laten lopen met één van de vier aandoeningen van het project 'Arbeid in CBO-richtlijnen' dat ook in 2003 van start ging en gefinancierd werd door het CVZ. Gekozen werd voor de neurologische aandoening het carpaal tunnelsyndroom.¹ De andere neurologische aandoening die voor het 'Hersteltijdenproject' in aanmerking kwam was hernia nucleï pulposi. Beide klankbordgroepen hebben vervolgens twee aandoeningen uit de lijst met orthopedische aandoeningen gekozen. De diagnoses die uiteindelijk opgenomen zijn in het Hersteltijdenproject, zijn:

de neurologische aandoeningen

- hernia nucleï pulposi (HNP) en
- carpaal tunnelsyndroom (CTS) en

de orthopedische aandoeningen

- epicondylitis lateralis en
- meniscus laesie.

¹ De andere drie aandoeningen zijn COPD, stemmingsstoornissen en angina pectoris.

2.2.2 *De literatuursearch*

Er is gezocht naar literatuur in de volgende internationale en nationale databestanden vanaf 1993 en in de leeftijd van 20-60 jaar:

- Pubmed, PsycInfo, Picarta, TNO Arbeid catalogus en Occupational Safety and Health CD'roms.

Occupational Safety and Health CD'Roms bestaan uit de volgende databestanden: Cisdoc (International Labour Organisation ILO), Hseline (Health and Safety Executive HSE), Nioshtic (National Institute for Occupational Safety and Health NIOSH) en Rilosh (Ryerson International Labour Occupational Safety and Health)

De trefwoorden die gebruikt zijn, zijn Nederlandstalige en Engelstalige termen. Het * wil zeggen dat ook alle termen in het meervoud geselecteerd zijn.

De Nederlandstalige termen zijn:

- Hersteltijd*, behandel tijd*, herstelperiode*, herstel van een ziekte, behandelplan*, ziekteverzuim, reïntegratie.

De Engelstalige termen zijn:

- period of recovery/recovery period*, recovery program*/convalescence /rehabilitation program*, medical treatment, treatment plan/plan of treatment, therapy, quickly well from an illness, rehabilitation/reintegration, sick leave/ sickness/ absence/ absenteeism/ high absence rate, return to work

Alle bovenstaande termen zijn gecombineerd met Carpal tunnel syndrome, carpal tunnel release (CTS), meniscectomy of meniscus repair, epicondylitis (medical en lateral), tennis elbow, hernia nuclei pulposie (HNP).

In bijlage B zijn de referenties van de literatuur opgenomen die de leden van de klankbordgroep hebben ontvangen als voorbereiding voor het invullen van de Delphi-vragenlijst.

2.2.3 *Bepaling van de belastbaarheid op het werk*

Om belastbaarheid te kunnen bepalen, is gebruik gemaakt van de Functionele Mogelijkheden Lijst (de FML) (LISV, 2001). De onderzoekers hebben voor het FML-instrument gekozen, omdat dit instrument gebruikt wordt door bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Het is een hulpmiddel bij de professionele beoordeling van de mogelijkheden van werkenden met gezondheidsproblemen om te functioneren in arbeid (bijvoorbeeld in kader van een arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling). De FML heeft 6 rubrieken met verschillende items (zie bijlage C). Niet elk item kent dezelfde structuur. Elk item begint met een definitie van de normaalwaarde. Vervolgens zijn de beperkingen in de belastbaarheid in opeenvolgende mate gedefinieerd. De meeste items hebben beperkingen in de belastbaarheid die gedefinieerd zijn van 0 (geen beperking) tot 1 (beperkt) of van 0 (geen beperking) tot 3 (sterk beperkt). Voor sommige items geldt dat de aard en de mate van de belastbaarheid door de professional nader wordt gespecificeerd ('beperkt', namelijk.....). Voor het project 'Hersteltijden' geldt in dat geval dat alleen aangegeven is of er wel/geen beperking is.

De klankbordgroep heeft voor elk van de vier aandoeningen een selectie gemaakt van FML-items die relevant zijn voor de bepaling van de belastbaarheid tijdens de herstelperioden. Dit zijn handelingen of activiteiten die beperkt kunnen zijn of omstandigheden die tot een beperking kunnen leiden als gevolg van de aandoening dan wel als gevolg van de medische interventie.

Het aantal vastgestelde FML-items varieert per aandoening: 13 voor CTS en epicondylitis lateralis, 17 voor de meniscus laesie en 20 voor HNP. In bijlage D is aangegeven hoe de keuze tot stand is gekomen.

2.2.4 *Het maken van een casus*

Het doel van het project is om in de klankbordgroepen tot een gezamenlijke inschatting van het herstel(tijd) van de belastbaarheid te komen tijdens/op basis van het normale medische beloop van de aandoening na start van de behandeling. Dit beloop is gedefinieerd als een gemiddeld ongecompliceerd beloop, zonder co-morbiditeit en niet beïnvloed door andere (niet-) medische herstel belemmerende factoren. De reden voor dit uitgangspunt is dat de gezamenlijke inschatting van het herstel van de belastbaarheid als referentiekader dient voor bedrijfsartsen en medisch specialisten om in de praktijk het beloop van de belastbaarheid bij individuele werknemers/patiënten aan te toetsen. Daarnaast dient het als hulpmiddel voor deze artsen om te beslissen of nadere diagnostiek en/of interventie bij een afwijkend beloop van herstel van de belastbaarheid geïndiceerd is. Hiertoe is voor elke aandoening door de onderzoekers een beschrijving gemaakt van een ziektegeschiedenis van een persoon die karakteristiek is voor die aandoening. Op geleide van beschikbare informatie (NHG-standaarden, CBO richtlijnen, NVAB-richtlijnen) is gekozen voor een medische behandeling of interventie die gebruikelijk is. In de casus-beschrijving zijn geen herstel beïnvloedende omstandigheden (werk, privé-situatie, algemene gezondheid) opgenomen.

2.2.5 *Consensusvorming: de Delphi-methode en de vragenlijst*

Om met deskundigen tot overeenstemming te komen over hersteltijden is voor dit project gebruik gemaakt van de Delphi-methode. De Delphi-methode is gekozen omdat deze methode door anonieme schriftelijke vragenlijst ronden experts tot een gemeenschappelijk oordeel kan laten komen. Door de herhaling van schriftelijke ronden is het mogelijk gecontroleerd feedback te geven op de gezamenlijke groepsmening in de voorgaande Delphi ronde, waardoor de deskundigen hun mening kunnen heroverwegen. In dit pilot-project is een aangepaste Delphi methode gebruikt waarbij deze methode gecombineerd werd met groepsdiscussies.

De Delphi-vragenlijst bestond uit de beschrijving van een casus (paragraaf 2.2.4) en omschrijvingen van FML-items met bijbehorende vragen over de belastbaarheid. Per FML-item werd eerst de omschrijving gegeven van de handeling of activiteit (zie ook par. 2.2.3). Indien nodig is bij een item een korte toelichting gegeven. De tekst van deze toelichting is afkomstig uit de opleidingsmodule CBSS voor verzekeringsartsen (Lisv, 2001). Vervolgens moesten de klankbordgroepleden in een tabel aangeven wat volgens hen de mate van de belastbaarheid bij die activiteit of handeling is in relatie tot de tijd, lopend van nog geen behandeling T0 (wachtijd), T1 (start behandeling), T1+2 dagen, T1+ 4 dagen, ... tot en met 12 maanden na start van de behandeling. Beperking kon worden aangegeven variërend van 1 tot 4 (afhankelijk van het FML-item) of als 0 (geen beperking). Per aangegeven beperking in de tijd moest ook de zekerheid van de keuze weergegeven worden oplopend van 1 (onzeker) tot 10 (zeer zeker). Ook is gevraagd om aan te geven wat de relevantie van het desbetreffende FML-item is voor de bepaling van de belastbaarheid in het werk, weergegeven op een schaal van 1 (niet relevant) tot 10 (zeer relevant). De relevantie is alleen in de 1e Delphi-vragenlijst gevraagd. Het volgende voorbeeld geeft aan hoe één en ander is uitgevraagd en ingevuld in de Delphi-vragenlijst.

Voorbeeld van een bladzijde uit de eerste Delphi-vragenlijst voor de meniscus laesie

14. Tillen of dragen
0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kg tillen of dragen (kleuter) (<i>tillen en dragen zijn onder één noemer gebracht omdat deze activiteiten in arbeid vaak samengaan</i>)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kg tillen of dragen (peuter)
2. beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kg tillen of dragen (zak aardappelen)
3. sterk beperkt, kan ongeveer 1 kg tillen of dragen (literpak melk)

	T0:	T1:	+2 dg	+4 dg	1 wk	2 wk	3 wk	4 wk	6 wk	8 wk	10 wk	12 wk	4 mnd	6 mnd	8 mnd	10 mnd	12 mnd
functie- mglheid	0	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zekerheid beslissing	10	10	8	8	6	8	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

voetnoot²

1. Zijn er voor u redenen om niet geheel zeker te zijn van uw oordeel? Zo ja, kunt u deze toelichten? -

2. Vindt u dat dit item relevant is voor de bepaling van de belastbaarheid?

niet relevant (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **(8)** (9) (10) relevant

2.2.6 *Belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid*

Om bij een afwijkend beloop van het herstel van de belastbaarheid mogelijke herstelbelemmerende factoren op te sporen, waren daarnaast in de vragenlijst enkele vragen opgenomen om na te gaan of er (groeps)aandoening specifieke factoren zijn die het herstel van de belastbaarheid kunnen belemmeren. Wat betreft de factoren is er een onderscheid gemaakt tussen medische factoren die het herstel van belastbaarheid in het werk kunnen vertragen en niet-medische factoren die het herstel van de belastbaarheid in het werk kunnen vertragen.

De vragen zijn als volgt geformuleerd:

- Is voor deze case de leeftijd belangrijk voor de bepaling van de belastbaarheid na de medische interventie? (NB: leeftijd 18-64 jaar)
niet van belang (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) van belang
- Kunt u enkele medische factoren benoemen die het herstel van de belastbaarheid na medische interventie, nadelig beïnvloeden? (denk bijvoorbeeld aan veel voorkomende bijkomende letsels, co-morbiditeit, complicaties).

² Toelichting :

T0 = periode van de wachttijd voor de behandeling; T1 = de dag van de behandeling; +2 dg=tweede dag na (start) behandeling; 1 wk= 8-ste dag na (start) behandeling; 2 wk = 15-de dag na ... enz

- Kunt u enkele niet-medische factoren benoemen die het herstel van de belastbaarheid na medische interventie, nadelig beïnvloeden? (denk bijvoorbeeld aan werkomstandigheden, thuissituatie, woonomgeving etc...)

2.2.7 *De eerste bijeenkomst*

Met de Delphi-vragenlijst die voorafgaand aan de eerste groepsbijeenkomst werd ingevuld, is de beoordeling over de casus en de belastbaarheid van alle klankbordgroepleden in kaart gebracht. Dit bood de mogelijkheid om te inventariseren waarover reeds wel en niet consensus bestond. In de groepsbijeenkomst zijn de uitkomsten van deze inventarisatie teruggekoppeld. In de gestructureerde groepsdiscussie konden daarna de klankbordgroepleden hun mening bijstellen, of bij hun standpunt blijven. Hierna werd men opnieuw (anoniem) gevraagd de Delphi-vragenlijst in te vullen.

De klankbordgroepleden kregen tijdens de 1e bijeenkomst de instructie dat zij voor de keuze of een FML-item wel of niet toegevoegd moest worden aan de lijst, uit moesten gaan van toegekende relevantie van het FML-item voor het werk. Bij het invullen van de tweede vragenlijst moesten de leden voor het bepalen van de beperking en/of de duur van de beperking streven naar de hoogst mogelijke zekerheid van hun keuze.

Belangrijk voordeel van deze combinatie van technieken (twee opeenvolgende vragenlijsten invullen, gestructureerde groepsdiscussie) is dat ieders eerste oordeel op tafel komt en dat op zo efficiënt mogelijke wijze tot een gemeenschappelijk oordeel over de beoordeling van de casus wordt gekomen.

Samengevat is de concrete werkwijze bij het bespreken van de casuïstiek als volgt:

- Individueel lezen van de casusbeschrijving (vóór de bijeenkomst);
- Individueel invullen van de eerste Delphi-vragenlijst inzake iedere casus (vóór de bijeenkomst; eerste ronde);
- Presentatie uitkomsten vragenlijst in de groepsbespreking;
- Vragen/discussie over verschillen en aspecten voor verduidelijking;
- Gestructureerde discussie over casus en uitkomsten: vaststellen van belastbaarheid;
- Individueel invullen van de tweede Delphi-vragenlijst (tweede ronde).

2.2.8 *Het achterbanonderzoek*

Om de uitkomsten van de 2e Delphi-vragenlijst en de opgestelde lijst van belemmerende factoren voor herstel van de belastbaarheid te kunnen toetsen, zijn de resultaten voorgelegd aan collega's van de klankbordgroepleden. In elke klankbordgroep zijn 160 artsen aangeschreven: 60 bedrijfsartsen, 40 revalidatieartsen, 60 neurologen respectievelijk 60 orthopeden. Aan hen werd gevraagd of zij hun mening wilden geven over de bereikte consensus over de hersteltijden van de twee neurologische aandoeningen respectievelijk van de twee orthopedische aandoeningen. De specialisten zijn aangeschreven door TNO Arbeid, waarbij op de brief de logo's van de Orde en NVAB zijn toegevoegd. De werkadressen van de specialisten zijn op basis van een steekproef verstrekt door de Orde en de NVAB. De deelname van de specialisten was anoniem.

Alle potentiële deelnemers ontvingen van TNO Arbeid een brief, achtergrondinformatie over het onderzoek, een toelichting op de uitkomsten van het onderzoek en een instructie over wat van hen als deelnemer verwacht werd. De deelnemers ontvingen twee vragenlijsten, waarin zij hun mening konden geven over de bereikte consensus over de hersteltijden van de twee neurologische aandoeningen of van de twee orthopedische aandoeningen.

In de vragenlijst waren de resultaten van de consensus per FML-item grafisch weergegeven. Deelnemers konden als zij van mening waren dat de mate van beperking en/of

de duur van de beperking van de belastbaarheid anders was, in dezelfde grafiek hun mening grafisch weergeven.

Om de respons van de specialisten te verhogen, is op de website van de NVAB, de Orde van Medisch Specialisten en van de wetenschappelijke verenigingen van neurologie, orthopedie en revalidatiegeneeskunde informatie geplaatst over het project 'Hersteltijden' en het daarbij behorende achterbanonderzoek. Twee weken na het versturen van de vragenlijst ontvingen alle aangeschreven specialisten een herinneringsbrief.

De respons van de aangeschreven specialisten varieerde per specialisme (tabel 2.1). Bij aanvang van het onderzoek werd uitgegaan van een respons van ongeveer 30%. Het aantal vragenlijsten dat wij terugontvingen van de bedrijfsartsen komt overeen met het gewenste aantal van 20. Het aantal vragenlijsten dat wij terugontvingen van de specialisten, is ongeveer de helft van het gewenste aantal. De verhouding van het aantal responderende specialisten en bedrijfsartsen van het achterbanonderzoek is echter vergelijkbaar met die van de klankbordgroep.

Tabel 2.1 Het aantal vragenlijsten dat ontvangen is door de aangeschreven specialisten en het aantal vragenlijsten waarvan de 3^e ronde gegevens over de hersteltijden verwerkt zijn.

	Bedrijfsarts	Revalidatie- arts	Orthopeed	Neuroloog
Aantal verstuurd én ontvangen vragenlijsten, waarvan retour	59	39	-	58
HNP/ CTS	18	7	-	10
Aantal verstuurd en ontvangen vragenlijsten, waarvan retour	60	35	55	-
Epicondylitis lateralis	20	5	10	-
Meniscus laesie	20	4	12	-

Enkele specialisten stuurden nog een vragenlijst in nadat de gegevens van de hersteltijden ingevoerd en statistisch verwerkt waren. Toevoeging van hun meningen over de hersteltijden, veranderden niet de resultaten van de laatste ronde.

2.2.9 De tweede bijeenkomst

Tijdens de tweede bijeenkomst van de klankbordgroepen bespraken de klankbordgroepleden de resultaten van het achterbanonderzoek. Per aandoening werden FML-items opnieuw bekeken als een FML-item voldeed aan de volgende criteria:

1. de achterban had een afwijkende mening over de mate van beperking en/of de duur van de beperking;
2. minstens 30% van de bedrijfsartsen of 30% van de specialisten van het achterbanonderzoek had een afwijkende mening over mate en/of duur van de beperking.

Om te kunnen beslissen of de consensus van de klankbordgroep bijgesteld moest worden, werd bekeken of de afwijkende meningen van de deelnemers van het achterbanonderzoek overeenkwamen of dat deelnemers van het achterbanonderzoek zowel kortere als langere herstelduren voorstelden. Op basis van de groepsdiscussie werd de consensus over een bepaald FML-item al dan niet bijgesteld. Als ondersteuning van een beslissing om een consensus bij te stellen werd ook gebruik gemaakt van hun eigen gegevens van de 2^e Delphi-ronde, zoals de zekerheid van hun eigen keuze.

2.3 Verwerking van de onderzoeksgegevens

2.3.1 *Tijdsverloop van het herstel van de belastbaarheid*

De resultaten van de 1e Delphi-vragenlijst zijn ingevoerd in een Excelprogramma. Van elk FML-item zijn van de waarden van de beperking, zekerheid van de beslissing en relevantie van het item voor de belastbaarheid de gemiddelde waarden berekend. In grafische vorm zijn deze eerste resultaten besproken tijdens de eerste bijeenkomst.

De resultaten van de 2e Delphi-vragenlijst zijn eveneens ingevoerd in het Excelprogramma. Van elk FML-item zijn van de waarden van de beperking de gemiddelde waarde en de mediaan berekend.

De mediaan is letterlijk de middelste waarde (of het gemiddelde daarvan bij een even aantal) en is in tegenstelling tot de gemiddelde waarde ongevoelig voor uitbijters. Mediaan waarden met een waarde $\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$ etc zijn afgerond tot 1 respectievelijk 2. Deze afronding is gedaan omdat een halve beperking niet goed te interpreteren is. In de praktijk is er wel of geen beperking. Voor het achterbanonderzoek zijn voor de resultaten van de mate van beperking de mediaan waarden genomen

De resultaten van het achterbanonderzoek zijn ook ingevoerd in het Excelprogramma. Van elk FML-item zijn van de waarden van de beperking de mediaan waarden berekend. Tijdens de tweede bijeenkomst van de klankbordgroep zijn deze resultaten in grafische vorm gepresenteerd en besproken, en vergeleken met de resultaten van de 2e Delphi-vragenlijst. Op basis van de groepsdiscussie werd de consensus over een bepaald FML-item al dan niet bijgesteld. Voor het eventueel bijstellen maakte de klankbordgroep gebruik van de gemiddelde waarde van het desbetreffende item van de 2e ronde als referentie punt en streefde naar zo groot mogelijke zekerheid van de beslissing.

Uit de beschrijving van de verwerking van de gegevens wordt duidelijk dat er onderlinge verschillen kunnen bestaan tussen de leden van de klankbordgroep over de toekenning van de mate en de duur van de beperking van een activiteit. Aan het eind van de tweede bijeenkomst is de gehele klankbordgroep het eens met het uiteindelijke resultaat (consensus). De consensus is per FML-item weergegeven als hele beperking. Een halve beperking komt in het referentiekader niet voor.

2.3.2 *Belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid*

De factoren die de klankbordgroepleden tijdens de schriftelijke ronde in de 1e vragenlijst hebben genoemd, zijn gegroepeerd en voorgelegd en besproken tijdens de 1e bijeenkomst. Vervolgens is de lijst bijgesteld en voorgelegd aan de deelnemers van het achterbanonderzoek. De deelnemers van het achterbanonderzoek beoordeelden het toegekende belang van de leeftijd voor het herstel en zij konden aangeven of ze het eens waren met de genoemde belemmerende factoren. Zo nee, dan kon men één of meerdere van de genoemde factoren wegstrepen of ontbrekende factoren toevoegen. De resultaten van het achterbanonderzoek zijn samengevoegd en besproken tijdens de tweede bijeenkomst van de klankbordgroep. Tijdens deze bijeenkomst werd beoordeeld of de genoemde belemmerende factoren specifiek genoeg waren voor de betrokken aandoening of voor een groep aandoeningen waartoe de aandoening behoort. Was dat niet het geval, dan werd de factor niet opgenomen in de definitieve lijst.

3 Resultaten

3.1 Het herstel van de belastbaarheid

De consensus is het resultaat van drie evaluatie ronden: een evaluatie van de resultaten van de eerste Delphi-vragenlijst door de klankbordgroep, een evaluatie van de resultaten van de tweede Delphi-vragenlijst door de achterban en als laatste de evaluatie van resultaten van het achterbanonderzoek door de klankbordgroep leidend tot de definitieve consensus. In bijlage E is beschreven hoe dit proces is verlopen.

In paragraaf 3.2 is een samenvatting te zien in de figuren 3.1 t/m 3.4. van de bereikte consensus van de herstelduren na start van de behandeling van het carpaal tunnelsyndroom, lumbosacraal radiculair syndroom op het niveau van L5-S1 en een meniscus laesie. Elke figuur wordt voorafgegaan door de beschrijving van de casus waarop de consensus betrekking heeft. In de figuur staan links de FML-items genoemd die door de klankbordgroep relevant zijn bevonden voor de aandoening. De FML-items zijn gerangschikt naar een toenemende duur van de aanwezigheid van een beperking. Voor de omschrijving van de verschillende FML-items verwijzen wij naar bijlage F.

De figuren behoeven enige toelichting. De kleur geeft aan tot wanneer er in de tijd een beperking is in de belastbaarheid. Helder groen (niveau 0) betekent geen beperking. Kleurtype is afhankelijk van het beperkingniveau dat op een bepaald tijdsmoment aanwezig is, maar ook afhankelijk van het beperkingniveau dat aanwezig *kan* zijn. Een beperkingniveau 1 van bijvoorbeeld tillen en dragen is niet te vergelijken met beperkingniveau 1 van schrijven, omdat schrijven slechts 1 beperkingniveau kent en tillen en dragen 3 niveaus. Een beperkingniveau 3 is ernstiger dan een beperkingniveau 1 voor die FML-items waarvan beperkingen zijn gedefinieerd met waarden 1, 2 en 3.

Wat betreft de interpretatie en bruikbaarheid van de resultaten van deze figuren is het belangrijk dat de lezer zich het volgende realiseert:

- Het gepresenteerde referentiekader heeft betrekking op één bepaalde behandeling. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de literatuur dat het medisch herstel van een endoscopische operatieve behandeling van het CTS sneller is dan die van de tot nu toe gebruikelijke open operatieve behandeling (CBO, 2003) zoals de casus-beschrijving van CTS in dit project;
- Het referentiekader heeft betrekking op een gemiddeld ongecompliceerd medisch beloop zonder aanwezigheid van (niet) medische en in het werk gelegen belemmerende factoren;
- Het referentiekader is een puntschatting en rondom deze puntschatting is sprake van een natuurlijke spreiding van de hersteltijd van de belastbaarheid;
- De hersteltijden zijn geen puntschattingen van de duur van een daarbij optredend werkverzuim. Volledige werkhervatting kan plaatsvinden nadat, maar ook voordat sprake is van volledig medisch herstel;
- Of een beschreven beperking relevant is voor het werk hangt af van de aard van het werk en is ter beoordeling aan de bedrijfsarts en de werknemer;
- De hersteltijden zijn van toepassing op afzonderlijke activiteiten in de werksituatie. Zij doen geen uitspraak over de hersteltijd bij combinaties van activiteiten in de werksituatie;
- De hersteltijden zijn gebaseerd op kennis en praktijkervaring. Wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt voorsnog;

- Het referentiekader is geen norm. De hersteltijden zijn gebaseerd op gemiddeld herstel in groepen. Het is niet bedoeld als referentiekader bij de (individuele) beoordeling tot loondoorbetaling/claimbeoordeling.

Het referentiekader beoogt vooral een signaalfunctie te vervullen voor bedrijfsartsen en medisch specialisten. Ze kunnen een hulpmiddel zijn voor professionals om de reïntegratie te bevorderen indien het herstel van de werknemer afwijkt van het referentiekader. Op deze wijze kan het handvatten bieden voor nadere diagnostiek naar, wegnemen van belemmerende factoren voor werkhervatting en/of aangepast werk.

Een samenvatting van aanwijzingen voor een juist gebruik van het referentiekader is vermeld in bijlage G in de vorm van een 'Bijsluiter'.

3.2 Samenvatting van de consensus

Casus Carpaal tunnelsyndroom

Aandoening:	carpaal tunnel syndroom
Behandeling:	operatief, incisie van 2,5 cm in de handpalm
Nabehandeling:	-

Mevrouw Schrijvers, 48 jaar, meldt zich bij de huisarts. Zij heeft in toenemende mate last van haar rechter hand. Terugkijkend zijn bij haar de klachten zo'n acht maanden geleden begonnen: soms wakker worden door pijnlijke tintelingen in de vingertoppen van de middelste vingers die verdwijnen door met de hand te schudden. Het liefst slaapt ze met haar arm hangend buiten haar bed. Ze vindt dat ze de laatste weken toch wel vaak dingen uit haar handen laat vallen. Zelfs een glas vastpakken gaat soms niet. Ook vindt ze dat haar middelste vingers doof aanvoelen. Soms schiet de pijn door naar de onder- en bovenarm. Vorige week tijdens haar 25-jaar huwelijksfeest gaf ze de gasten maar een hand met haar linker hand. Met haar rechter hand gasten een hand geven was veel te pijnlijk. Mevrouw Schrijvers is rechts en op haar werk kan ze alle werkzaamheden niet meer doen.

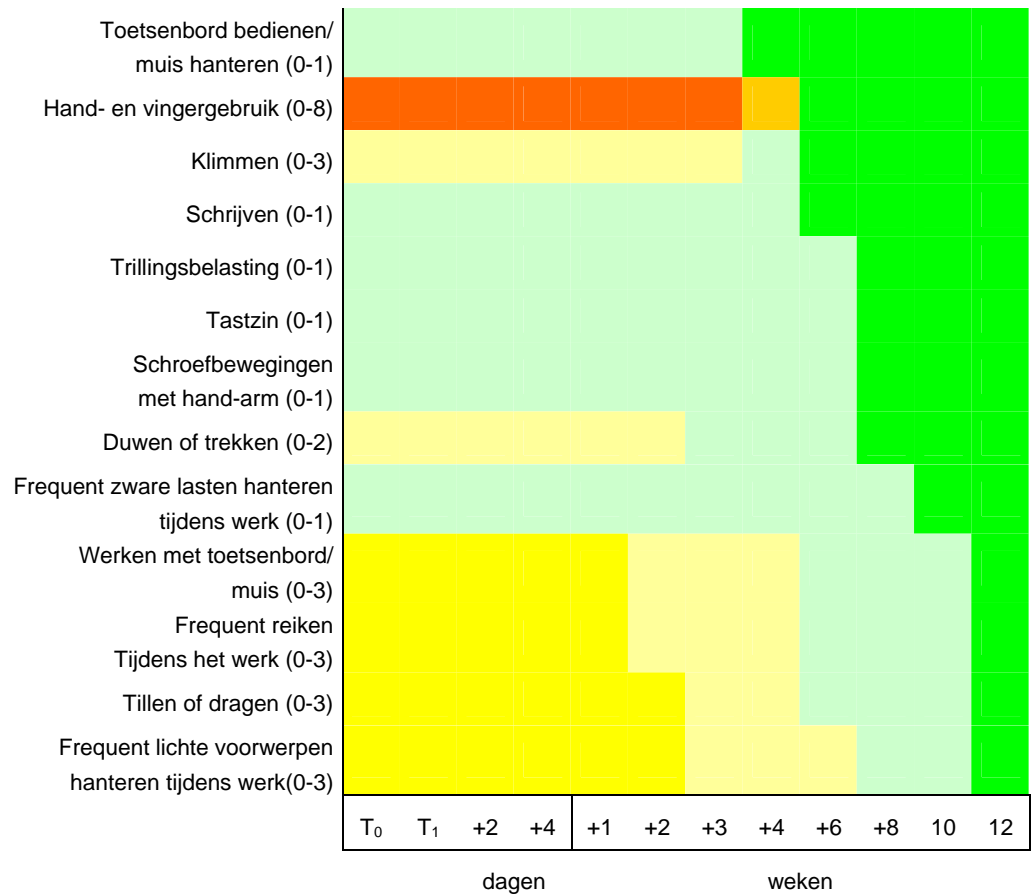
De huisarts stelt na anamnese en een kort onderzoek van de armen en schouders de waarschijnlijkheidsdiagnose carpaal tunnel syndroom aan de rechter pols. De huisarts constateert een lichte atrofie van de rechter duimmuis en een verminderde sensibiteit van de 2e, 3e en 4e vinger. Links vindt de huisarts geen aanwijzingen voor een CTS. Mevrouw Schrijvers is verder goed gezond en de huisarts vindt geen aanwijzingen dat er andere aandoeningen of ziekten zijn die een rol spelen bij haar klachten.

De huisarts bespreekt met mevrouw Schrijvers de klachten. Gezien het feit dat mevrouw Schrijvers gevoelsstoornissen heeft in de rechter hand en spieratrofie van de duimmuis, stelt hij haar voor om een afspraak te maken bij de polikliniek neurologie van het ziekenhuis. Ook adviseert hij haar om bij de bedrijfsarts langs te gaan. (Tijdstip T0)

Enkele weken later kan mevrouw Schrijvers terecht op de polikliniek neurologie. De klachten zijn onverminderd aanwezig. De neuroloog bevestigt de waarschijnlijkheidsdiagnose CTS en laat ter bevestiging bij haar een elektromyografisch onderzoek doen. Het EMG laat een vertraagde geleidingstijd zien. mevrouw Schrijvers komt op de wachtlijst te staan voor een operatieve behandeling.

xx weken later wordt mevrouw Schrijvers poliklinisch behandeld (Tijdstip T1): onder plaatselijke verdoving wordt een longitudinale incisie van 2,5 cm in de huid gemaakt en het retinaculum gekliefd. De hechtingen worden 2 weken later verwijderd.

Consensus hersteltijden Carpaal tunnelsyndroom



Legenda niveau beperking 6 5 4 3 2 1 0

Figuur 3.1 Het carpaal tunnelsyndroom. De mate van beperkingen in de belastbaarheid tijdens wachttijd (T₀) voor operatieve behandeling (incisie van 2,5 cm), ten tijde van de operatie (T₁) en periode na de operatie (T₁ +). Tussen haakjes (xx) zijn de waarden van de niveaus aangegeven waarin de belastbaarheid kan zijn beperkt

Casus Lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1

Aandoening:	lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1
Behandeling:	conservatief, maar activerend
Nabehandeling:	adviezen m.b.t. mobilisatie/ activiteiten

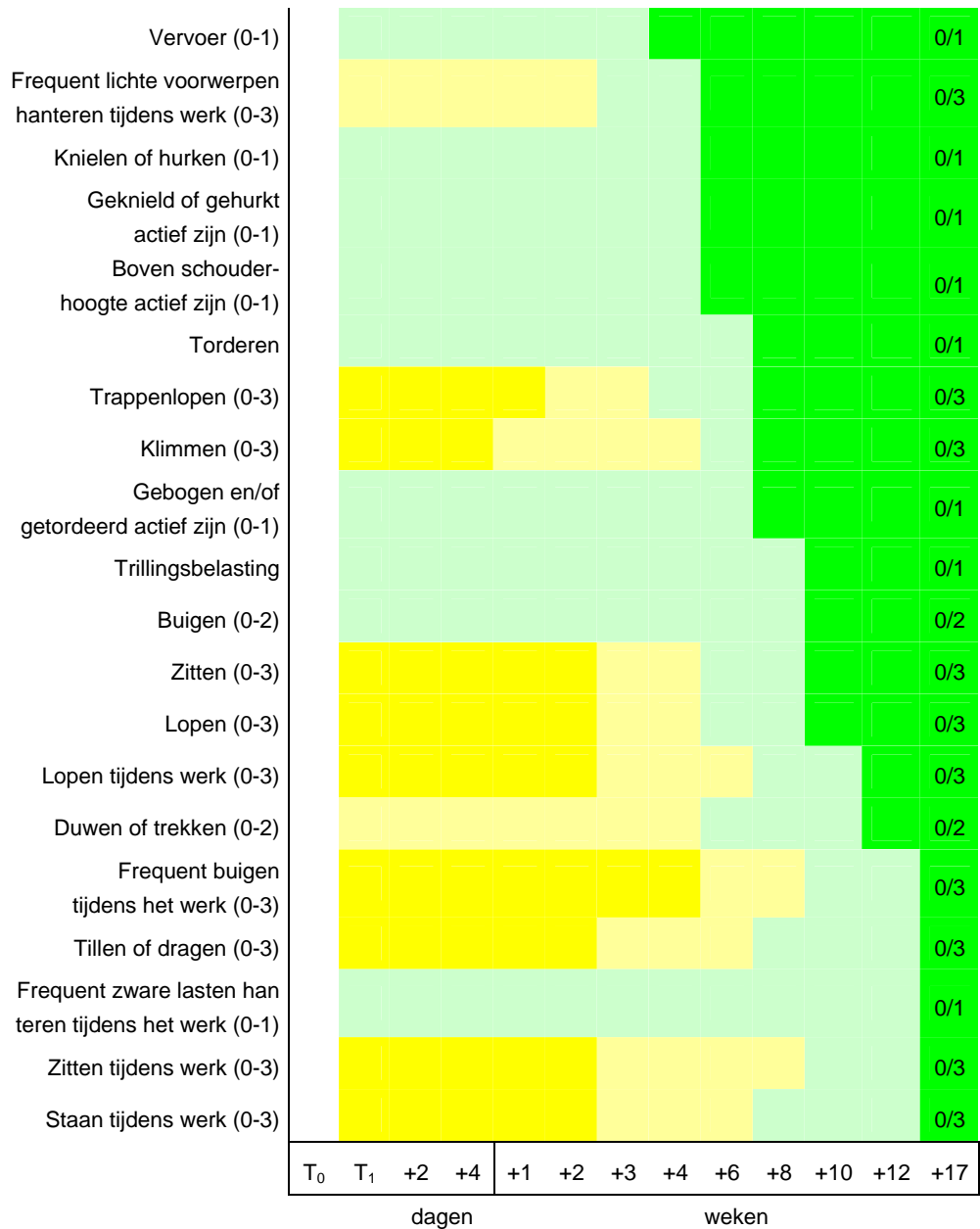
Meneer Van Diepen, 43 jaar, meldt zich bij de huisarts vanwege pijn onder in de rug en met een zeer pijnlijke uitstralende pijn naar het linker been. Vorig jaar is hij ook al eens bij de huisarts geweest met acute lage rugpijnklachten, maar toen had hij niet van die uitstralende pijn in het linker been. Op advies van de huisarts heeft hij toen medicijnen gekregen tegen de pijn en heeft hij in overleg met de bedrijfsarts op zijn werk toen gedurende enkele weken wat rustiger aan kunnen doen. Gelukkig waren de klachten na zo'n 2 maanden verdwenen.

Nu voelt het allemaal toch wel wat anders. De pijn schiet door via zijn bil en achterkant van zijn bovenbeen door naar de achterkant van het onderbeen tot in de linker voet. Het liefst ligt hij plat op de bank. De huisarts constateert bij lichamelijk onderzoek een verminderde achillespeesreflex links t.o.v. rechts en een gestoorde sensibiliteit van de achterkant van het linker onderbeen en de laterale linker voetrand. Proef van Lasègue en proef van Bragard zijn positief. Hij stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1.

De huisarts overlegt met de patiënt en stelt voorlopig een conservatief, maar activerend, beleid vast (Tijdstip T=1. Zij adviseert pijn provocerende bewegingen te vermijden en op geleide van pijn rust te nemen. Ook geeft zij hem rugsparende adviezen. Gelukkig heeft meneer Van Diepen thuis een badkamer en een slaapkamer op de begane grond. Voor de bestrijding van de pijn schrijft zij meneer Van Diepen 2 weken een NSAID (naproxen) en een spierverslapper voor. Na 2 weken moet meneer Van Diepen terugkomen voor controle, maar hij moet eerder terugkomen als de pijn of verlies van spierkracht sterk toeneemt, of als er plasproblemen of gevoelsstoornissen in de schaamstreek ontstaan. Verder adviseert zij hem contact op te nemen met de bedrijfsarts om te bekijken of hij weer kan werken.

Bij deze case vervalt T0

Consensus Lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1



Legenda niveau beperking 6 5 4 3 2 1 0

Figuur 3.2: Lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1 De mate van beperkingen in de belastbaarheid ten tijde van de start van de conservatieve, maar activerende behandeling met pijnmedicatie (T₁) en de periode na de start van de behandeling (T₁ +). Tussen haakjes (xx) zijn de waarden van de niveaus aangegeven waarin de belastbaarheid kan zijn beperkt.

Casus Meniscus laesie

Aandoening:	mediale meniscuslaesie van de dominante rechter knie
Behandeling:	partiële meniscectomie
Nabehandeling:	standaard (informatie via patiëntenfolder)

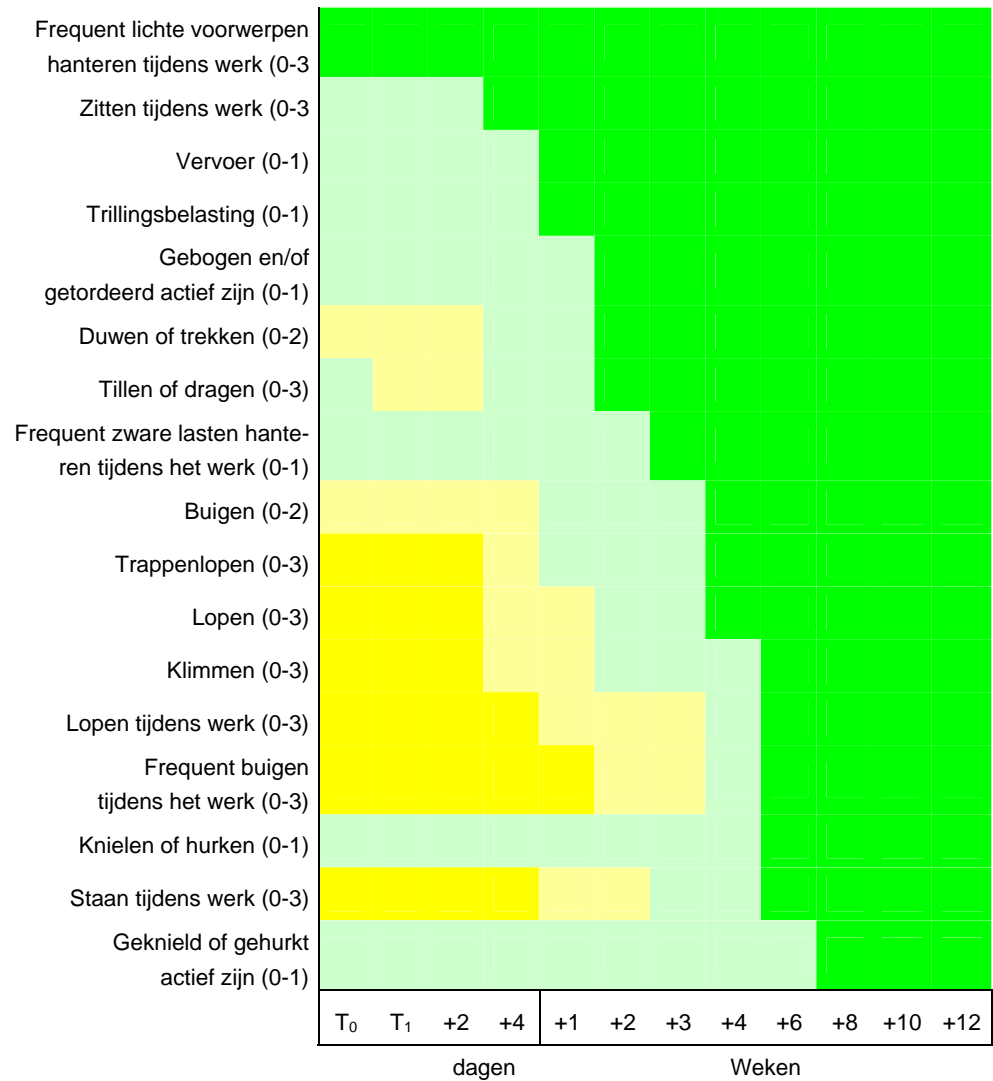
Meneer Verhagen, 35 jaar, meldt zich zondag in de namiddag bij de huisarts. Die ochtend heeft hij tijdens het voetballen met zijn 10-jarige zoon zijn rechter knie geblesseerd. Vanwege de pijn moest hij acuut stoppen met voetballen. In de loop van de middag werd de knie zichtbaar dikker en het been kon hij niet meer strekken en buigen omdat dat zeer pijnlijk was. Traplopen was zeer pijnlijk.

Bij onderzoek constateert de huisarts aan de rechter knie een matige hydrops, drukpijn t.h.v. de mediale gewrichtsspleet. Rechter knie passief strekken lukt niet ("knie op slot"). Bewegingsonderzoek is niet mogelijk vanwege de pijn. Meneer Verhagen is verder goed gezond en gebruikt geen medicijnen. Het is de eerste keer dat meneer Verhagen bij de huisarts komt vanwege een knieblessure. Hij stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose acute mediale meniscuslaesie van de rechter knie. De huisarts stuurt meneer Verhagen diezelfde middag nog door naar de acute polikliniek van het ziekenhuis.

Op de polikliniek bevestigt de dienstdoende orthopedisch chirurg na anamnese en lichamelijk onderzoek de waarschijnlijkheidsdiagnose van de huisarts mediale meniscus letsel van de rechterknie" (Tijdstip T=0)

Op <datum>, xx dagen na het ongeval, wordt bij meneer Verhagen artroscopie gedaan. Tijdens de kijkoperatie besluit de orthopedisch chirurg tot een partiële meniscectomie (Tijdstip T=1). Meneer Verhagen gaat diezelfde dag 's avonds weer naar huis. Van de orthopedisch chirurg krijgt hij een verwijsbrief mee voor de bedrijfsarts en een patiëntenfolder waarin een aantal adviezen te lezen zijn over gebruik van pijnmedicatie, gebruik van krukken, instructies voor oefeningen voor de knie, wanneer weer begonnen kan worden met sporten / werken.

Consensus Meniscus laesie



Legenda niveau beperking 6 5 4 3 2 1 0

Figuur 3.3 Meniscus laesie. De mate van beperkingen in de belastbaarheid tijdens wachttijd (T₀) voor artroscopie/ partiële meniscectomie, ten tijde van de operatie (T₁) en periode na de operatie (T₁ +). Tussen haakjes (xx) zijn de waarden van de niveaus aangegeven waarin de belastbaarheid kan zijn beperkt.

Casus Epicondylitis lateralis

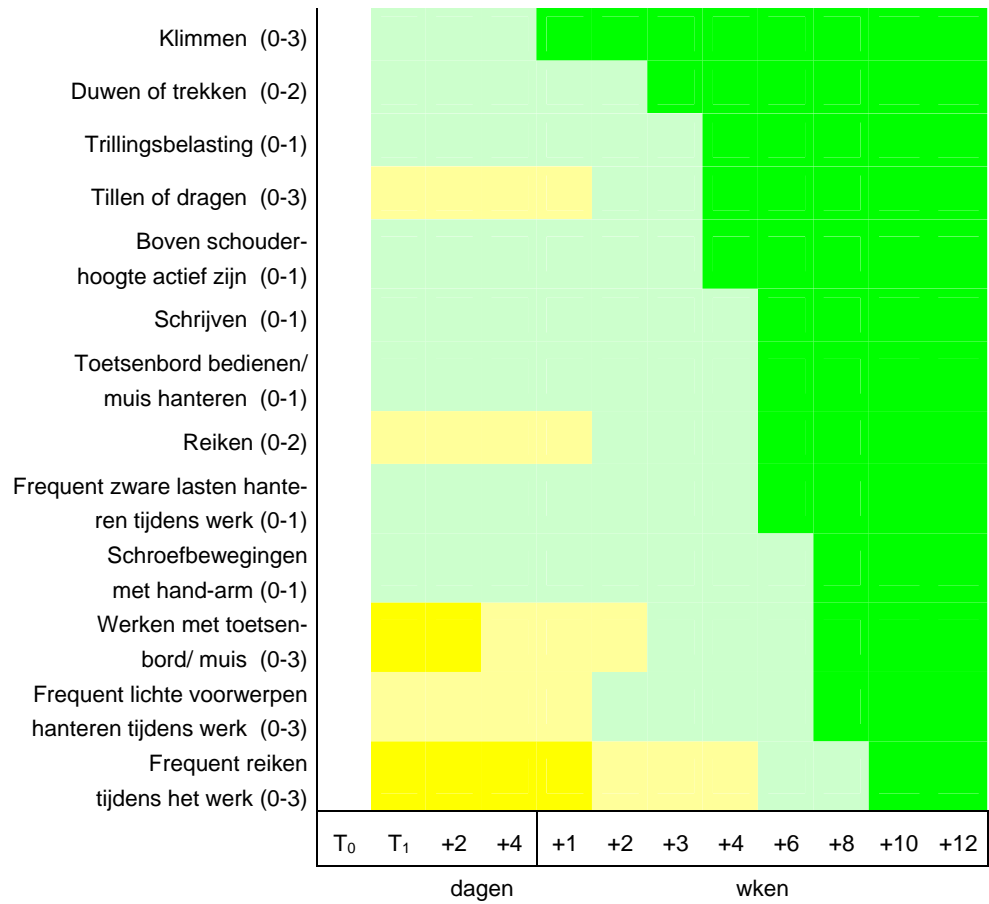
Aandoening:	epicondylitis lateralis van de dominante arm
Behandeling:	afwachtend (alleen pijnmedicatie)
Nabehandeling:	terugkomen indien geen verbetering

Mevrouw Van Wijk, 33 jaar, meldt zich bij de huisarts. Zij heeft sinds 4 weken last van haar rechter, dominante arm: een pijnlijke plek in de elleboog, 's ochtends kan zij met moeite haar arm strekken, gedurende de dag gaat dat wel beter. De pijn wordt erger in de loop van de dag, zowel tijdens het werken als thuis.

De huisarts stelt na anamnese en lichamelijk onderzoek een epicondylitis lateralis vast. Mevrouw Van Wijk is verder goed gezond en gebruikt geen medicijnen. Hij legt haar uit wat er aan de hand is en wat er aan gedaan kan worden. Samen met mevrouw Van Wijk bespreekt hij de activiteiten thuis en op het werk die belastend kunnen zijn voor de arm, en gaan na welke oplossingen er zijn. De huisarts besluit spontane verbetering af te wachten en verwijst haar naar de bedrijfsarts. Over 8 weken kan mevrouw Van Wijk terugkomen als de klachten niet verminderd zijn. In de tussentijd kan ze zonnodig een NSAID nemen tegen de pijn (Tijdstip T=1).

In deze casus vervalt de kolom van T0

Consensus Epicondylitis lateralis



Legenda niveau beperking 6 5 4 3 2 1 0

Figuur 3.8: Epicondylitis lateralis De mate van beperkingen in de belastbaarheid t van de conservatieve afwachende behandeling met pijnmedicatie (T₁) en de periode na de start van de behandeling (T₁ +). Tussen haakjes (xx) zijn de waarden van de niveaus aangegeven waarin de belastbaarheid kan zijn beperkt.

3.3 Belemmerende factoren voor herstel belastbaarheid

Tijdens de eerste bijeenkomst zijn medische en niet-medische factoren voor herstel van de belastbaarheid onderverdeeld in een aantal subgroepen. Ten tijde van het project werd steeds meer duidelijk dat verschillende factoren die genoemd werden algemeen geldend waren en niet zozeer aandoening specifiek waren of specifiek voor een groep aandoeningen waartoe desbetreffende aandoening behoorde. Om dit onderscheid beter te kunnen maken, is gebruik gemaakt van de STECR werkwijzer ‘Aanpak problematisch verzuim’ (STECR, 2002). In deze werkwijzer worden factoren genoemd die verzuim verlengend kunnen werken, ongeacht de aard van de onderliggend medische aandoening. Deze heroverweging heeft ertoe geleid dat de subgroep met factoren op het terrein van de sociaal medische begeleiding (niet-medisch) verplaatst is naar de algemeen geldende factoren die betrekking hebben op het werkdomein. Ook de genoemde persoonlijke/psychologische factoren zijn in de meeste gevallen verplaatst naar de algemeen geldende factoren.

De definitieve indeling naar subgroepen is nu als volgt:

Medische factoren die het herstel van de belastbaarheid belemmeren

1. ernst van de aandoening
2. co-morbiditeit/ algehele conditie
3. complicaties tijdens/van/na de behandeling

Niet medische-factoren die het herstel van de belastbaarheid in het werk belemmeren

1. aard van het werk
2. persoonlijke/ psychologische factoren
3. thuissituatie

Voor de lijst van niet specifieke factoren die het herstel van de belastbaarheid in het werk (lees succesvolle werkhervatting) belemmeren is dus gebruik gemaakt van de STECR werkwijzer, aangevuld met factoren die genoemd zijn tijdens dit project maar die niet voorkomen in de STECR werkwijzer. In bijlage H zijn de niet specifieke factoren en de voor de vier aandoeningen specifiek herstel belemmerende factoren, genoemd.

Factoren die algemeen geldend kunnen zijn, maar relatief vaak een rol spelen bij de duur van het herstel van de belastbaarheid van een werknemer met een bepaalde aandoening of een aandoening uit een bepaalde groep van aandoeningen, zijn wel opgenomen in de lijst van specifieke factoren. Een voorbeeld hiervan zijn de persoonlijke/psychologische factoren die bij HNP genoemd zijn.

4 Beschouwing, conclusies en aanbevelingen

Dit pilot-project heeft laten zien dat op basis van de gekozen methode het mogelijk is om bij deskundigen (bedrijfsartsen en medisch specialisten) tot een gemeenschappelijk oordeel te komen over de belastbaarheid na een medische interventie bij enkele veel voorkomende aandoeningen.

Zowel bij bedrijfsartsen als medisch specialisten is veel behoefte aan meer éénduidigheid in de adviezen aan patiënten over hersteltijden in de werksituatie bij de behandeling van specifieke aandoeningen. Zo illustreerde een publicatie in het Medisch Contact in 2002 dat bedrijfsartsen en medische specialisten heel verschillend denken over hersteltijd en werkhervatting na een hernia inguinalis (van Well, 2002). In dit project is gebleken dat het mogelijk is om op relatief eenvoudige en efficiënte wijze tot consensus over hersteltijden tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten te komen. De methode lijkt te voorzien in de behoefte aan een gemeenschappelijk referentiekader van concrete hersteltijden. Als check van de uitkomst van de methode is voor deze pilot een achterbanonderzoek uitgevoerd. De deelnemers werd gevraagd of zij het eens waren met de bereikte overeenstemming over de hersteltijden. Deze terugkoppeling van de resultaten van de hersteltijden naar de achterban, leidde slechts voor enkele FML-items tot een bijstelling van de hersteltijd. Dit betekent dat het referentiekader van concrete hersteltijden niet in strijd lijkt te zijn met het in de praktijk waargenomen ongecompliceerd medisch verloop van de vier onderzochte aandoeningen.

De gebruikte methode lijkt ook logistiek goed uit te voeren voor een groot aantal aandoeningen. Hiermee voorziet deze methode in de behoefte naar een gemeenschappelijk referentiekader van concrete hersteltijden bij specifieke aandoeningen voor bedrijfsartsen en medische specialisten. Voor betrokken werknemers/ patiënten bevordert dit referentiekader de éénduidigheid in de advisering door bedrijfsarts en medisch specialist. Er is op dit moment nog weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar hersteltijden. Deze op de praktijkervaringen gebaseerde methode voor een gemeenschappelijk referentiekader over hersteltijden kan een aanzet zijn naar een “evidence based” wetenschappelijk onderbouwd referentiekader.

In dit project is aangesloten bij een door bedrijfs- en verzekeringsartsen veel gebruikte instrument voor het vaststellen van de belastbaarheid (bedrijfsarts) en de claimbeoordeling (verzekeringsarts): de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Dit instrument kent zijn wetenschappelijke beperkingen zoals nog onvoldoende informatie over validiteit, en betrouwbaarheid. Daarnaast is dit instrument ontwikkeld voor (claim) beoordelingen van de belastbaarheid wanneer sprake is van een medische eindsituatie en/of een min of meer duurzaam medisch evenwicht. In het huidige project is dit instrument gebruikt bij de beoordeling van belastbaarheid wanneer er nog sprake is van een herstelfase van een aandoening na medische interventie.

Plaatsbepaling ten opzichte van andere projecten

Ten tijde van de afronding van dit huidige project, liepen er nog enkele projecten die mede tot doel hebben om de afstemming tussen de bedrijfsartsen en de curatieve artsen te bevorderen. Een vervolg van dit huidige project in de huidige vorm, dan wel als onderdeel in lopende projecten of toekomstige overeenkomstige projecten, kan een bijdrage leveren aan die afstemming. Aanpalende projecten die op dit punt direct relevant zijn, zijn:

- Het ‘Diagnostiek en Statistiek van Arbeidsmogelijkheden’. Het huidige pilot-project biedt een methode die gebruikt kan worden in het project ‘Diagnostiek en Statistiek van Arbeidsmogelijkheden’. Doel van het project ‘Diagnostiek en Statistiek van Arbeidsmogelijkheden’ is om een (elektronisch) handboek te ontwikkelen

voor zowel curatieve als bedrijfsartsen waarin voor een nader te omschrijven aantal aandoeningen, de stand der wetenschap en techniek (“state of the art”) is aangegeven wat betreft: probleemanalyse, indicatiestelling/verwijzing, behandeling, reïntegratiebegeleiding, te verwachten hersteltijd/verzuimduren, arbeidsmogelijkheden en mogelijke oorzaken van complicaties die leiden tot een andere dan gebruikelijke aanpak respectievelijk een langer dan verwacht herstel (www.stecr.nl).

- ‘Arbeid in CBO-richtlijn’. Het CBO-BRN project beoogt de relatie arbeid & gezondheid toe te voegen aan bestaande CBO-richtlijnen, zoals bijv. Carpaal Tunnel Syndroom (CTS). In het huidige project zijn activiteiten in het werk geformuleerd die van belang zijn voor de bepaling van de belastbaarheid bij CTS, een referentiekader voor hersteltijden en belemmerende factoren voor herstel van de belastbaarheid. De in dit project ontwikkelde kennis kan gebruikt worden als input over herstel van belastbaarheid ([CBO, 2003](#)).
- Arbeidsanamnese. In opdracht van de Orde wordt door TNO Arbeid een arbeidsanamnese ontwikkeld die medisch specialisten bij de intake van patiënten kunnen afnemen en inzicht geeft in de vraag in de mate waarin de klachten arbeidsrelevant zijn. Doel is het ontwikkelen van een generieke arbeidsanamnese ten behoeve van medisch specialistische doeleinden, d.w.z. het opstellen van een set van relevante vragen op het terrein van arbeid - gezondheid - en op het terrein van arbocuratieve afstemming/samenwerking. Het huidige project leert medisch specialisten gericht vragen over de arbeidsbelasting te betrekken in de anamnese.
- De verwijzfunctie. Een gemeenschappelijk referentiekader voor hersteltijden kan de arbocuratieve samenwerking in het algemeen bevorderen en in het bijzonder de afstemming tussen bedrijfsarts en specialist bij een rechtstreekse verwijzing door de bedrijfsarts naar een medische specialist bij arbeidsrelevante aandoeningen ([N-VAB, 2004](#))

Conclusie

1. Met behulp van een aangepaste Delphi-methodiek is het mogelijk om bij bedrijfsartsen en medisch specialisten tot een gemeenschappelijk oordeel te komen over de belastbaarheid na een medische interventie bij enkele veel voorkomende aandoeningen.
2. De methode lijkt te voorzien in de behoefte aan een gemeenschappelijk referentiekader van concrete hersteltijden bij specifieke aandoeningen voor bedrijfsartsen en medische specialisten.
3. Het referentiekader kan een signaalfunctie vervullen voor bedrijfsartsen en medisch specialisten indien het herstel van de werknemer/patiënt afwijkt van het referentiekader. Tevens kan het als hulpmiddel dienen voor werkaanpassing bij reïntegratie. Daarbij is het belangrijk te realiseren dat het referentiekader geen informatie geeft over verzuimduren, geen norm is en niet bedoeld is ter onderbouwing van een arbeidsgeschiktheids-/ claimbeoordeling. Een juist gebruik van dit referentiekader in de praktijk vergt daarom een zorgvuldige implementatie bij de gebruikers.

Aanbevelingen

1. Het toetsen van de bruikbaarheid van het referentiekader in de praktijk bij bedrijfsartsen en medische specialisten is wenselijk (meer zekerheid en éénduidigheid bij de beoordeling van arbeidsmogelijkheden na een medische interventie, meer aandacht voor werk, betere communicatie). Daarnaast dienen deze ‘practise based’ hersteltijden ook wetenschappelijk te worden onderbouwd.
2. Het huidige pilot-project zou op structurele basis voortgezet kunnen worden voor een groot aantal aandoeningen. Een blauwdruk hiervoor is weergegeven in bijlage I.

3. Het huidige project biedt een methode die gebruikt kan worden o.a. in het project 'Diagnostiek en Statistiek van Arbeidsmogelijkheden' voor het ontwikkelen van een referentiekader voor hersteltijden en het opstellen van aandoening specifieke factoren die het herstel van de belastbaarheid belemmeren. Voor zover er nog geen evidence based hersteltijden beschikbaar zijn, kan in richtlijnen, bijvoorbeeld de CBO-richtlijn CTS, verwezen worden naar de in dit project vastgestelde hersteltijden.

5 Referenties

Amstel, R.J. van, Buijs, P.C. Voor verbetering vatbaar : Deel 2. Medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding. Hoofddorp : TNO Arbeid, 2000. ISBN 90-6365-192-9.

Buijs P.C. Op weg naar betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij begeleiding van (zieke) werknemers: nadere voorstellen. TNO Arbeid, NVAB en Orde van Medisch Specialisten. (rapport nr. r7610) Februari 2002.

CBO. Carpale tunnel syndroom (CTS) in CBO Richtlijnen. Concept. Utrecht: CBO 2003.

Harris J.S. Clinical practice guidelines: Development, use and evaluation. J Occup Environ Med 1997 ; 39:23-24.

Landelijk instituut sociale verzekeringen (LISV). Functionele mogelijkheden en voorwaarden voor het verrichten van arbeid : instrument voor verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. – Amsterdam, LISV 2001.

NVAB. Richtsnoer handelen van de bedrijfsarts bij het verwijzen van werknemers. NVAB, Bureau Richtlijnen, Amsterdam, januari 2004.

STECR. Werkwijzer Aanpak Problematisch Verzuim. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.

Well A.M.E. Van Onnodig thuis: ziekteverzuim na liesbreukcorrectie. Medisch Contact 57 (2002) nr.18, p.696-697

Voor de literatuurlijst die gebruikt is bij het vaststellen van de hersteltijden bij de specifieke aandoeningen verwijzen wij naar bijlage B.

A Keuze van aandoeningen

Incidentie verzuimoorzaak naar diagnose bij werknemers vanaf 3 weken verzuim. Cijfers op basis van een groot bestand met ruim 50.000 verzuimgevallen ten behoeve van het project “Kwantificering van herstelperioden van aandoeningen die zich daarvoor lenen: een gezamenlijk referentiekader voor bedrijfsarts en specialist”

Naam klankbordgroeplid:.....

Voorgestelde diagnoses voor pilot-project	Per 1000 verzumende werknemers	Keuze volgorde	bedrijfsarts	revalidatiearts	specialist
Neurologie					
HNP lumbosacraal	8,1				
carpaaltunnelsyndroom	2,5				
Orthopedie					
Epicondylitis medialis/lateralis	15,2				
Distorsies/bandletsels enkel	11,9				
Meniscuslaesies	7,2				
Contusie romp/ribben	6,7				
Tendinitis/tendovaginitis onderarm/pols	5,7				
Bursitis schouder	2,3				
Polsfractuur	2,3				
Retropatellaire chondropathie	2,3				
eigen opmerkingen					

Redenen om een bepaalde diagnose te kiezen:

1. variatie in duur van verzuim /hersteltijd voor deze diagnosegroep is groot;
2. betrokkene komt (vaak) bij de specialist terecht voor de behandeling;
3. verzuim vanwege deze aandoening komt veel voor;
4. weinig inzicht/ kennis over medische hersteltijd;
5. anders, namelijk.

Instructie voor de klankbordgroepleden:

Het verzoek aan u is om in bijlage xx aan te geven welke drie aandoeningen (één (de enige) neurologische en 2 orthopedische aandoeningen) bij u de voorkeur hebben en waarom. Enkele redenen staan genoemd. Als u (ook) andere redenen heeft om voor een bepaalde diagnose te kiezen dan deze reden (ook) vermelden. Als er aandoeningen zijn die niet op de lijst staan, maar die volgens u wel in aanmerking komen voor dit project dan kunt hier een notitie van maken of ons mailen. Wij kunnen dan dit in de groep (per mail) bespreken.

B Literatuur herstel belastbaarheid

Carpaal tunnelsyndroom

Achtergrondinformatie:

1. Gijn J. van en Staal A. De behandeling van het carapale-tunnelsyndroom. Ned Tijdschr Geneeskd 2002; 146: 981-985.
2. Hoofdstuk uit de Medical Disability Advisor over carpale tunnelsyndroom

Werkhervatting

3. Gerritsen AA, Uitdehaag BM, van Geldere D, Scholten RJ, de Vet HC, Bouter LM. Systematic review of randomized clinical trials of surgical treatment for carpal tunnel syndrome. Br J Surg 2001; 88: 1285-95.
4. Jimenez DF, Gibbs SR, Clapper AT. Endoscopic treatment of carpal tunnel syndrome: a critical review. J Neurosurg 1998;88: 817-26.

Herstel functie

5. Trumble TE, Diao E, Abrams RA, Gilbert-Anderson MM. Single-portal endoscopic carpal tunnel release compared with open release : a prospective, randomized trial. J Bone Joint Surg Am 2002; 84: 1107-15.
6. Mackenzie DJ, Hainer R, Wheatley MJ. Early recovery after endoscopic vs. short-incision open carpal tunnel release. Ann Plast Surg 2000; 44: 601-4.

Voorspellende factoren:

7. Carmona L, Faucett J, Blanc PD, Yelin E. Predictors of rate of return to work after surgery for carpal tunnel syndrome. Arthritis Care Res 1998; 11: 298-305.
8. Katz JN, Keller RB, Fossel AH, Punnett L, Bessette L, Simmons BP, Mooney N. Predictors of return to work following carpal tunnel release. Am J Ind Med. 1997; 32: 321-3. 57-62.

Lumobosacrale radiculaire syndroom

1. NHG-standaard lumobosacrale radiculaire syndroom
2. CBO: Consensus Het lumobosacrale radiculaire syndroom (ter info: met name de paragrafen 11 t/m 21, 24-26)
3. Hoofdstuk uit de Medical Disability Advisor over HNP

Meniscus laesie

Achtergrondinformatie:

1. NHG-standaard Traumatische knieproblemen
2. Hoofdstuk uit de Medical Disability Advisor over (1) meniscectomy and meniscus repair en over (2) meniscus disorders, knee

Herstel functie

3. St-Pierre D.M.M. Rehabilitation following arthroscopic meniscectomy. Review article. Sport Med 1995; 20: 338-347.

4. Matthews P, St-Pierre DM. Recovery of muscle strength following arthroscopic meniscectomy. *J Orthop Sports Phys Ther* 1996;23:18-26.
5. Stetson WB, Templin K. Two-versus three-portal technique for routine knee arthroscopy. *Am J Sports Med* 2002;30:108-11.
6. Rockborn P, Hamberg P, Gillquist J. Arthroscopic meniscectomy: treatment costs and postoperative function in a historical perspective. *Acta Orthop Scand* 2000;71:455-60.

Epicondylitis lateralis

Achtergrondinformatie

1. NHG-standaard epicondylitis lateralis
2. Hoofdstuk uit de Medical Disability Advisor over epicondylitis, medial and lateral
3. Pienimäki TT, Siira PT, Vanharanta H. Chronic medial and lateral epicondylitis: a comparison of pain, disability, and function. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:317-21.

Herstel

4. Smidt N, van der Windt D, Assendelft W, et al. Corticosteroid injections, physiotherapy, or wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359:6

C Overzicht FML-items

Functionele Mogelijkheden Lijst (FML)

Overzicht van FML-items voor de beoordeling van de belastbaarheid in het werk van betrokkene na medische interventie

Aandoening: xxxxxx

I. Persoonlijk functioneren

1. Concentreren van de aandacht
2. Verdelen van de aandacht
3. Herinneren
4. Inzicht in eigen kunnen
5. Doelmatig handelen (taakuitvoering)/ (gecoördineerd handelen, eigen activiteiten afstemmen op het realiseren van een doel)
6. Zelfstandig handelen (zelfstandige taakuitvoering)
7. Handelingstempo

II. Sociaal functioneren

1. Zien
2. Horen
3. Spreken
4. Schrijven
5. Lezen
6. Emotionele problemen van anderen hanteren
7. Eigen gevoelens uiten
8. Omgaan met conflicten
9. Samenwerken
10. Vervoer

III. Aanpassing aan fysische omgevingseisen

1. Hitte
2. Koude
3. Tocht
4. Huidcontact
5. Beschermende middelen
6. Stof, rook, gassen en dampen
7. Geluidsbelasting
8. Trillingsbelasting

IV. Dynamisch handelen

1. Dominantie
2. Lokalisatie beperkingen
3. Hand- en vingergebruik

4. Tastzin
5. Toetsenbord bedienen en muis hanteren
6. Werken met toetsenbord en muis
7. Schroefbewegingen met hand en arm
8. Reiken
9. Frequent reiken tijdens het werk (ongeveer 20 keer per minuut)
10. Buigen
11. Frequent buigen tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)
12. Torderen
13. Duwen of trekken
14. Tillen of dragen
15. Frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)
16. Frequent zware lasten hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per uur)
17. Hoofdbewegingen maken
18. Lopen
19. Lopen tijdens het werk
20. Trappenlopen
21. Klimmen
22. Knielen of hurken

V. Statische houdingen

1. Zitten
2. Zitten tijdens het werk
3. Staan
4. Staan tijdens het werk
5. Geknield of gehurkt actief zijn
6. Gebogen en/of getordeerd actief zijn
7. Boven schouderhoogte actief zijn
8. Het hoofd in een bepaalde stand houden tijdens het werk
9. Afwisseling van houding

VI. Werktijden

1. Perioden van het etmaal
2. Uren per dag
3. Uren per week

D Keuze van FML-items

Om efficiency redenen werd de Delphi-vragenlijst reeds ontwikkeld voordat de klankbordgroepen hun keuze hadden gemaakt over de FML-items die relevant zijn voor de belastbaarheid na medische interventie van de vier aandoeningen. Dit hield in dat de onderzoekers op basis van hun kennis een keuze maakten van FML-items voor de vier aandoeningen. Tijdens de eerste bijeenkomst werden de volgende items onvoldoende relevant geacht:

- Alle items uit de rubriek werktijden (zie bijlage C). De klankbordgroep is van mening dat voor de vier aandoeningen werktijden niet meer relevant zijn als een bedrijfsarts rekening houdt met de genoemde beperkingen in de belastbaarheid en het aangeboden werk hierop aanpast.³ Daarnaast zijn werktijden zeer afhankelijk van de aard van de belasting in het werk en komt het aspect duur en frequentie van de belasting bij de afzonderlijke FML-items aan de orde.
- Epicondylitis: Uit rubriek II vervoer en uit rubriek IV hand- en vingergebruik, tastzin. Reden om de hand- en vingergebruik niet op te nemen is omdat de bijbehorende beperkingcategorieën 1 tot en met 8 afzonderlijk te onderscheiden functiebeperkingen van de hand zijn. De oplopende nummers 1 tot en met 8 geven niet een toenemende beperking weer. De klankbordgroep is van mening dat een gemiddelde waarde moeilijk te interpreteren is, omdat een hogere waarde niet samengaat met een sterkere beperking.
- Meniscus laesie: Uit rubriek IV torderen en uit rubriek V zitten en staan.
- HNP: Uit rubriek IV reiken en frequent reiken tijdens het werk, en uit rubriek V staan.
- CTS: Uit rubriek IV reiken en uit rubriek V boven schouderhoogte actief zijn. De klankbordgroep is van mening dat beide items ondervangen worden door het item hand- en vingergebruik van rubriek IV.

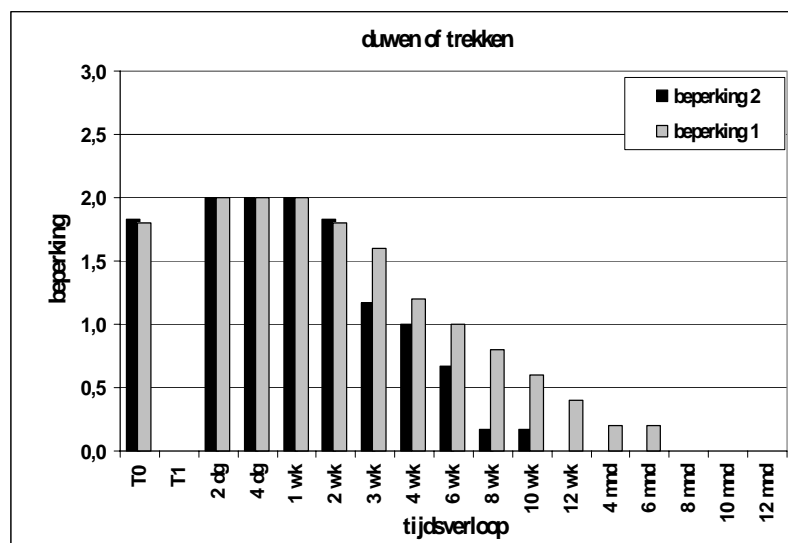
Aan epicondylitis werd één item toegevoegd, namelijk het item boven schouderhoogte actief zijn uit rubriek V.

³ Dit hoeft niet te gelden voor alle aandoeningen. Zo is het voorstelbaar dat bij aandoeningen waar vermoeidheid een kernsymptoom is, werktijden wel relevant zijn voor de bepaling van de belastbaarheid.

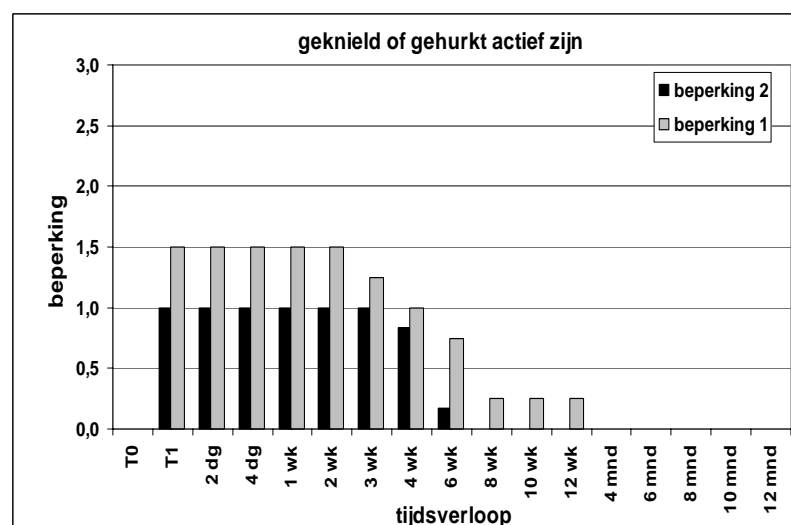
E Consensusvorming

Van de 1^e naar de 2^e ronde

Het resultaat van de bespreking van de eerste Delphi-vragenlijst is dat bij de tweede ronde de mening van de leden van de klankbordgroep minder vaak van elkaar verschilden. Per aandoening geldt dat voor de meeste FML-items de gemiddelde herstelduur van een aanwezige beperking tijdens de 2^e ronde gelijk of korter was dan tijdens de 1^e ronde. De spreiding in de duur van de beperking nam af. Dit betekent dat in de 2^e ronde meer consensus is dan tijdens de 1^e ronde. Figuren E.1 en E.2 zijn enkele voorbeelden van 1^e en 2^e ronde resultaten. Beide figuren geven de gemiddelde waarden van de beperkingen in relatie tot het tijdsverloop weer.



Figuur E.1 CTS: Vergelijking van de resultaten van de 1^e Delphi-ronde (beperking 1) met de 2^e Delphi-ronde (beperking 2).

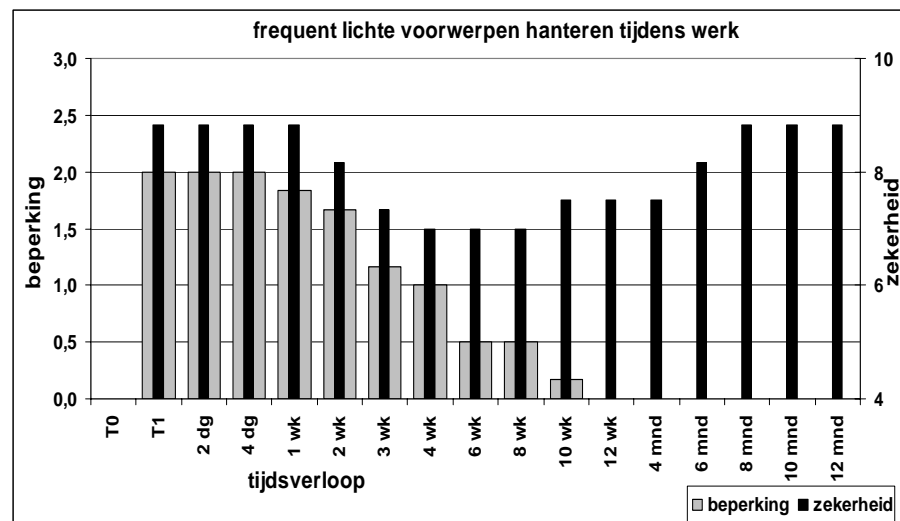


Figuur E.2 HNP: Vergelijking van de resultaten van de 1^e Delphi-ronde (beperking 1) met de 2^e Delphi-ronde (beperking 2).

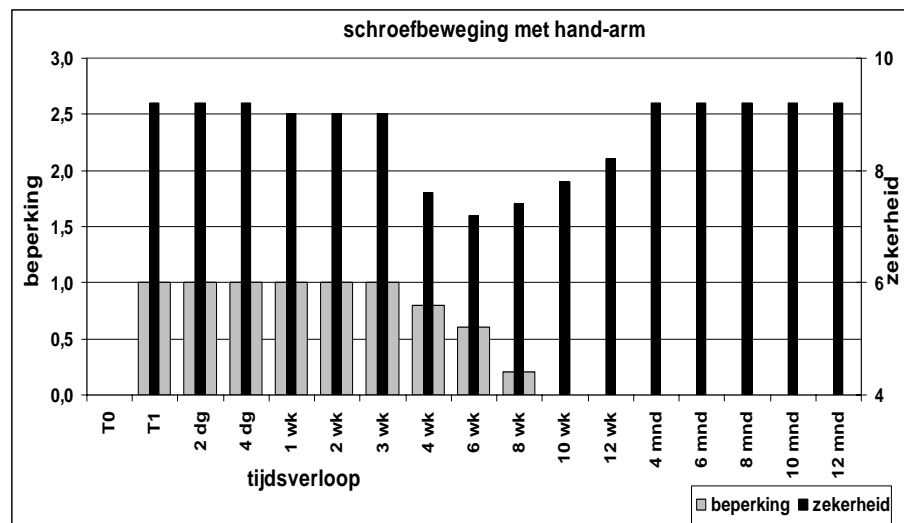
Tijdens de eerste ronde was de klankbordgroep van mening dat na 6 weken voor het CTS voor duwen en trekken er nog een beperking was (niveau 1). Na 8 maanden was iedereen het er over eens dat de beperking niet meer aanwezig was. Tijdens de tweede ronde was na 4 weken er een beperking op niveau 1 en na 12 weken was er geen beperking meer. Het aantal te scoren tijdstipmomenten van nog wel een beperking tot geen beperking liep terug van 6 (6 weken, 8 weken, ..., 6 maanden) naar 4 (4, 6, 8 en 10 weken). Voor HNP werd voor geknield of gehurkt actief zijn het aantal tijdstipmomenten van nog wel een beperking (niveau 1) tot geen beperking teruggebracht van 5 naar 3.

Bijstellen van de bereikte consensus

De mening van de achterban voor de vier aandoeningen over de mate en duur van de beperking kwam in bijna alle gevallen overeen met die van de klankbordgroep. Voor verschillende FML-items hadden individuele deelnemers van het achterbanonderzoek een afwijkende mening omtrent de mate van beperking of de duur van de beperking. In veel van die gevallen bleek het een spreiding te zijn rondom de bereikte consensus: zowel kortere als langere herstelduren, en zowel lichtere als sterkere beperking. Deze spreiding van "meningen" rondom de bereikte consensus weerspiegelt de afnemende zekerheid die ook de klankbordgroepleden hadden omtrent het moment dat een beperking niet meer aanwezig is. Figuren E.3 en E.4 zijn voorbeelden van deze afnemende zekerheid zodra herstel van de belastbaarheid in "beeld" komt.



Figuur E.3 HNP, 2^e Delphi-ronde (N=6). Gemiddelde waarden van de mate en duur van de FML-beperking en de bijbehorende zekerheid van de klankbordgroep van die gemiddelde waarde. De linker as geeft de waarde weer van de beperking, de rechter as de waarde van de zekerheid.



Figuur E.4 Epicondylitis lateralis, 2^e Delphi-ronde (N=6). Gemiddelde waarden van de mate en duur van de FML-beperking en de bijbehorende zekerheid van de klankbordgroep van die gemiddelde waarde. De linker as geeft de waarde weer van de beperking, de rechter as de waarde van de zekerheid.

Op slechts twee punten waren de bedrijfsartsen van het achterbanonderzoek het niet eens met de klankbordgroep. Voor de epicondylitis lateralis stelden zij dat de beperking (niveau 1) voor tillen en dragen en ook voor frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens het werk geen 3 weken maar 4 weken duurde.

In totaal stelde de klankbordgroepen de herstelduren bij van vijf van de in totaal 63 FML-items:

CTS

1. Schrijven: een beperking van 6 weken werd teruggebracht naar 4 weken.
2. Werken met toetsenbord tijdens het werk: het beperkingniveau op 6 weken werd teruggebracht van 2 naar 1.

HNP

3. Lopen: een beperking van 10 weken werd teruggebracht naar 8 weken

Meniscus laesie

4. Klimmen: een beperking van 3 weken werd verlengd naar 4 weken.

Epicondylitis lateralis

5. Frequent zware lasten hanteren: een beperking van 3 weken werd verlengd naar 4 weken.

F Consensus hersteltijden

F.1 Carpaal tunnelsyndroom

Aandoening:	carpaal tunnel syndroom
Behandeling:	operatief, incisie van 2,5 cm in de handpalm
Nabehandeling:	-

Case

Mevrouw Schrijvers, 48 jaar, meldt zich bij de huisarts. Zij heeft in toenemende mate last van haar rechter hand. Terugkijkend zijn bij haar de klachten zo'n acht maanden geleden begonnen: soms wakker worden door pijnlijke tintelingen in de vingertoppen van de middelste vingers die verdwijnen door met de hand te schudden. Het liefst slaapt ze met haar arm hangend buiten haar bed. Ze vindt dat ze de laatste weken toch wel vaak dingen uit haar handen laat vallen. Zelfs een glas vastpakken gaat soms niet. Ook vindt ze dat haar middelste vingers doof aanvoelen. Soms schiet de pijn door naar de onder- en bovenarm. Vorige week tijdens haar 25-jaar huwelijksfeest gaf ze de gasten maar een hand met haar linker hand. Met haar rechter hand gasten een hand geven was veel te pijnlijk. Mevrouw Schrijvers is rechts en op haar werk kan ze alle werkzaamheden niet meer doen.

De huisarts stelt na anamnese en een kort onderzoek van de armen en schouders de waarschijnlijkheidsdiagnose carpaal tunnel syndroom aan de rechter pols. De huisarts constateert een lichte atrofie van de rechter duimmuis en een verminderde sensibiliteit van de 2e, 3e en 4e vinger. Links vindt de huisarts geen aanwijzingen voor een CTS. Mevrouw Schrijvers is verder goed gezond en de huisarts vindt geen aanwijzingen dat er andere aandoeningen of ziekten zijn die een rol spelen bij haar klachten.

De huisarts bespreekt met mevrouw Schrijvers de klachten. Gezien het feit dat mevrouw Schrijvers gevoelsstoornissen heeft in de rechter hand en spieratrofie van de duimmuis, stelt hij haar voor om een afspraak te maken bij de polikliniek neurologie van het ziekenhuis. Ook adviseert hij haar om bij de bedrijfsarts langs te gaan. (Tijdstip T0)

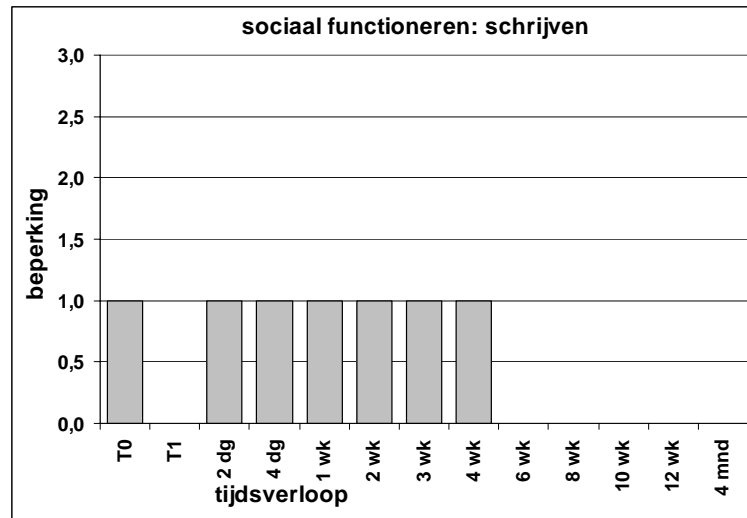
Enkele weken later kan mevrouw Schrijvers terecht op de polikliniek neurologie. De klachten zijn onverminderd aanwezig. De neuroloog bevestigt de waarschijnlijkheidsdiagnose CTS en laat ter bevestiging bij haar een elektromyografisch onderzoek doen. Het EMG laat een vertraagde geleidingstijd zien. mevrouw Schrijvers komt op de wachtlijst te staan voor een operatieve behandeling.

xx weken later wordt mevrouw Schrijvers poliklinisch behandeld (Tijdstip T1): onder plaatselijke verdoving wordt een longitudinale incisie van 2,5 cm in de huid gemaakt en het retinaculum gekliefd. De hechtingen worden 2 weken later verwijderd.

RUBRIEK II Sociaal functioneren

8. Schrijven

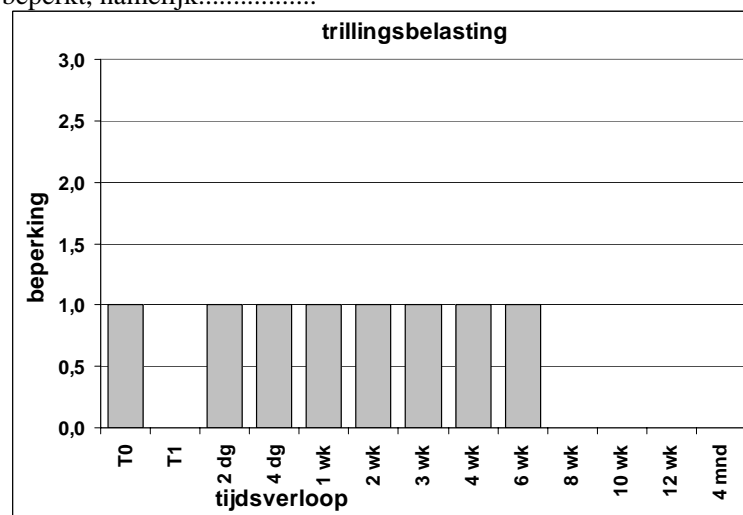
- 0. normaal, geen specifieke beperking in het dagelijks functioneren
(*beoordelen of betrokkene problemen heeft met de handeling schrijven*)
- 1. beperkt, namelijk.....



RUBIEK III Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

8. Trillingsbelasting

- 0. normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven
(*beoordelen of betrokkene opgewassen is tegen een werkomgeving met (incidenteel) forse trillingsbelasting. Trillingen in het dagelijkse leven zoals handmixer, auto, (brom)fiets, en openbaar vervoer worden buiten beschouwing gelaten*)
- 1. beperkt, namelijk.....



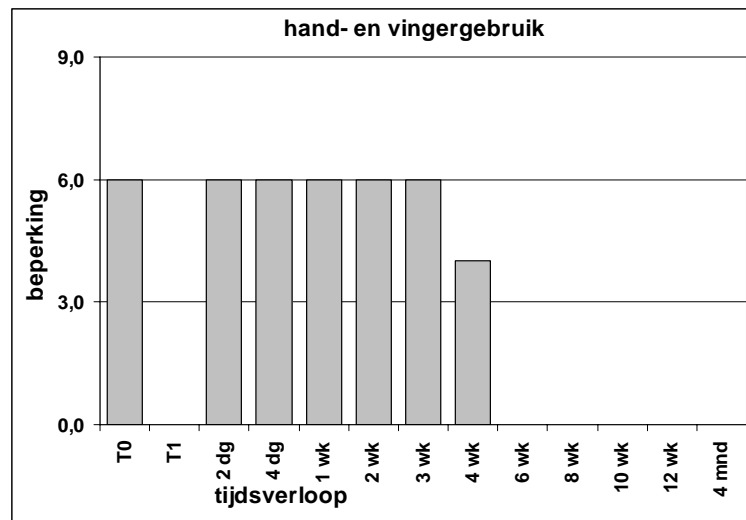
RUBRIEK IV Dynamische handelingen

3. Hand- en vingergebruik

0. normaal, geen specifieke beperkingen bij het gebruik van handen en vingers in het dagelijks leven

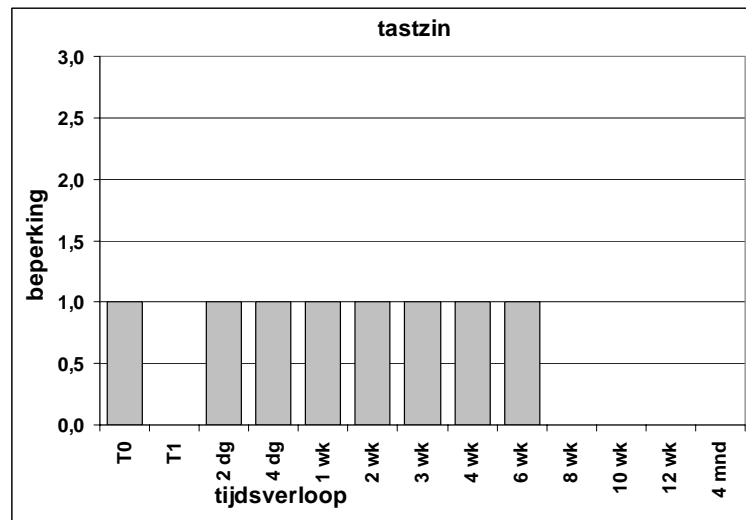
(beoordelen of betrokkene deze handeling wel of niet kan. Dit item is uitsluitend bedoeld om ernstige beperkingen weer te geven. Lichtere, maar toch substantiële beperkingen worden verdisconteerd in de beoordeling van items waarbij het gebruik van handen en vingers vereist is Rubriek IV: 3 t/m 7)

1. beperkt, kan de bolgreep niet of nauwelijks uitvoeren
2. beperkt, kan de pengreep niet of nauwelijks uitvoeren
3. beperkt, kan de pincetgreep niet of nauwelijks uitvoeren
4. beperkt, kan de sleutelgreep niet of nauwelijks uitvoeren
5. beperkt, kan de cilindergreep niet of nauwelijks uitvoeren
6. beperkt, kan niet of nauwelijks knijp/grijpkracht uitoefenen
7. beperkt, is niet of nauwelijks in staat tot fijn-motorische hand/vingerbewegingen
8. beperkt, is niet of nauwelijks in staat tot repetitieve hand/vingerbewegingen



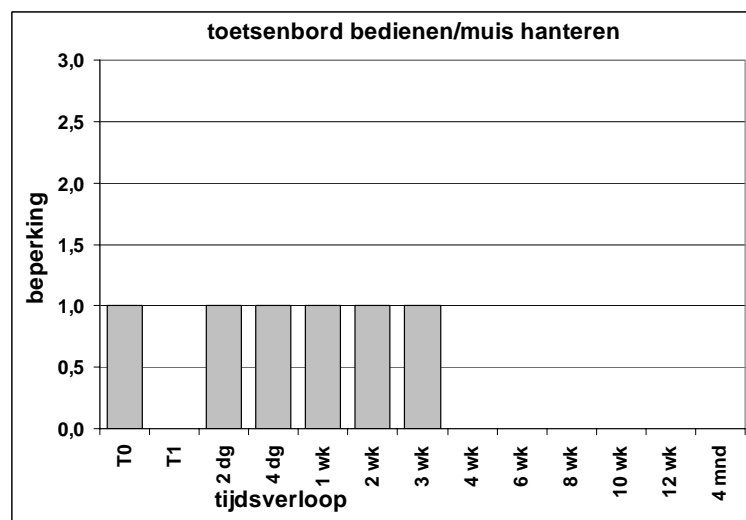
4.4 Tastzin

0. normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven
(*alleen beoordelen of de tastzin gestoord is of niet: op de tast, zonder te kijken, pagina's omslaan, in het donker een lichtschaakelaar vinden en bedienen*)
1. beperkt, namelijk.....



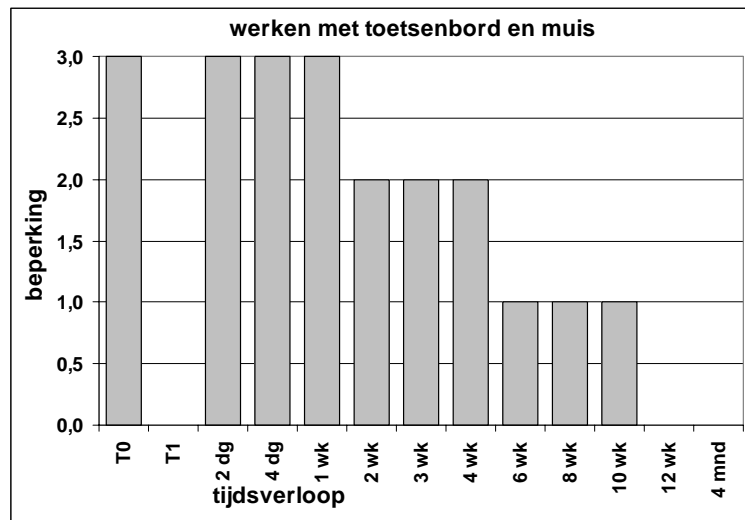
5. Toetsenbord bedienen/muis hanteren

0. normaal, kan alle hiervoor benodigde bewegingen uitvoeren
(*beoordelen of betrokkene deze handeling wel of niet kan uitvoeren. Vaardigheid/duur wordt beoordeeld met item IV:6*)
1. beperkt, namelijk.....



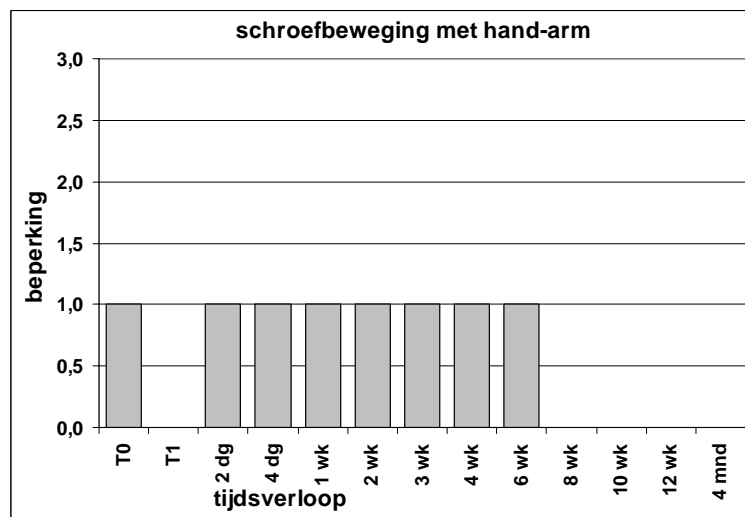
6. Werken met toetsenbord en muis

0. normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag toetsenbord bedienen en muis hanteren (*professioneel tekstverwerken, programmeren, CAD/CAM werk, elektronische verkoop*)
1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag (ongeveer 4 uur) toetsenbord bedienen en muis hanteren (beleidsmedewerker)
2. beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag (ongeveer 1 uur) toetsenbord bedienen en muis hanteren ('e-mailen')
3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan een half uur per werkdag toetsenbord bedienen en muis hanteren



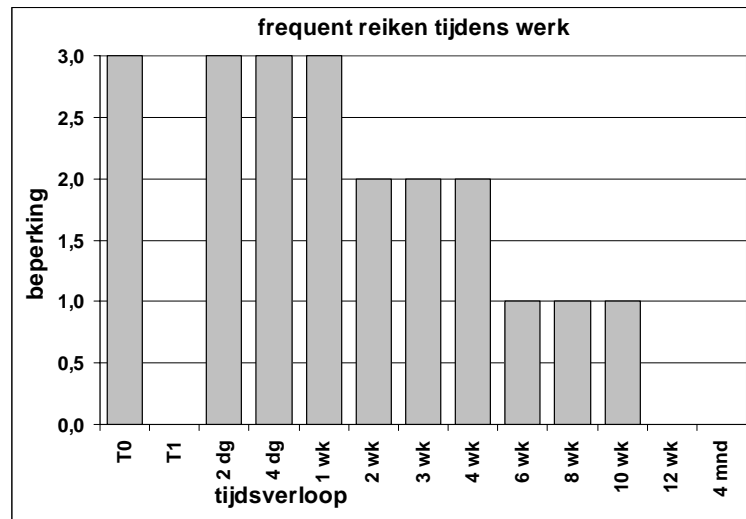
7. Schroefbewegingen met hand-arm

0. normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven (*ook het gelijktijdig met beide handen een vaatdoek kunnen uitwringen; als de handeling niet gelijktijdig kan worden uitgevoerd is de handeling beperkt*)
1. beperkt, namelijk.....



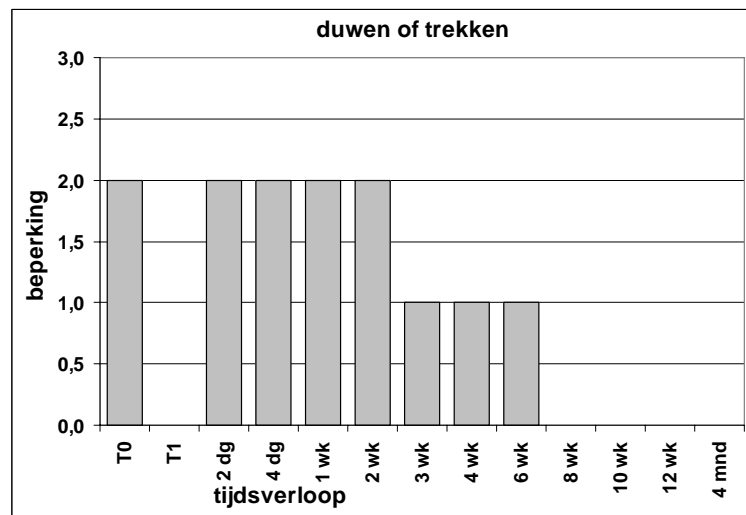
9. Frequent reiken tijdens het werk (ongeveer 20 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig gedurende elk uur van de werkdag frequent reiken (*kas-sawerk in grootwinkelbedrijf, inpakwerk*)
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uur per werkdag frequent reiken
2. beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent reiken
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag frequent reiken



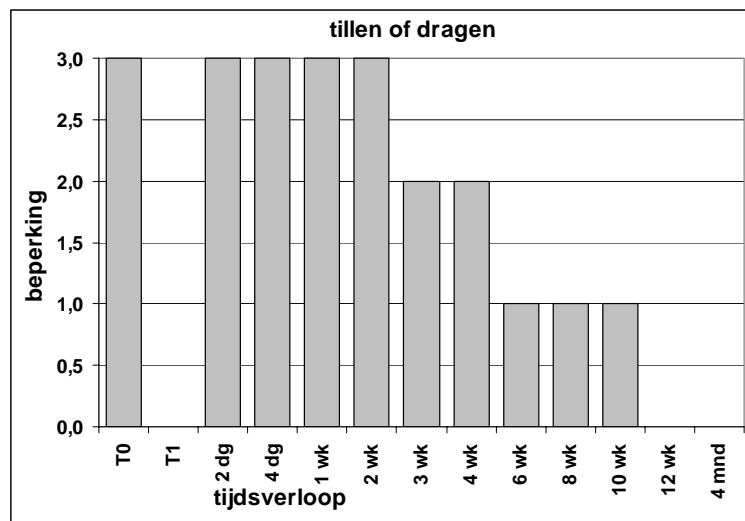
13. Duwen of trekken

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kgf duwen of trekken (weerbarstige kurk uit fles) (*ongeacht of betrokkene zich moet verplaatsen. Duwen en trekken wordt beoordeeld vanuit staande houding, en met beide handen en armen*)
1. beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kgf duwen of trekken (volle vuilniscontainer)
2. sterk beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kgf duwen of trekken (deur met dranger openen)



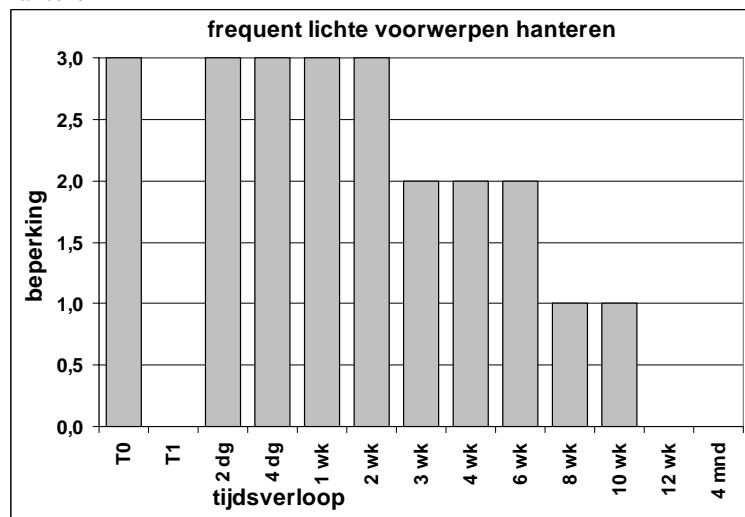
14. Tillen of dragen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kg tillen of dragen (kleuter)
(*tillen en dragen zijn onder één noemer gebracht omdat deze activiteiten in arbeid vaak samengaan*)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kg tillen of dragen (peuter)
2. beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kg tillen of dragen (zak aardappelen)
3. sterk beperkt, kan ongeveer 1 kg tillen of dragen (literpak melk)



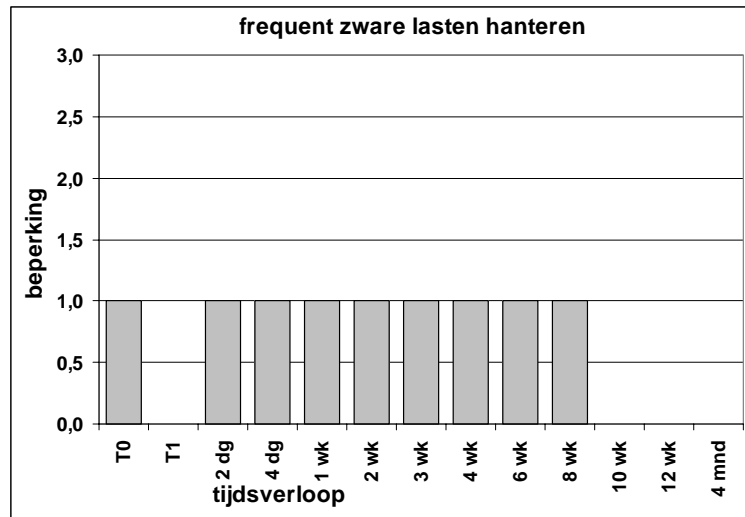
15. Frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren (*orderverzamelaar*)
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uur per werkdag voorwerpen ruim 1 kg hanteren
2. beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag voorwerpen van ruim 1 kg hanteren



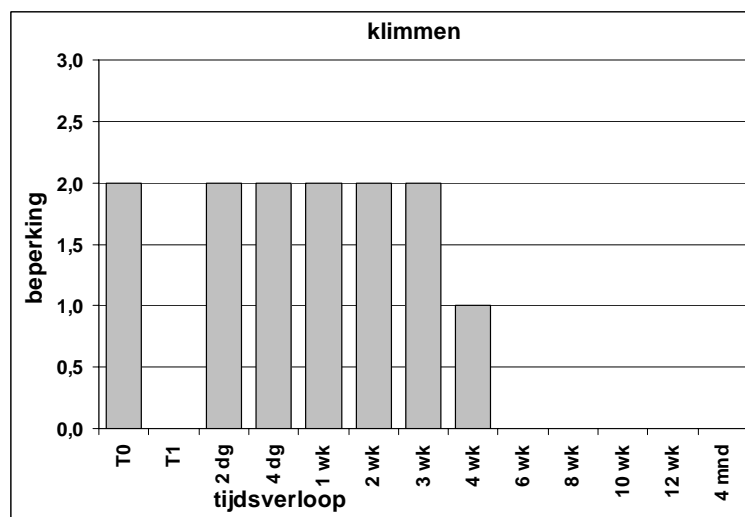
16. Frequent zware lasten hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per uur)

0. normaal, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren (*hanteren door tillen en hanteren door dragen*)
1. beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren (*hooguit 1 uur omdat het hanteren van zware lasten in de meeste functies slechts incidenteel voorkomt*)



21. Klimmen

0. normaal, kan tenminste een ladder op **en** af (1 verdieping)
(*anders dan bij traplopen moet bij klimmen ten minste één hand gebruikt worden; de beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 5 keer per uur*)
1. licht beperkt, kan tenminste een huishoudtrap op **en** af
2. beperkt, kan tenminste een opstapje op **en** af (50cm, olifantsvoet)
3. sterk beperkt, kan geen opstap maken



F.2 Lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1

Aandoening:	lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1
Behandeling:	conservatief, maar activerend
Nabehandeling:	adviezen m.b.t. mobilisatie/ activiteiten

Case

Meneer Van Diepen, 43 jaar, meldt zich bij de huisarts vanwege pijn onder in de rug en met een zeer pijnlijke uitstralende pijn naar het linker been. Vorig jaar is hij ook al eens bij de huisarts geweest met acute lage rugpijnklachten, maar toen had hij niet van die uitstralende pijn in het linker been. Op advies van de huisarts heeft hij toen medicijnen gekregen tegen de pijn en heeft hij in overleg met de bedrijfsarts op zijn werk toen gedurende enkele weken wat rustiger aan kunnen doen. Gelukkig waren de klachten na zo'n 2 maanden verdwenen.

Nu voelt het allemaal toch wel wat anders. De pijn schiet door via zijn bil en achterkant van zijn bovenbeen door naar de achterkant van het onderbeen tot in de linker voet. Het liefst ligt hij plat op de bank. De huisarts constateert bij lichamelijk onderzoek een verminderde achillespeesreflex links t.o.v. rechts en een gestoorde sensibiliteit van de achterkant van het linker onderbeen en de laterale linker voetrand. Proef van Lasègue en proef van Bragard zijn positief. Hij stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1.

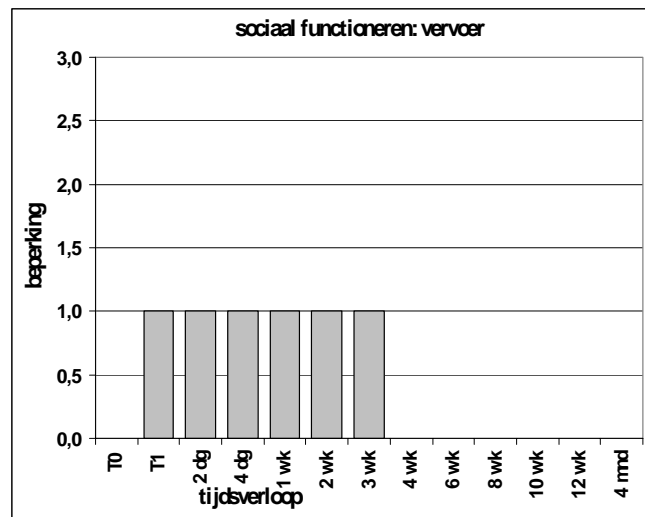
De huisarts overlegt met de patiënt en stelt voorlopig een conservatief, maar activerend, beleid vast (Tijdstip T=1. Zij adviseert pijn provocerende bewegingen te vermijden en op geleide van pijn rust te nemen. Ook geeft zij hem rugsparende adviezen. Gelukkig heeft meneer Van Diepen thuis een badkamer en een slaapkamer op de begane grond. Voor de bestrijding van de pijn schrijft zij meneer Van Diepen 2 weken een NSAID (naproxen) en een spierverlapper voor. Na 2 weken moet meneer Van Diepen terugkomen voor controle, maar hij moet eerder terugkomen als de pijn of verlies van spierkracht sterk toeneemt, of als er plasproblemen of gevoelsstoornissen in de schaamstreek ontstaan. Verder adviseert zij hem contact op te nemen met de bedrijfsarts om te bekijken of hij weer kan werken.

Bij deze case vervalt T0

RUBRIEK II Sociaal functioneren

10. Vervoer (zelfstandig reizen van en naar het werk)

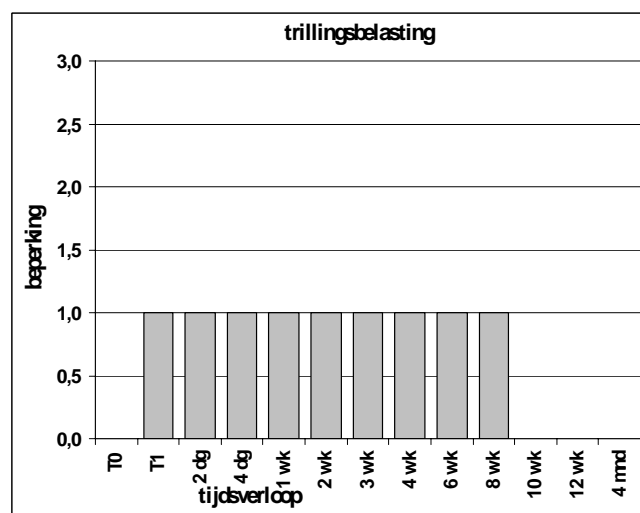
0. normaal, kan autorijden of fietsen, of zelfstandig gebruik maken het openbaar vervoer
1. beperkt, is voor vervoer aangewezen op hulp van anderen



RUBRIEK III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

8. Trillingsbelasting

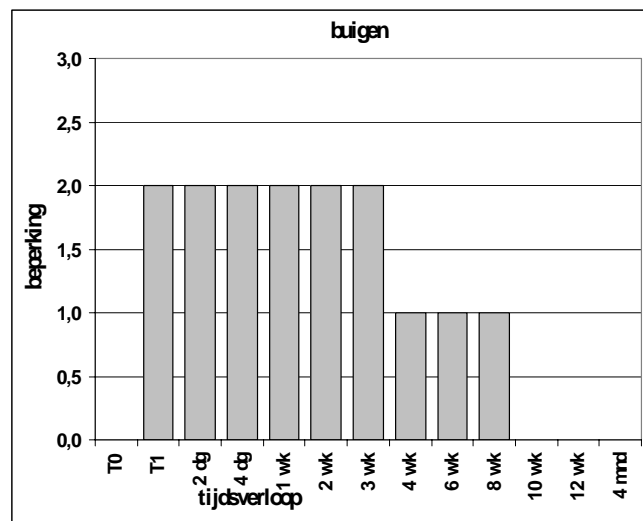
0. normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven
(*beoordelen of betrokkene opgewassen is tegen een werkomgeving met (incidenteel) forse trillingsbelasting. Trillingen in het dagelijkse leven zoals handmixer, auto, (brom)fiets, en openbaar vervoer worden buiten beschouwing gelaten*)
1. beperkt, namelijk.....



RUBRIEK IV Dynamische handelingen

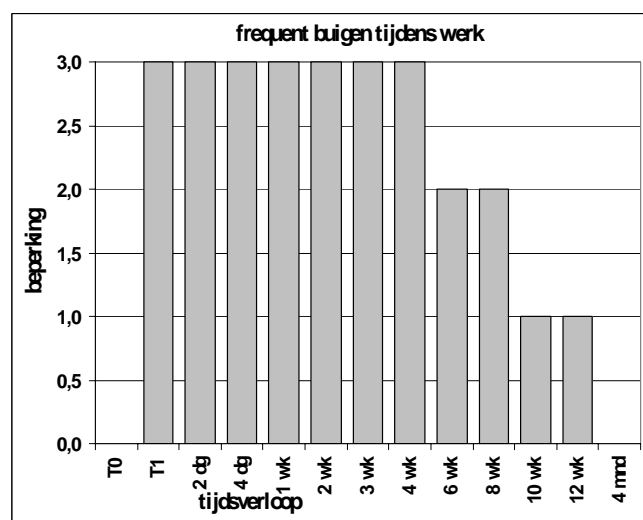
10. Buigen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 90 graden buigen (papiertje van de grond oprapen) (*de beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 10 keer per uur (1 keer per 5 minuten). De gebogen positie van het bovenlichaam duurt niet langer dan enige seconden*)
1. beperkt, kan zo nodig ongeveer 60 graden buigen (tas van de grond oppakken)
2. sterk beperkt, kan zo nodig ongeveer 45 graden buigen (krumels uit stoelzitting oprapen)



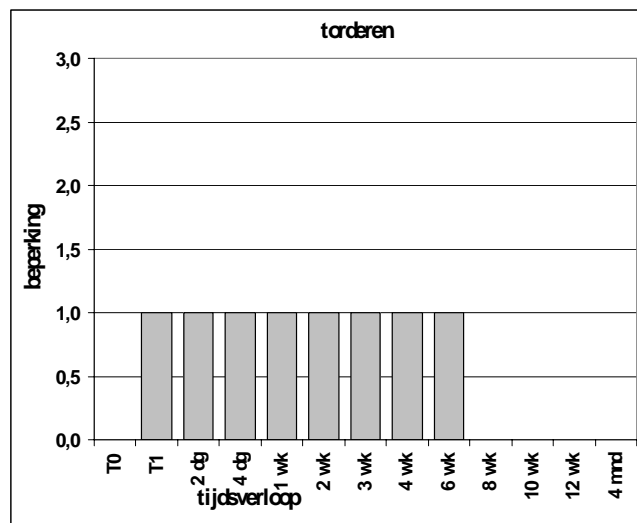
11. Frequent buigen tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag frequent buigen
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uren per werkdag frequent buigen
2. beperkt, kan zo nodig gedurende een uur per werkdag frequent buigen
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag frequent buigen



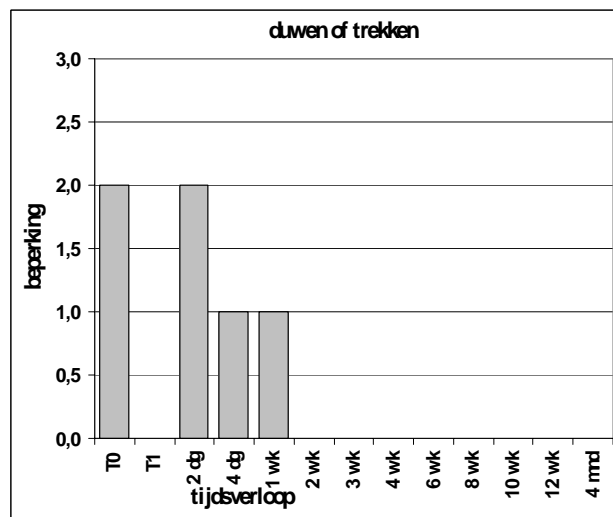
12 Torderen

- 0. normaal, kan de romp tenminste 45 graden draaien (achterom kijken op de fiets; voor in zittend een tas van de achterbank van de auto pakken) *(beoordelen of betrokkene in staat is om het bovenlichaam ongeveer 45 graden zijwaarts naar achteren te draaien. De beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 1 keer per minuut. De gedraaide positie duurt niet langer dan enige seconden. Het gaat hierbij om de dynamische belasting.)*
- 1. beperkt, namelijk.....



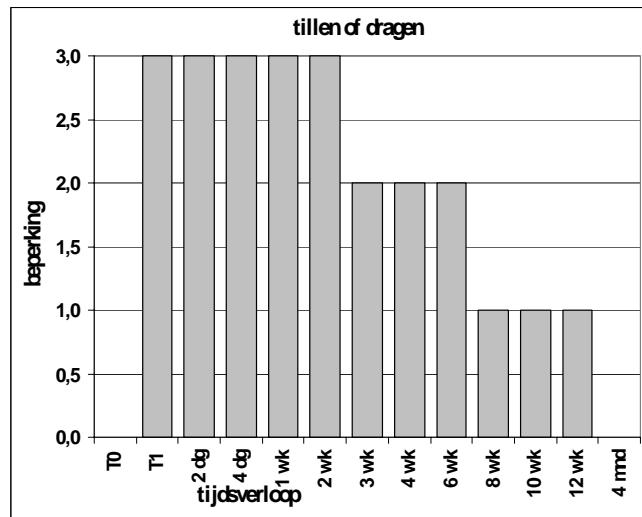
13 Duwen of trekken

- 0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kgf duwen of trekken (weerbarstige kurk uit fles) *(ongeacht of betrokkene zich moet verplaatsen. Duwen en trekken wordt beoordeeld vanuit staande houding, en met beide handen en armen)*
- 1. beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kgf duwen of trekken (volle vuilniscontainer)
- 2. sterk beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kgf duwen of trekken (deur met dranger openen)



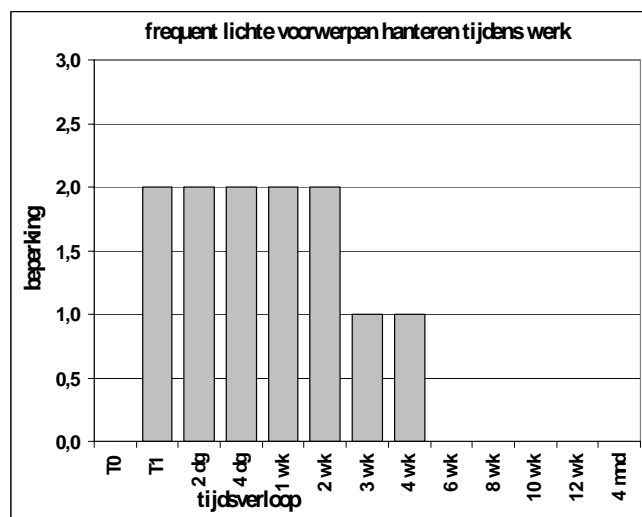
14. Tillen of dragen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kg tillen of dragen (kleuter)
(tillen en dragen zijn onder één noemer gebracht omdat deze activiteiten in arbeid vaak samengaan)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kg tillen of dragen (peuter)
2. beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kg tillen of dragen (zak aardappelen)
3. sterk beperkt, kan ongeveer 1 kg tillen of dragen (literpak melk)



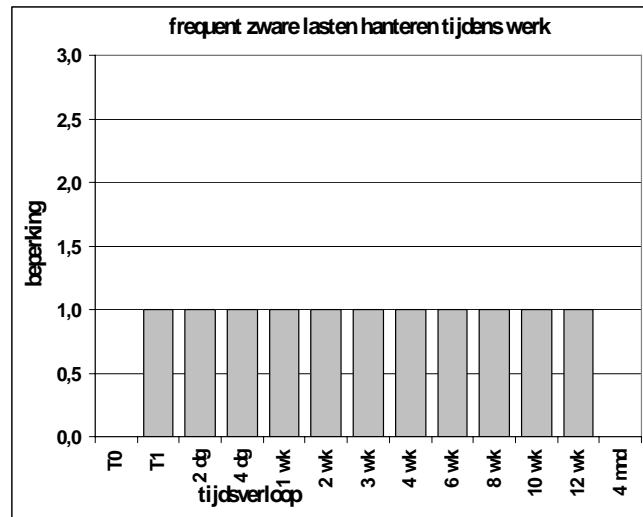
15. Frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren (orderverzamelaar)
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uur per werkdag voorwerpen ruim 1 kg hanteren
2. beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag voorwerpen van ruim 1 kg hanteren



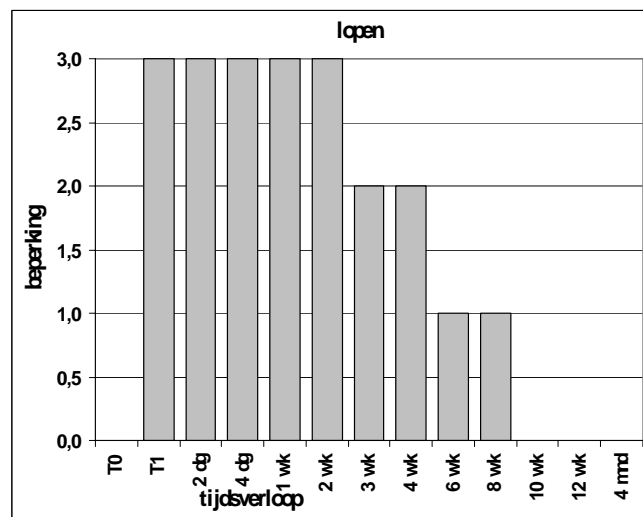
16. Frequent zware lasten hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per uur)

0. normaal, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren (*hanteren door tillen en hanteren door dragen*)
1. beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren (*hooguit 1 uur omdat het hanteren van zware lasten in de meeste functies slechts incidenteel voorkomt*)



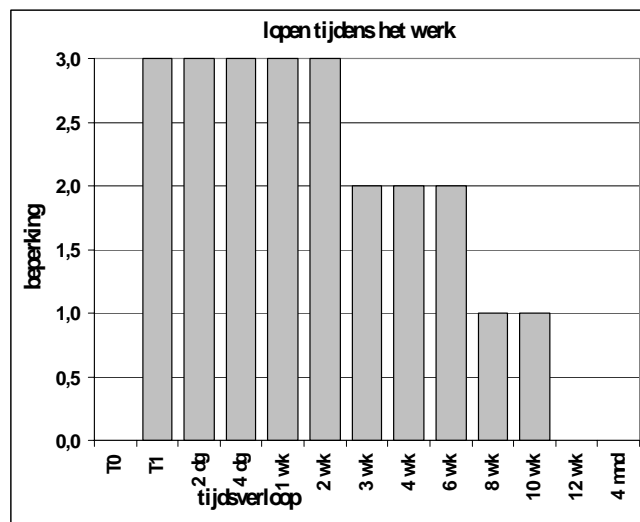
18. Lopen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer een uur achtereen lopen (wandeling) (*er wordt uitgegaan van een tempo van ongeveer 4 km per uur en vlak terrein*)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer 15-30 minuten achtereen lopen (ommetje)
2. beperkt, kan zo nodig ongeveer 5-15 minuten achtereen lopen (naar de brievenbus)
3. sterk beperkt, kan minder dan ongeveer 5 minuten achtereen lopen (binnenshuis)



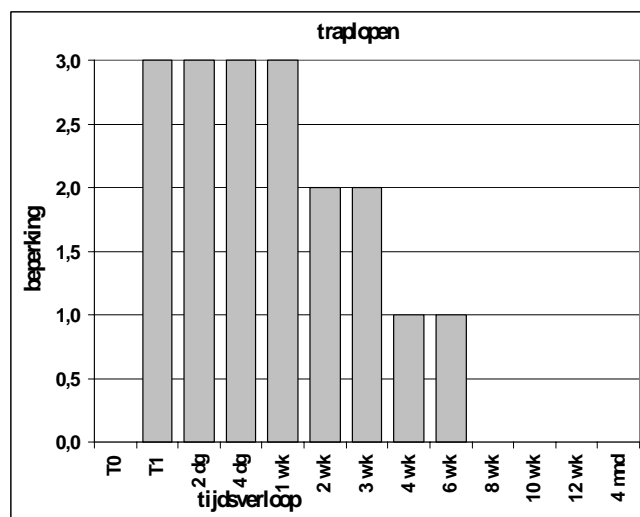
19. Lopen tijdens het werk

0. normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag lopen (postbode)
1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag (ongeveer 4 uur) lopen
2. beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag (ongeveer 1 uur) lopen
3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan een half uur per werkdag lopen



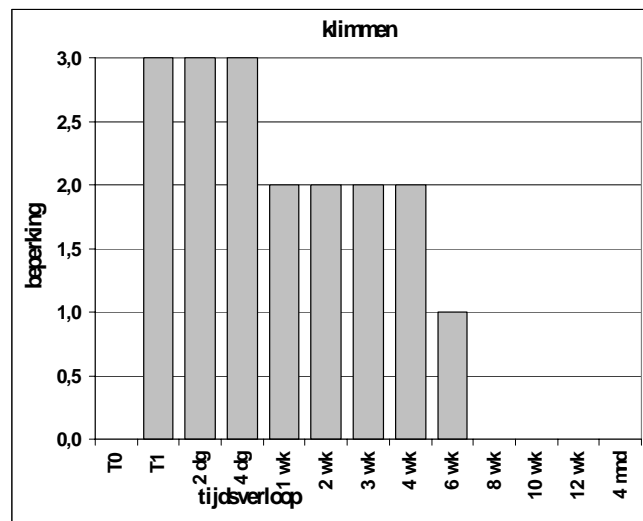
20. Trappenlopen

0. normaal, kan tenminste in één keer twee trappen op en af (2 verdiepingen woonhuis) (*trappenlopen onderscheidt zich van klimmen doordat het geen noodzakelijk beroep doet op hand- en vingergebruik. De beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 5 keer per uur*)
1. licht beperkt, kan tenminste in één keer een trap op en af (1 verdieping woonhuis)
2. beperkt, kan tenminste in één keer één trap op of af (1 verdieping woonhuis)
3. sterk beperkt, kan in één keer alleen een bordestrapje op of aflopen



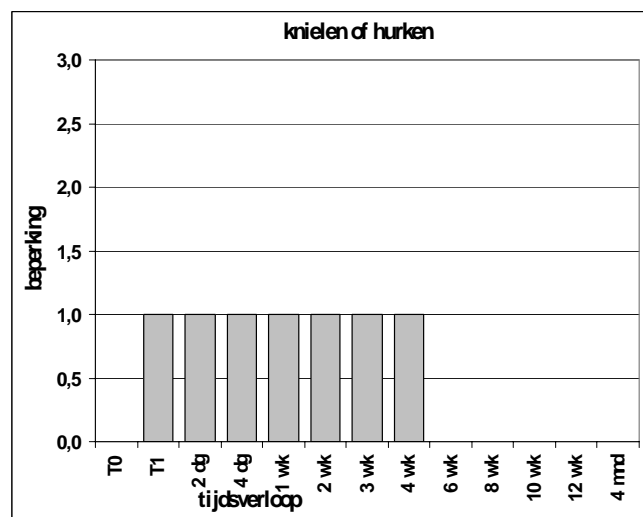
21. Klimmen

0. normaal, kan tenminste een ladder op **en** af (1 verdieping)
(anders dan bij traplopen moet bij klimmen ten minste één hand gebruikt worden; de beoordeling is inclusief een frequentie van ong. 5 keer per uur)
1. licht beperkt, kan tenminste een huishoudtrap op **en** af
2. beperkt, kan tenminste een opstapje op **en** af (50 cm, olifantsvoet)
3. sterk beperkt, kan geen opstap maken



22. Knielen of hurken

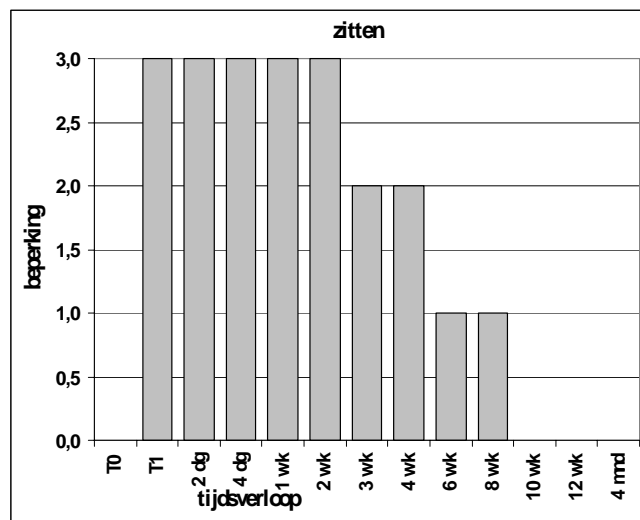
0. normaal, kan knielend of hurkend met de handen de grond bereiken (een muntstuk oprapen) (beoordeling van de mogelijkheid om incidenteel kortdurend (hooguit een minuut) te knielen of te hurken. De beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 10 keer per uur)
1. beperkt, kan niet of nauwelijks knielend of hurkend met de handen de grond bereiken



RUBRIEK V: Statische houdingen

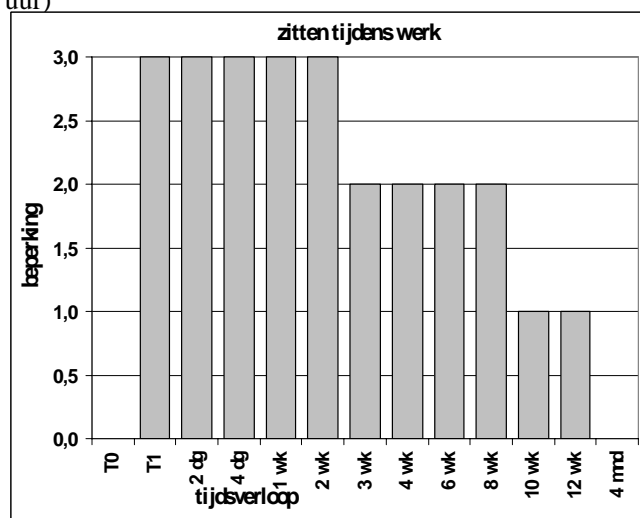
1. Zitten

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 2 uur achtereen zitten (autorit)
(*het afwisselen van verschillende zithoudingen (verzitten, rug trekken of zich uitrekken) wordt niet beschouwd als een onderbreking van het zitten. Dit geldt ook voor het pakken van een ordner uit een kast achter betrokkene*)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer een uur achtereen zitten (film)
2. beperkt, kan ongeveer een half uur achtereen zitten (maaltijd)
3. sterk beperkt, kan minder dan een kwartier achtereen zitten (tv-journaal)



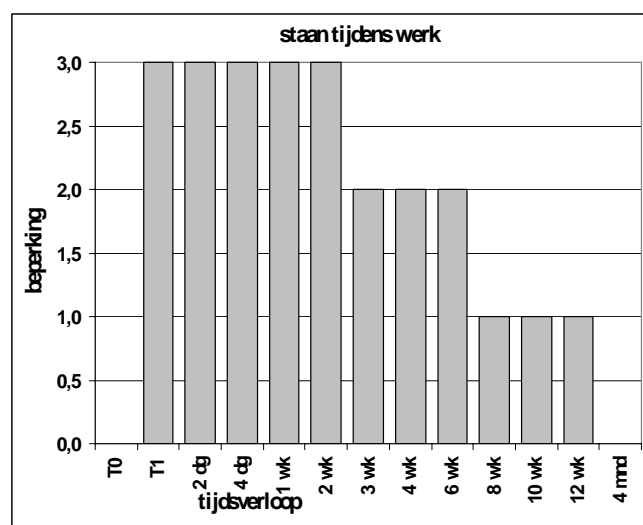
2. Zitten tijdens het werk

0. normaal, kan zo nodig gedurende vrijwel de gehele werkdag zitten (assemblagewerk, kassawerk, uitvoerend administratief werk) (*het gaat om de som van afzonderlijke periodes waarin achtereen gezeten kan worden, die doorgaans niet langer duren dan aangegeven onder item V.1 (zitten)*)
1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende het grootste deel van de werkdag zitten (ongeveer 6-8 uur)
2. beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag zitten (ongeveer 4 uur)
3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan 4 uur per werkdag zitten (ongeveer 2 uur)



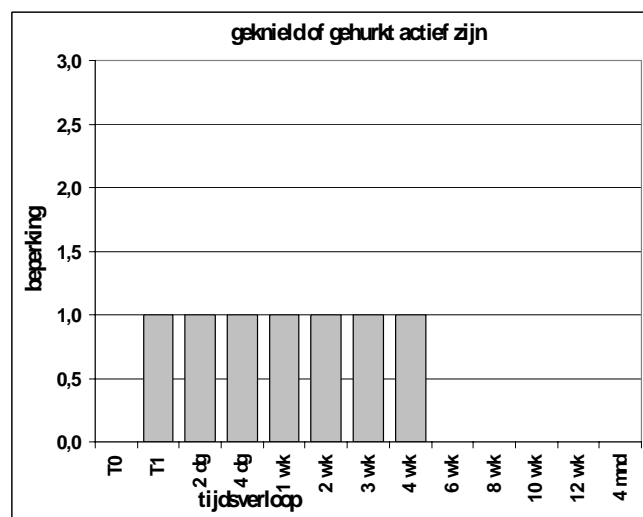
4. Staan tijdens het werk

0. normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag staan (verkoopfuncties, productiefuncties)
(het gaat om de som van afzonderlijke periodes waarin achtereenvolgens gestaan kan worden, die doorgaans niet langer duren dan 1 uur achtereenvolgens)
1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag staan (ongeveer 4 uur)
2. beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag staan (ongeveer 1 uur)
3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan een half uur per werkdag staan



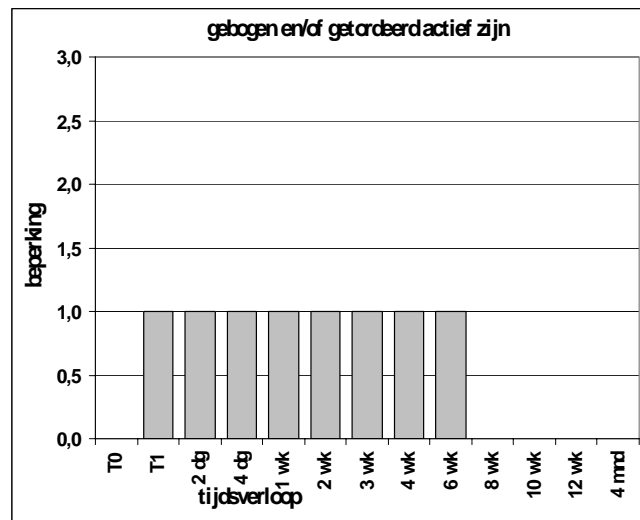
5. Gekniel of gehurkt actief zijn

0. normaal, kan tenminste 5 minuten achtereenvolgens gekniel of gehurkt actief zijn (tunnieren) *(de beoordeling is inclusief en frequentie van ongeveer 2 keer per uur)*
1. beperkt, kan minder dan 5 minuten achtereenvolgens gekniel of gehurkt actief zijn (deur aanrechtkastje afnemen)



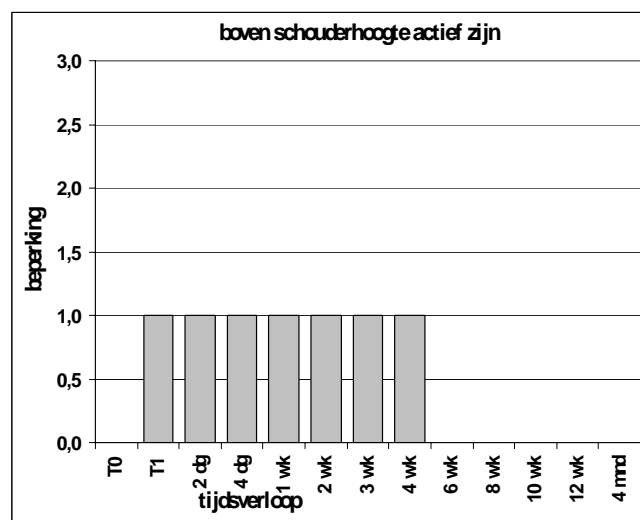
6. Gebogen en/of getordeerd actief zijn

0. normaal, kan tenminste 5 minuten achtereen gebogen en/of getordeerd actief zijn (stoep vegen) (*de beoordeling is inclusief en frequentie van ongeveer 2 keer per uur*)
1. beperkt, kan minder dan 5 minuten achtereen gebogen en/of getordeerd actief zijn (schoenveters strikken)



7. Boven schouderhoogte actief zijn

0. normaal, tenminste 5 minuten achtereen (gordijnen ophangen)
1. beperkt, minder dan 5 minuten achtereen (gloeilamp verwisselen)



F.3 Meniscus laesie

Aandoening:	mediale meniscuslaesie van de dominante rechter knie
Behandeling:	partiële meniscectomie
Nabehandeling:	standaard (informatie via patiëntenfolder)

Case

Meneer Verhagen, 35 jaar, meldt zich zondag in de namiddag bij de huisarts. Die ochtend heeft hij tijdens het voetballen met zijn 10-jarige zoon zijn rechter knie geblesseerd. Vanwege de pijn moest hij acuut stoppen met voetballen. In de loop van de middag werd de knie zichtbaar dikker en het been kon hij niet meer strekken en buigen omdat dat zeer pijnlijk was. Traplopen was zeer pijnlijk.

Bij onderzoek constateert de huisarts aan de rechter knie een matige hydrops, drukpijn t.h.v. de mediale gewrichtsspleet. Rechter knie passief strekken lukt niet ("knie op slot"). Bewegingsonderzoek is niet mogelijk vanwege de pijn. Meneer Verhagen is verder goed gezond en gebruikt geen medicijnen. Het is de eerste keer dat meneer Verhagen bij de huisarts komt vanwege een knieblesure. Hij stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose acute mediale meniscuslaesie van de rechter knie. De huisarts stuurt meneer Verhagen diezelfde middag nog door naar de acute polikliniek van het ziekenhuis.

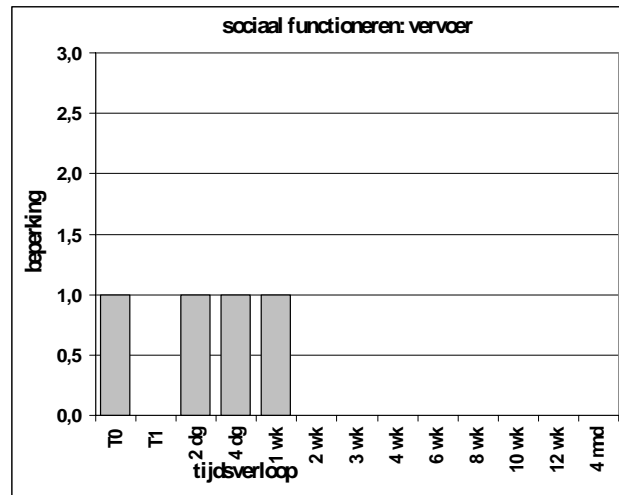
Op de polikliniek bevestigt de dienstdoende orthopedisch chirurg na anamnese en lichamelijk onderzoek de waarschijnlijkheidsdiagnose van de huisarts mediale meniscus letsel van de rechterknie" (Tijdstip T=0)

Op <datum>, xx dagen na het ongeval, wordt bij meneer Verhagen artroscopie gedaan. Tijdens de kijkoperatie besluit de orthopedisch chirurg tot een partiële meniscectomie (Tijdstip T=1). Meneer Verhagen gaat diezelfde dag 's avonds weer naar huis. Van de orthopedisch chirurg krijgt hij een verwijsbrief mee voor de bedrijfsarts en een patiëntenfolder waarin een aantal adviezen te lezen zijn over gebruik van pijnmedicatie, gebruik van krukken, instructies voor oefeningen voor de knie, wanneer weer begonnen kan worden met sporten / werken.

RUBRIEK II Sociaal functioneren

10. Vervoer (zelfstandig reizen van en naar het werk)

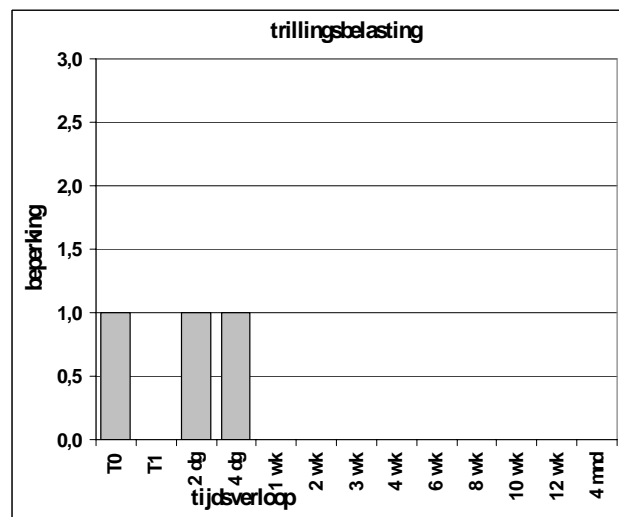
- 0 normaal, kan autorijden of fietsen, of zelfstandig gebruik maken het openbaar vervoer
- 1 beperkt, is voor vervoer aangewezen op hulp van anderen



RUBRIEK III Aanpassing aan fysische omgevingseisen

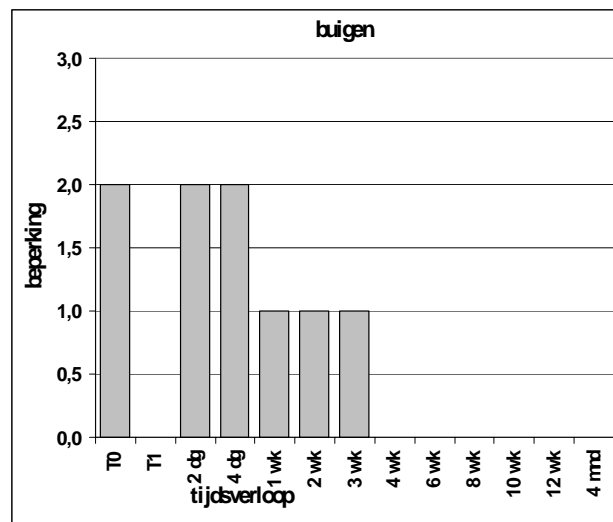
8. Trillingsbelasting

- 0 normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven
(*beoordelen of betrokkene opgewassen is tegen een werkomgeving met (incidenteel) forse trillingsbelasting. Trillingen in het dagelijkse leven zoals handmixer, auto, (brom)fiets, en openbaar vervoer worden buiten beschouwing gelaten*)
- 1 beperkt, namelijk.....



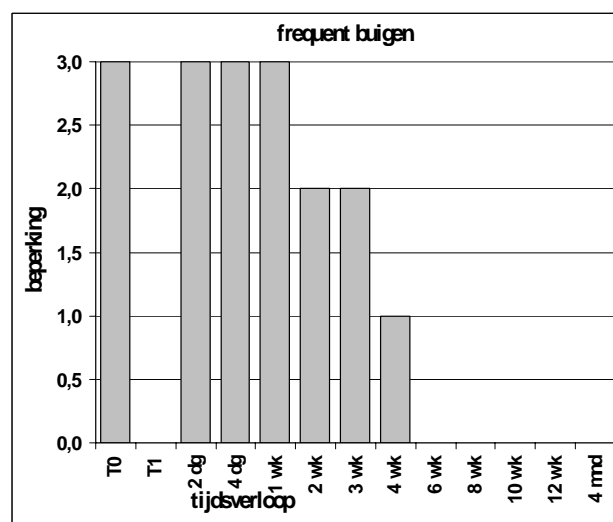
10. Buigen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 90 graden buigen (papiertje van de grond oprapen) (*de beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 10 keer per uur (1 keer per 5 minuten). De gebogen positie van het bovenlichaam duurt niet langer dan enige seconden*)
1. beperkt, kan zo nodig ongeveer 60 graden buigen (tas van de grond oppakken)
2. sterk beperkt, kan zo nodig ongeveer 45 graden buigen (krumels uit stoelzitting oprapen)



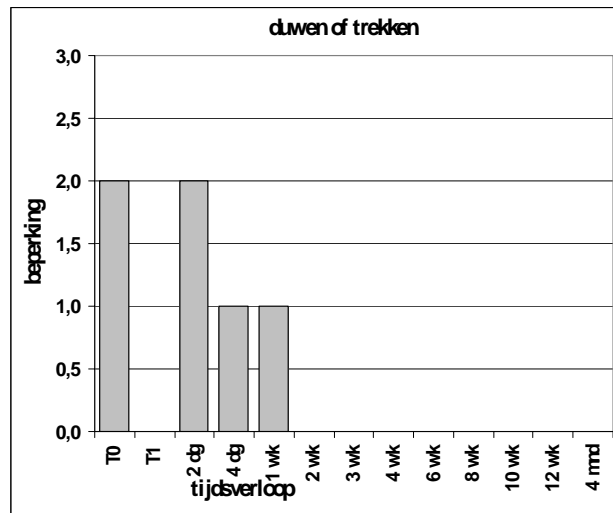
11. Frequent buigen tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag frequent buigen
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uren per werkdag frequent buigen
2. beperkt, kan zo nodig gedurende een uur per werkdag frequent buigen
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag frequent buigen



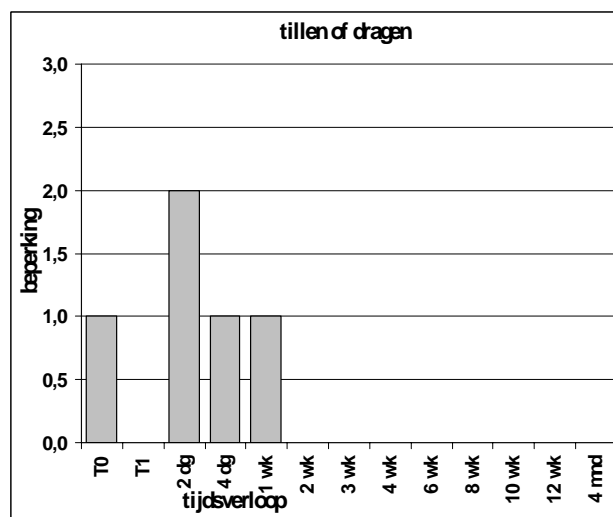
13 Duwen of trekken

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kg duwen of trekken (weerbarstige kurk uit fles). (*Ongeacht of betrokkene zich moet verplaatsen. Duwen en trekken wordt beoordeeld vanuit staande houding, en met beide handen en armen*)
1. beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kg duwen of trekken (volle vuilniscontainer)
2. sterk beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kg duwen of trekken (deur met dranger openen)



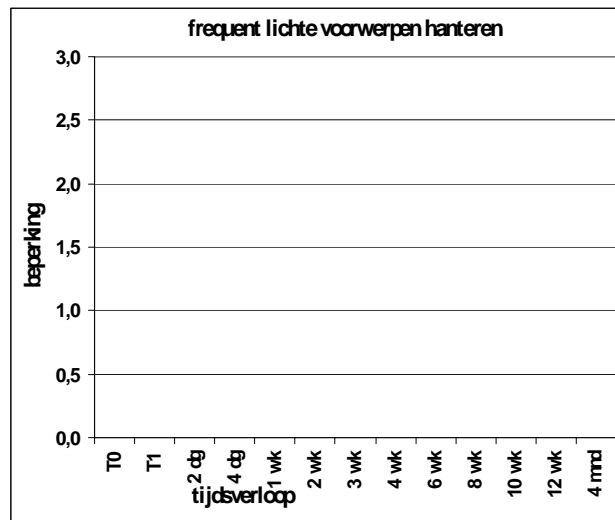
14. Tillen of dragen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kg tillen of dragen (kleuter)
(*tillen en dragen zijn onder één noemer gebracht omdat deze activiteiten in arbeid vaak samengaan*)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kg tillen of dragen (peuter)
2. beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kg tillen of dragen (zak aardappelen)
3. sterk beperkt, kan ongeveer 1 kg tillen of dragen (literpak melk)



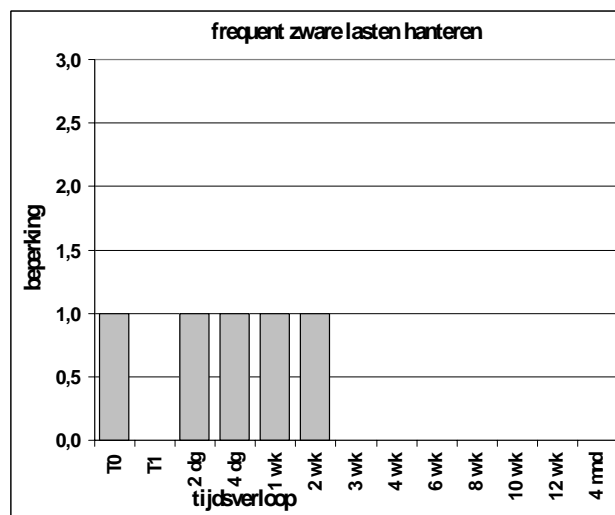
15. Frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren (*orderverzamelaar*)
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uur per werkdag voorwerpen ruim 1 kg hanteren
2. beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag voorwerpen van ruim 1 kg hanteren



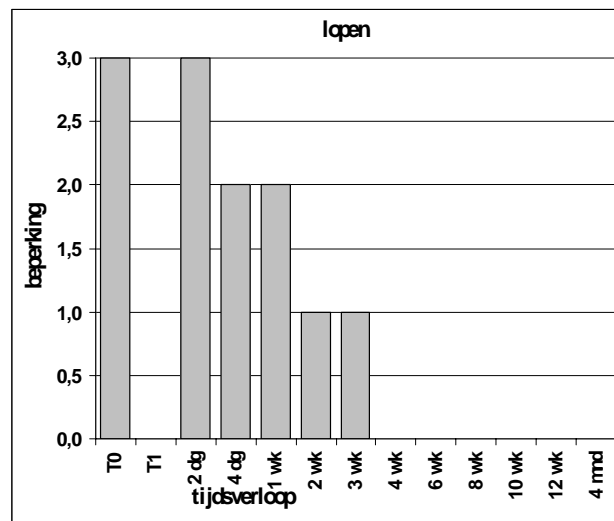
16. Frequent zware lasten hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per uur)

0. normaal, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren (*hanteren door tillen en hanteren door dragen*)
1. beperkt, kan *niet* tijdens een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren. (hooguit 1 uur omdat het hanteren van zware lasten in de meeste functies slechts incidenteel voorkomt)



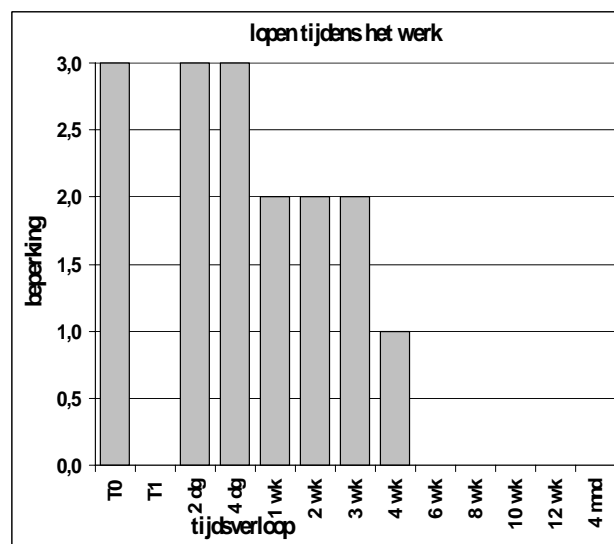
18. Lopen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer een uur achtereen lopen (wandeling)
(er wordt uitgegaan van een tempo van ongeveer 4 km per uur en vlak terrein)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer 15-30 minuten achtereen lopen (ommetje)
2. beperkt, kan zo nodig ongeveer 5-15 minuten achtereen lopen (naar de brievenbus)
3. sterk beperkt, kan minder dan ongeveer 5 minuten achtereen lopen (binnenshuis)



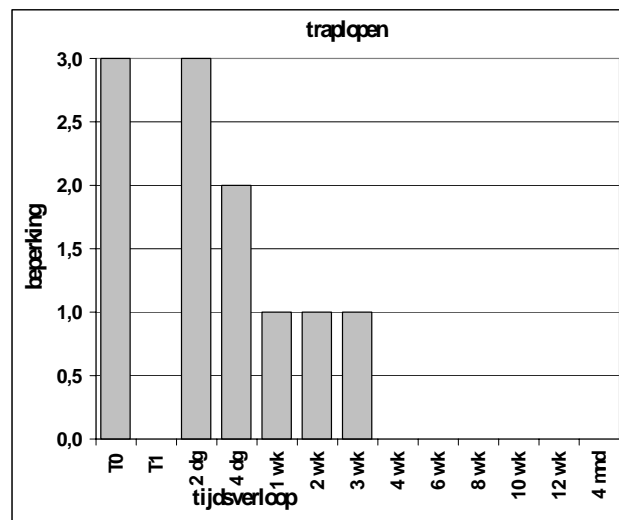
19. Lopen tijdens het werk

0. normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag lopen (postbode)
1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag (ongeveer 4 uur) lopen
2. beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag (ongeveer 1 uur) lopen
3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan een half uur per werkdag lopen



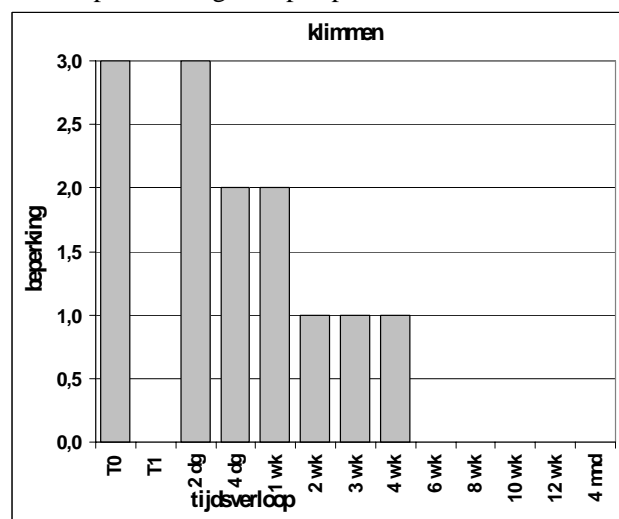
20. Trappenlopen

0. normaal, kan tenminste in één keer twee trappen op **en** af (2 verdiepingen woonhuis) (*trappenlopen onderscheidt zich van klimmen doordat het geen noodzakelijk beroep doet op hand- en vingergebruik. De beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 5 keer per uur*)
1. licht beperkt, kan tenminste in één keer een trap op **en** af (1 verdieping woonhuis)
2. beperkt, kan tenminste in één keer één trap op **of** af (1 verdieping woonhuis)
3. sterk beperkt, kan in één keer alleen een bordestrapje op **of** aflopen



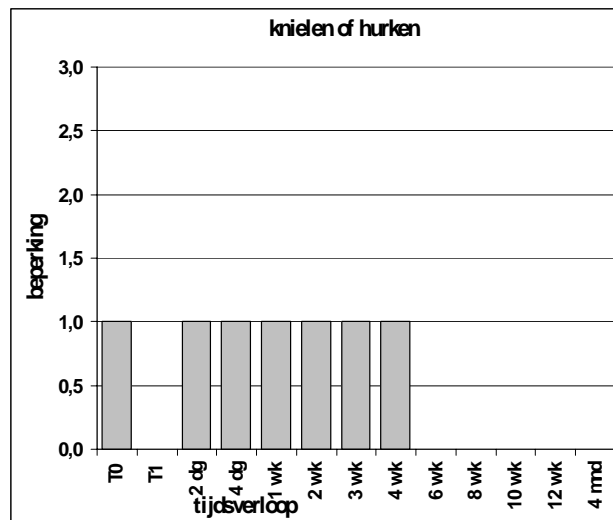
21. Klimmen

0. normaal, kan tenminste een ladder op en af (1 verdieping) (*anders dan bij traplopen moet bij klimmen ten minste één hand gebruikt worden; de beoordeling is inclusief een frequentie van ong. 5 keer per uur*)
1. licht beperkt, kan tenminste een huishoudtrap op en af
2. beperkt, kan tenminste een opstapje op en af (50 cm, olifantsvoet)
3. sterk beperkt, kan geen opstap maken



22. Knielen of hurken

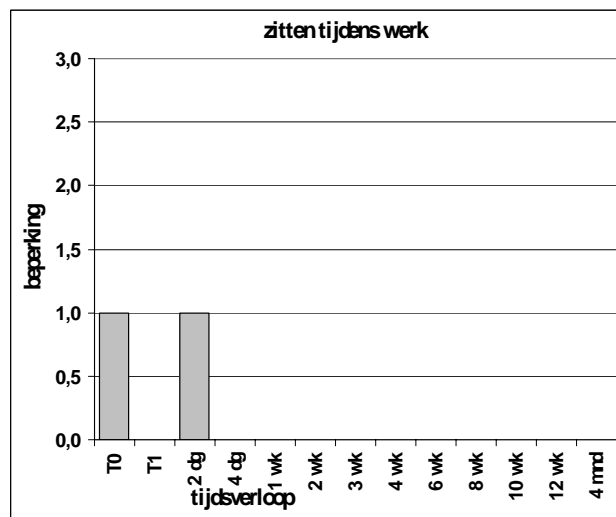
0. normaal, kan knielend of hurkend met de handen de grond bereiken (een muntstuk oprapen) (*beoordeling van de mogelijkheid om incidenteel kortdurend (hooguit een minuut) te knielen of te hurken. De beoordeling is inclusief een frequentie van ongeveer 10 keer per uur*)
1. beperkt, kan niet of nauwelijks knielend of hurkend met de handen de grond bereiken



RUBRIEK V Statische houdingen

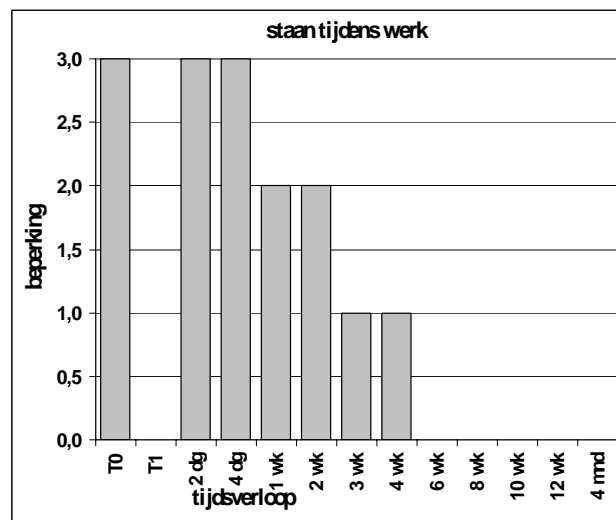
2. Zitten tijdens het werk

0. normaal, kan zo nodig gedurende vrijwel de gehele werkdag zitten (assemblagewerk, kassawerk, uitvoerend administratief werk) (*het gaat om de som van afzonderlijke periodes waarin achtereenvolgens gezeten kan worden, die doorgaans niet langer duren dan 2 uur achtereenvolgens*)
1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende het grootste deel van de werkdag zitten (ongeveer 6-8 uur)
2. beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag zitten (ongeveer 4 uur)
3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan 4 uur per werkdag zitten (ongeveer 2 uur)



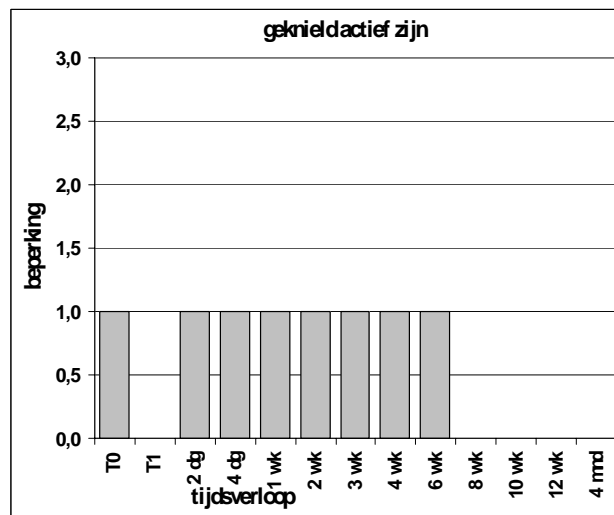
4. Staans tijdens het werk

0. normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag staan (verkoopfuncties, productiefuncties) *(het gaat om de som van afzonderlijke periodes waarin achtereenvolgens gestaan kan worden, die doorgaans niet langer duren dan 1 uur achtereenvolgens)*
1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag staan (ongeveer 4 uur)
2. beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag staan (ongeveer 1 uur)
3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan een half uur per werkdag staan



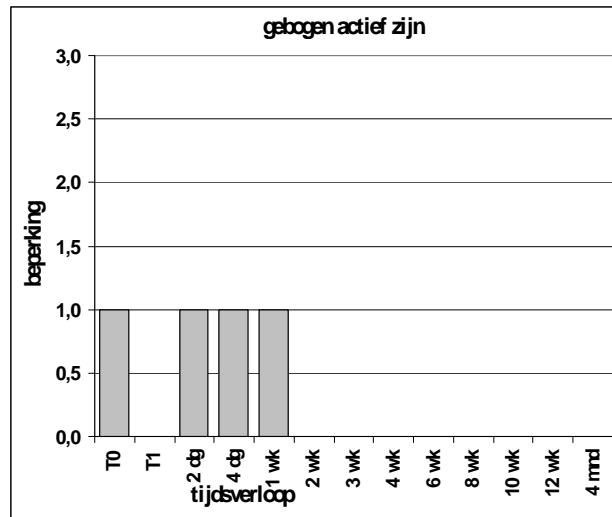
5. Geknield of gehurkt actief zijn

0. normaal, kan tenminste 5 minuten achtereenvolgens geknield of gehurkt actief zijn (tuienieren) *(de beoordeling is inclusief en frequentie van ongeveer 2 keer per uur)*
1. beperkt, kan minder dan 5 minuten achtereenvolgens geknield of gehurkt actief zijn (deur aanrechtkastje afnemen)



7. Gebogen en/of getordeerd actief zijn

0. normaal, kan tenminste 5 minuten achtereen gebogen en/of getordeerd actief zijn (stoep vegen) (*de beoordeling is inclusief en frequentie van ongeveer 2 keer per uur*)
1. beperkt, kan minder dan 5 minuten achtereen gebogen en/of getordeerd actief zijn (schoenveters strikken)



F.4 Epicondylitis lateralis

Aandoening:	epicondylitis lateralis van de dominante arm
Behandeling:	afwachtend (alleen pijnmedicatie)
Nabehandeling:	terugkomen indien geen verbetering

Case

Mevrouw Van Wijk, 33 jaar, meldt zich bij de huisarts. Zij heeft sinds 4 weken last van haar rechter, dominante arm: een pijnlijke plek in de elleboog, s'ochtends kan zij met moeite haar arm strekken, gedurende de dag gaat dat wel beter. De pijn wordt erger in de loop van de dag, zowel tijdens het werken als thuis.

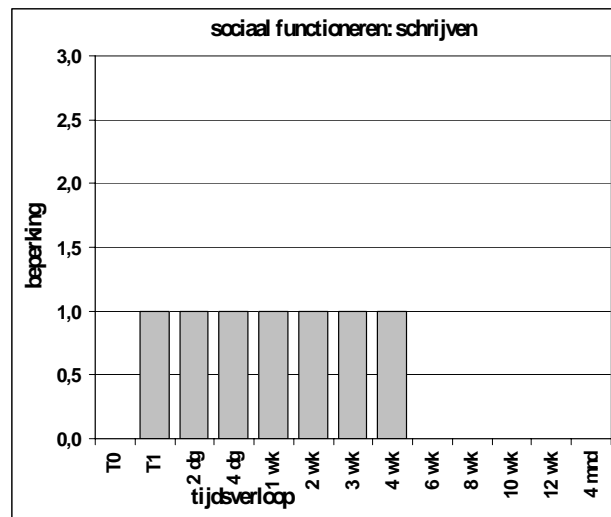
De huisarts stelt na anamnese en lichamelijk onderzoek een epicondylitis lateralis vast. Mevrouw Van Wijk is verder goed gezond en gebruikt geen medicijnen. Hij legt haar uit wat er aan de hand is en wat er aan gedaan kan worden. Samen met mevrouw Van Wijk bespreekt hij de activiteiten thuis en op het werk die belastend kunnen zijn voor de arm, en gaan na welke oplossingen er zijn. De huisarts besluit spontane verbetering af te wachten en verwijst haar naar de bedrijfsarts. Over 8 weken kan mevrouw Van Wijk terugkomen als de klachten niet verminderd zijn. In de tussentijd kan ze z nodig een NSAID nemen tegen de pijn (Tijdstip T=1).

In deze case vervalt de kolom van T0

Rubriek II Sociaal functioneren

8. Schrijven

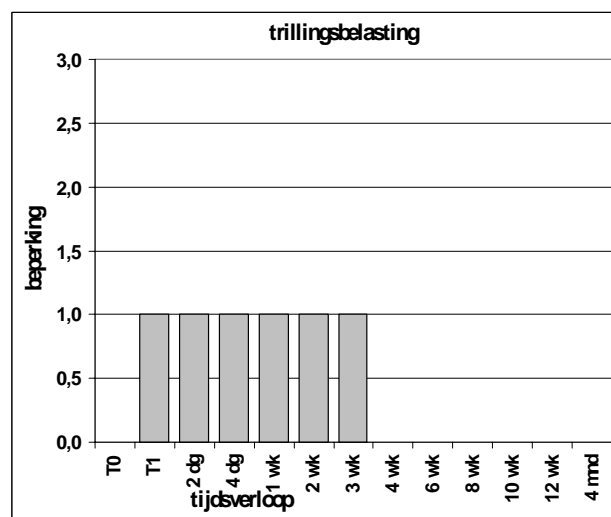
0. normaal, geen specifieke beperking in het dagelijks functioneren (*beoordelen of betrokkene problemen heeft met de handeling schrijven*)
1. beperkt, namelijk.....



RUBRIEK III Aanpassing aan fysieke omgevingseisen

8. Trillingsbelasting

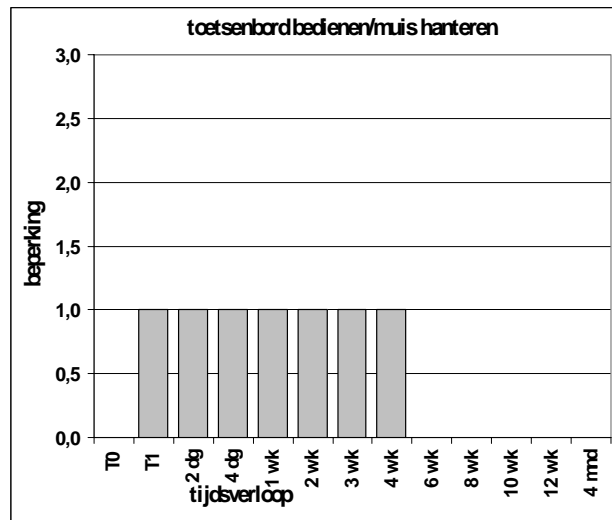
0. normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven (*beoordelen of betrokkene opgewassen is tegen een werkomgeving met (incidenteel) forse trillingsbelasting. Trillingen in het dagelijkse leven zoals handmixer, auto, (brom)fiets, en openbaar vervoer worden buiten beschouwing gelaten*)
1. beperkt, namelijk.....



RUBRIEK IV Dynamische handelingen

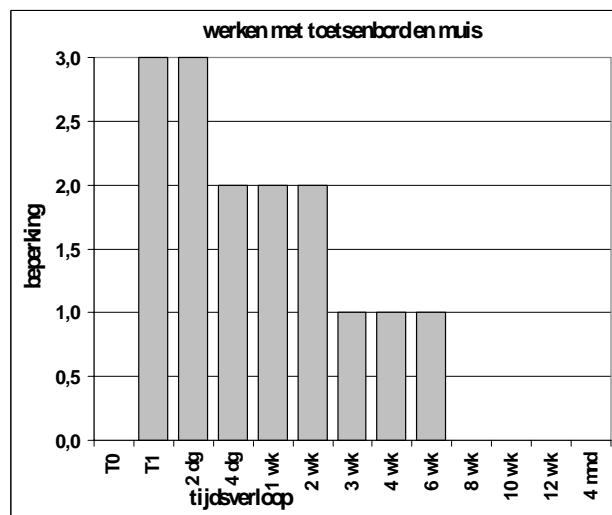
5. Toetsenbord bedienen/muis hanteren

- 0. normaal, kan alle hiervoor benodigde bewegingen uitvoeren
(beoordelen of betrokkene deze handeling wel of niet kan uitvoeren. Vaardigheid/duur wordt beoordeeld met item IV:6)
- 1. beperkt, namelijk.....



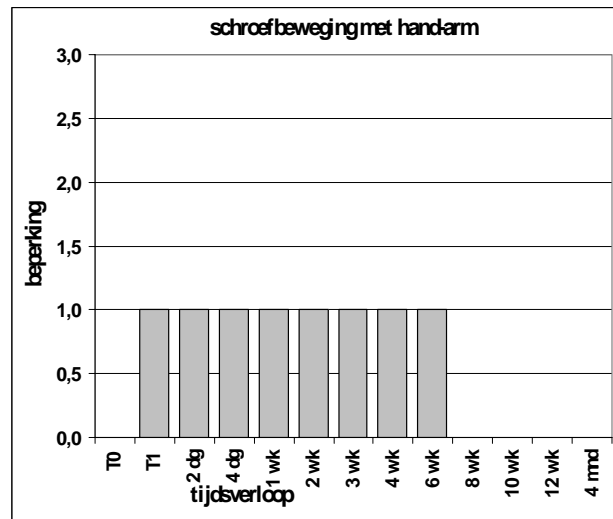
6. Werken met toetsenbord en muis

- 0. normaal, kan zo nodig gedurende het merendeel van de werkdag toetsenbord bedienen en muis hanteren *(professioneel tekstverwerken, programmeren, CAD/CAM werk, elektronische verkoop)*
- 1. licht beperkt, kan zo nodig gedurende de helft van de werkdag (ongeveer 4 uur) toetsenbord bedienen en muis hanteren (beleidsmedewerker)
- 2. beperkt, kan zo nodig gedurende een beperkt deel van de werkdag (ongeveer 1 uur) toetsenbord bedienen en muis hanteren ('e-mailen')
- 3. sterk beperkt, kan gedurende minder dan een half uur per werkdag toetsenbord bedienen en muis hanteren



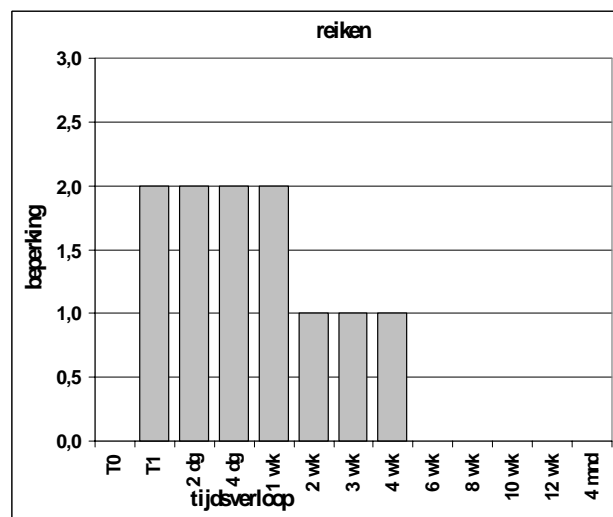
7. Schroefbewegingen met hand-arm

0. normaal, geen specifieke beperkingen in het dagelijks leven
(ook het gelijktijdig met beide handen een vaatdoek kunnen uitwringen; als de handeling niet gelijktijdig kan worden uitgevoerd is de handeling beperkt)
1. beperkt, namelijk.....



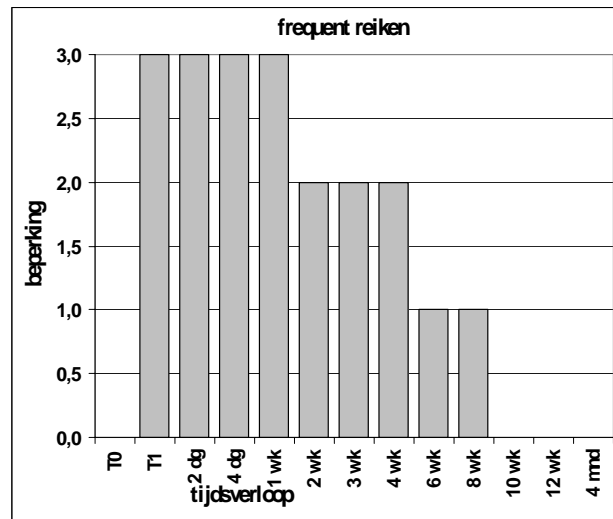
8. Reiken

0. normaal, kan met gestrekte arm reiken (kopje koffie serveren)
(de beoordeling is inclusief een minimale frequentie van ong. 5 keer per minuut, en inclusief het hanteren van voorwerpen tot ongeveer 500 gram (=is een voorwerp pakken, weggleggen, of verplaatsen).
1. licht beperkt, kan met licht gebogen arm reiken (afstand schouder-hand: 50-60 cm)
2. beperkt, kan met sterk gebogen arm reiken (afstand schouder-hand minder dan 50 cm)



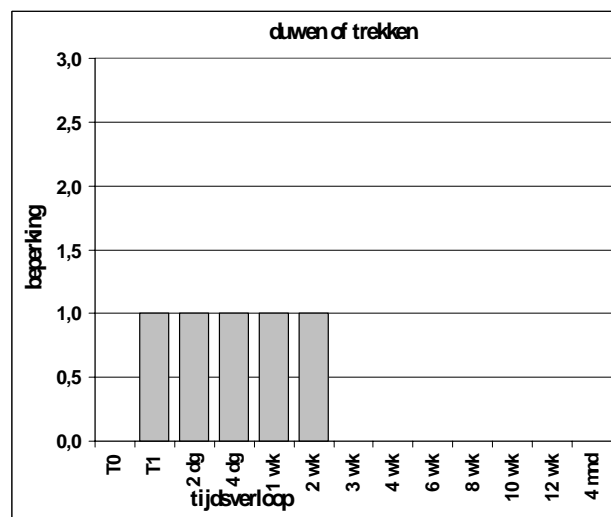
9. Frequent reiken tijdens het werk (ongeveer 20 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig gedurende elk uur van de werkdag frequent reiken (*kas-sawerk in grootwinkelbedrijf, inpakwerk*)
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uur per werkdag frequent reiken
2. beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent reiken
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag frequent reiken



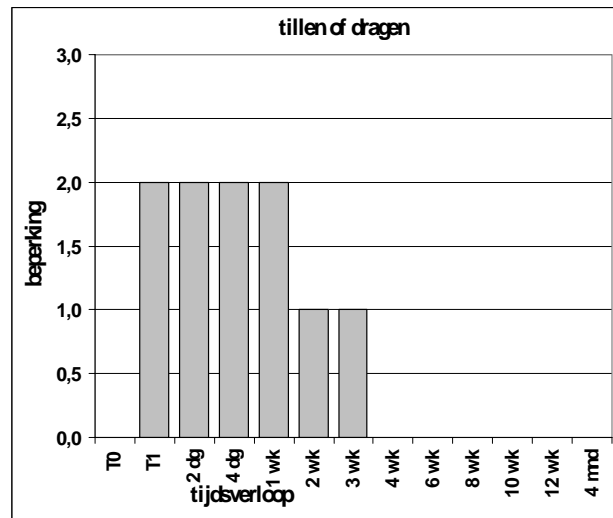
13. Duwen of trekken

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kgf duwen of trekken (weerbarstige kurk uit fles)
(*ongeacht of betrokkene zich moet verplaatsen. Duwen en trekken wordt beoordeeld vanuit staande houding, en met beide handen en armen*)
1. beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kgf duwen of trekken (volle vuilniscontainer)
2. sterk beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kgf duwen of trekken (deur met dranger openen)



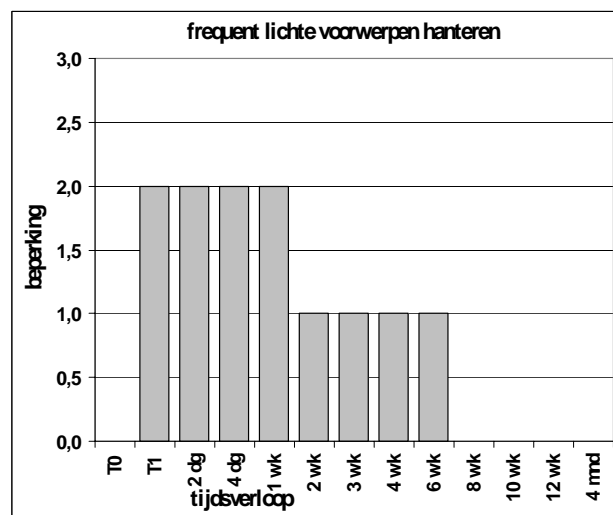
14. Tillen of dragen

0. normaal, kan zo nodig ongeveer 15 kg tillen of dragen (kleuter)
(tillen en dragen zijn onder één noemer gebracht omdat deze activiteiten in arbeid vaak samengaan)
1. licht beperkt, kan zo nodig ongeveer 10 kg tillen of dragen (peuter)
2. beperkt, kan zo nodig ongeveer 5 kg tillen of dragen (zak aardappelen)
3. sterk beperkt, kan ongeveer 1 kg tillen of dragen (literpak melk)



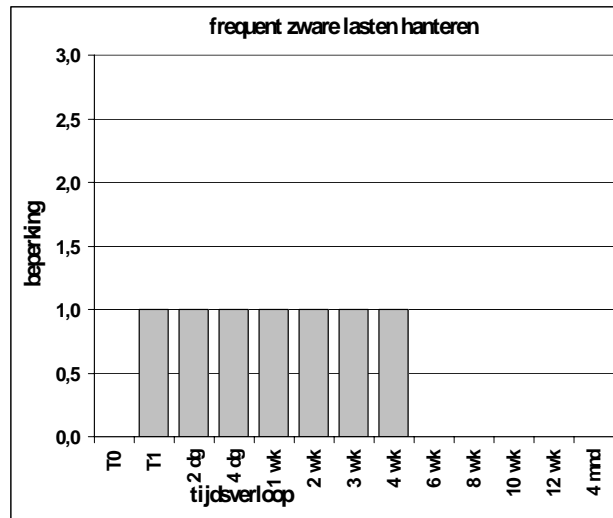
15. Frequent lichte voorwerpen hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per minuut)

0. normaal, kan zo nodig tijdens elk uur van de werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren (orderverzamelaar)
1. licht beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer 4 uur per werkdag voorwerpen ruim 1 kg hanteren
2. beperkt, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent voorwerpen van ruim 1 kg hanteren
3. sterk beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag voorwerpen van ruim 1 kg hanteren



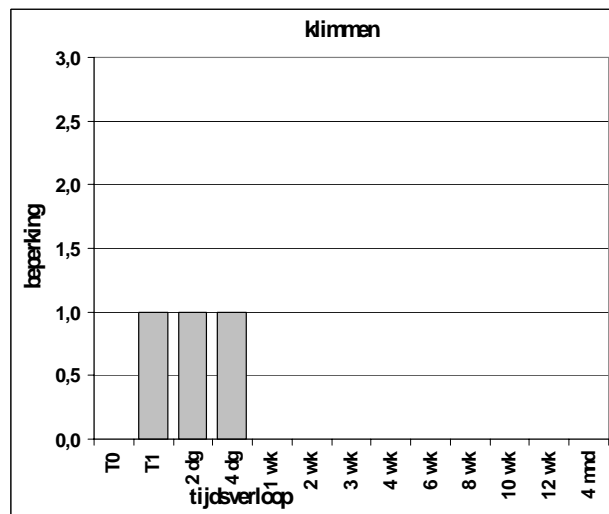
16. Frequent zware lasten hanteren tijdens het werk (ongeveer 10 keer per uur)

0. normaal, kan zo nodig tijdens ongeveer een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren (*hanteren door tillen en hanteren door dragen*)
1. beperkt, kan niet tijdens een uur per werkdag frequent lasten van ongeveer 15 kg hanteren (*hooguit 1 uur omdat het hanteren van zware lasten in de meeste functies slechts incidenteel voorkomt*)



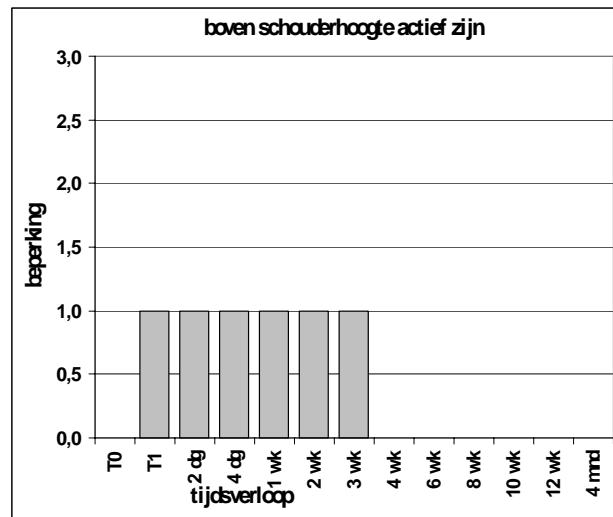
21. Klimmen

0. normaal, kan tenminste een ladder op en af (1 verdieping) (*anders dan bij traplopen moet bij klimmen ten minste één hand gebruikt worden; de beoordeling is inclusief een frequentie van ong. 5 keer per uur*)
1. licht beperkt, kan tenminste een huishoudtrap op en af
2. beperkt, kan tenminste een opstapje op en af (50cm, olifantsvoet)
3. sterk beperkt, kan geen opstap maken



RUBRIEK V: Statische houdingen**7. Boven schouderhoogte actief zijn**

0. normaal, tenminste 5 minuten achtereen (gordijnen ophangen)
1. beperkt, minder dan 5 minuten achtereen (gloeilamp verwisselen)



G Bijsluiter

Toelichting op het gebruik van de consensus omtrent herstelduur van de belastbaarheid na een medische interventie bij veel voorkomende aandoeningen

- De hersteltijden zijn puntschattingen, en ze hebben betrekking op een ongecompliceerd medisch beloop zonder aanwezigheid van (niet) medische en in het werk gelegen belemmerende factoren. Rondom deze puntschatting is sprake van een natuurlijke spreiding van de hersteltijd.
- De hersteltijden hebben betrekking op één bepaalde medische interventie. Andere behandelingen kunnen samengaan met kortere of langere hersteltijden.
- De hersteltijden beogen vooral een signaalfunctie te vervullen voor bedrijfsartsen en medisch specialisten en als hulpmiddel voor reïntegratie indien het herstel van het referentiekader afwijkt bij de individuele werknemer/patiënt.
- De hersteltijden zijn gebaseerd op kennis en praktijkervaringen. Wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt vooralsnog.
- De hersteltijden zijn geen puntschattingen van de duur van verzuimperioden, en kunnen ook niet geïnterpreteerd worden als normen voor individuele verzuimbegeleiding. Ook zijn zij niet bedoeld ter onderbouwing van een arbeidsgeschiktheid-/claimbeoordeling.
- De hersteltijden zijn van toepassing op afzonderlijke activiteiten in de werksituatie. Zij doen geen uitspraak over de hersteltijd bij combinaties van activiteiten.
- Of een beschreven beperking relevant is voor het werk hangt af van de aard van het werk en is ter beoordeling aan de bedrijfsarts en de werknemer;

H Belemmerende factoren herstel belastbaarheid

H.1 Niet ziektespecifieke factoren

Volgens de STECR werkwijzer “Aanpak problematisch verzuim” (APV) is in ongeveer vijf tot tien procent van de gevallen sprake van problematisch verzuim. Dit is ongeveer twintig tot veertig procent van het totale verzuimvolume. In de STECR werkwijzer is problematisch verzuim als volgt gedefinieerd:

‘Verzuim waarbij reïntegratie in arbeid langer uitblijft dan verwacht mag worden op grond van klachten, aandoeningen, behandelingen of richtlijnen.’

De APV beschrijft een achttal signaleringspunten of vlaggen. Aan de hand van deze signaleringspunten kan een bedrijfsarts in een zo vroegtijdig mogelijk stadium problematisch verzuim opsporen.

De APV noemt de volgende signaleringspunten:

1. Vage klachten en/of onduidelijk diagnose;
2. Verzuimhistorie;
3. Somatisering / medicalisering;
4. Afwijkende tijdscontingenten;
5. Disfuncties in het zorgdomein;
6. Stressoren in het werkdomein;
7. Stressoren in het privé-domein;
8. Niet-effectieve coping (probleemoplossend gedrag).

Verschillende belemmerende factoren die tijdens het project “Hersteltijden” zijn genoemd in kader van een vertraagd herstel van de belastbaarheid na medische interventie, zijn niet ziektespecifiek. Een aantal van de niet ziektespecifieke factoren bleken beschreven te zijn in de STECR werkwijzer APV. Uitgaande van de APV en aangevuld met factoren die genoemd zijn tijdens de klankbordgroepbijeenkomsten en het achterbanonderzoek, is een lijst opgesteld met factoren die niet ziektespecifiek zijn.

De opgestelde lijst bevat de volgende groepen van niet ziektespecifieke factoren:

1. Verzuimhistorie;
2. Somatisering/ medicalisering;
3. Het zorgdomein;
4. Het werkdomein;
5. Het privé-domein;
6. Niet-effectieve coping;
7. Persoonsgebonden/psychologische factoren.

1. Verzuimhistorie

Hierbij gaat het om een mogelijke herhaling van een verzuimpatroon uit het verleden. De arbeidsreïntegratie stagneert of de arbeidsongeschiktheid herhaalt zich. Gekeken wordt of de werkbelasting voor de medewerker weer is toegenomen of dat zijn/haar belastbaarheid weer is afgenomen.

Signaleringspunten zijn:

- Problematisch verzuim in het verleden;
- Snelle recidive van verzuim;
- Frequent verzuim;
- Eerdere oorzaken van problematisch verzuim zijn nog steeds aanwezig.

2. Somatisering/medicalisering

Hierbij gaat het om het herkennen van eventuele somatisering of medicalisering, die de arbeidsreïntegratie kan doen stagneren. Somatisering is een onbewust proces, dat meestal gebeurt vanuit de zieke medewerker. Medicalisering is een meer bewust proces en gebeurt veelal door de arboprofessional. Beide begrippen kunnen als volgt worden gedefinieerd:

- Somatiseren: het zoeken van een lichamelijke oorzaak voor niet-objectiveerbare klachten, en daarbij hulp zoeken.
- Medicaliseren: het zoeken van een medische oplossing voor een (per definitie) niet-medisch verschijnsel.

Signaleringspunten zijn:

- Algemene en vage klachten die aan somatisering doen denken;
- Co-morbiditeit van met name depressie en/of angststoornis;
- Onderliggende stressor (NB: wordt hier een aanwezige ziekte/aandoening bedoeld?);
- Somatoforme stoornissen (bijvoorbeeld fibromyalgie, chronische vermoeidheid).

3. Het zorgdomein

Hierbij handelt het om disfuncties uit de ‘omgeving’ die de arbeidsreïntegratie doen stagneren.

Signaleringspunten zijn:

- Onvoldoende contact met of informatie uit de curatieve sector;
- Tegenstrijdige adviezen van verschillende behandelaars;
- Gemiste of verkeerde diagnose, onvoldoende kennis van de arts over “normale beloop van de medische aandoening”;
- Onvoldoende, onduidelijke of verkeerde voorlichting over belastbaarheid door behandelaars;
- Ziekmakende behandeling door ondeskundigheid van de behandelaars;
- Wachttijden voor behandeling;
- Onduidelijke rolverdelingen en verantwoordelijkheden;
- Onvoldoende functioneren van het casemanagement (poortwachter);
- Onvoldoende informatie en coördinatie binnen de arbodienst zelf;
- Onvoldoende coördinatie tussen arbodienst en reïntegratiebedrijf.

4. Het werkdomein

In het werkdomein kunnen knelpunten aanwezig zijn, die eerst opgelost moeten worden voordat er sprake kan zijn van (succesvolle) arbeidsreïntegratie.

Signaleringspunten zijn:

- (Duidelijke) achteruitgang in het functioneren in de huidige functie;
- Werk(plek)aanpassingen onvoldoende/ niet mogelijk, gebrek aan regelmogelijkheden, ontbreken van aangepast werk;
- Een werkgever met een afwachtende en weinig actieve instelling;
- Een werkgever met een overactieve (pushende) instelling;
- Onbegrip op het werk bij leidinggevende, collega's;
- Een (verborgen) arbeidsconflict met de werkgever;
- Reorganisatie, functieveranderingen, dreigend ontslag enzovoorts;
- Silent conspiracy.

5. Privé-domein

Ook hier zijn er factoren die de arbeidsreïntegratie in de weg staan.

Signaleringspunten zijn:

- (Duidelijke) achteruitgang in het functioneren in het privé-domein;
- Spanningen in de thuissituatie (stress, financiën, slecht huwelijk, zorg voor familieleden);
- Te weinig steun van thuis/familie/vrienden (onbedoelde overbezorgdheid).

6. Niet-effectieve coping (probleemoplossend gedrag)

Arbeidsreïntegratie is in grote mate afhankelijk van de wijze waarop de zieke medewerker omgaat met problematische en aanpassingsvereisende gebeurtenissen. Deze manier van omgaan met de problemen wordt 'coping' genoemd. De opvatting dat het bij coping alleen gaat om ingrijpende life-events is achterhaald; ook chronische, slepende en zelfs alledaagse problemen vragen om een aanpak.

Effectieve coping (effectief probleemoplossend gedrag) draagt bij aan het gezond blijven en aan beter worden. Om die reden is het van groot belang voor de arbeidsreïntegratie.

Signalen van niet-effectieve coping zijn:

- Rigide en/of disfunctioneel gedrag (in algemene zin);
- De oriëntatie van de medewerker richt zich steeds minder op arbeidsreïntegratie, en steeds meer op klachten(behandeling). Dit uit zich bijvoorbeeld in medical shopping, blijven vragen om medicijnen, verder onderzoek of behandeling (zie ook somatisering en medicalisering);
- De medewerker onderkent het eigen aandeel in het oplossen van de problematiek steeds minder (externe locus of control);
- De medewerker blijft de oorzaken van het verzuim en de problemen geheel buiten zichzelf leggen (externe attributie);
- Activiteiten in werk en privé worden steeds meer afgebouwd;
- Theatrale presentatie;
- Sociale degradatie en een negatief zelfbeeld;
- Medewerker houdt zich niet aan gemaakte afspraken.

7. Persoonsgebonden en psychologische factoren

Naast coping zijn er nog andere persoonsgebonden factoren die een rol kunnen spelen bij een niet succesvolle reïntegratie.

Signaleringspunten zijn

- Persoonlijheidsstructuur, psychische constitutie (perfectionist);
- Hypochonder;
- Psychosociale problematiek;
- Psychopathologie (depressie, surmenage e.d.) ;
- Secundaire ziektewinst, ziekteverlies ten gevolge van 't mislopen van de verzekeringsuitkering;
- Lage werksatisfactie.

H.2 Ziektespecifieke factoren

H.2.1 Carpale tunnelsyndroom

Leeftijd

Voor de leeftijdsgroep van 18-64 jarigen wordt leeftijd sec niet als een belemmerende factor beschouwd voor medisch herstel van een operatieve behandeling van CTS. Mogelijke nadelige effecten van de leeftijd op herstel lopen via andere factoren.

Medische factoren (medisch herstel)

Ernst van de aandoening

- Mate van neuropathie, duur van de klachten preoperatief;
- Eerdere operatieve behandeling van CTS;
- CTS dat is ontstaan na een handfractuur die niet goed genezen is.

Co-morbiditeit, algehele conditie vooraf

- Diabetes mellitus;
- (Niet optimaal behandelde) hypothyreoïdie;
- Instabiele reumatoïde artritis, gewrichtsaandoeningen.

Complicatie tijdens/ van/ na de behandeling

- Wondinfectie, gestoorde wondgenezing;
- Hyaloid vorming, littekenvorming;
- Complex regionaal pijn syndroom type I;
- Zenuwletsel als gevolg van de operatie;
- Postoperatieve neuralgie.

Niet medische factoren (belastbaarheid in het werk)

Aard van het werk

- Zwaar arm-handbelastend werk: statische belasting, vibratie belasting, kort-cyclisch repeterende bewegingen;
- Lange afstanden moeten rijden.

Persoonsgebonden/psychologische factoren

- Pijngedrag, bewegingsangst.

Thuisituatie

- Belasting van de hand of te vroeg de hand onaangepast belasten (zorg voor kleine kinderen of familieleden; hobby).

H.2.2 Lumbosacraal radiculair syndroom L5-S1

Leeftijd

Voor de leeftijdsgroep van 18-64 jarigen is leeftijd van belang voor het herstel van de belastbaarheid na een conservatieve behandeling van HNP (L5-S1). Op een schaal van 1-10 heeft leeftijd de waarde zeven (7).

Medische factoren (medisch herstel)

Ernst van de aandoening

- Radiculopathie, sensomotore uitval (ondermeer mictiestoornissen, defaecatiestoornissen);
- Duur (en mate) van de immobiliteit voorafgaande aan de behandeling.

Co-morbiditeit, algehele conditie vooraf

- (Chronische) rugklachten, rugafwijkingen (forse kyfose, scoliose etc), door-gemaakte HNP-operatie;
 - Gewrichtaandoeningen;
 - Geen goede conditie, cardiovasculaire aandoeningen, overgewicht.
- Depressie.

Complicatie tijdens/ van/ na de behandeling

- Recidief klachten tijdens stapsgewijze opbouw van de belastbaarheid;
- Een therapeutische ondersteuning die te veel stoornisgericht is (in plaats van functiegericht);
- Neiging om bij pijn "niet te ver te gaan".

Niet medische factoren (belastbaarheid in het werk)

Aard van het werk

- Zwaar rugbelastend werk, onvoldoende afwisselingmogelijkheden in het werk (werkhouding, werklast, rust);
- Lichaamstrillingen;
- Stress, werkdruk;
- Grote reisafstand wonen-werken..

Sociaal medische begeleiding

- Werk(plek)aanpassingen onvoldoende/ niet mogelijk; gebrek aan regelmogelijkheden; ontbreken aangepast werk.

Persoonsgebonden/psychologische factoren

- Pijngedrag, bewegingsangst, grote angst voor recidieven;
- Psychosociale problematiek;
- Onvoldoende ziekteinzicht.

Thuisituatie

- Belasting van de onderrug (zorg voor kinderen/familieleden, sporten); onvoldoende (fysieke) aanpassingen thuis;
- Een omgeving (thuis/familie/vrienden) die erg aandringt op "op voorzichtig zijn".

H.2.3 Meniscus laesie

Leeftijd

Voor de leeftijdsgroep van 18-64 jarigen is leeftijd van belang voor het herstel van de belastbaarheid na een operatieve behandeling van een meniscus laesie (meniscectomie). Op een schaal van 1-10 heeft leeftijd de waarde acht (8).

Medische factoren (medisch herstel)

Ernst van de aandoening

- Bijkomende kniebandlaesie;
- Bijkomende kraakbeenschade;
- Aanhoudende/begeleidende synovitis.

Co-morbiditeit, algehele conditie vooraf

- Bestaande hydrops pretraumatisch;
- Conditie van de spieren (atrofie, ongeoefendheid) preoperatief;
- Langer bestaande kniebandlaesie, eerdere knieletsels;
- Pre-existente chondropathie, (contralaterale) artrose van de knie, chondrocalcinoses.
- Obesitas;
- Andere aandoeningen van de onderste extremiteiten.

Complicatie tijdens/ van/ na de behandeling

- Iatrogene kraakbeenbeschadiging tijdens de operatie;
- Persisterende hydrops;
- Oedeem van het been;
- Pijn;
- Wondinfectie;
- Artritis (aseptisch of infectieus);
- Trombose.

Niet medische factoren (belastbaarheid in het werk)

Aard van het werk

- Fysieke belasting in het werk (zie FML-items met beperking);
- Onmogelijkheid van afwisseling zitten, staan c.q. lopen (kleine ruimten, weinig bewegingsvrijheid).

Sociaal medische begeleiding

- Ontbreken aangepast werk.

Persoonsgebonden/psychologische factoren

Thuisituatie

- Belasting in de privé-situatie (zorg voor kinderen, boodschappen, huishouden, trappenlopen);
- Woon-werkverkeer dat belastend is door afstand en /of soort vervoer.

H.2.4 Epicondylitis lateralis

Leeftijd

Voor de leeftijdsgroep van 18-64 jarigen wordt leeftijd sec niet als een belemmerende factor beschouwd voor het herstel van de belastbaarheid na medische interventie van de epicondylitis lateralis. Mogelijke nadelige effecten van de leeftijd op herstel lopen via andere factoren.

Medische factoren (medisch herstel)

Ernst van de aandoening

- Duur van de klachten (chroniciteit);
- Reeds eerder klachten gehad, recidiverend karakter.

Co-morbiditeit, algehele conditie vooraf

- Slechte algemene fysieke conditie;
- Chronische pijnklachten op andere plaatsen in het lichaam;
- Stress.

Complicatie tijdens/ van/ na de behandeling

- Functieverlies door immobilisatie (actief, passief);
- Ziekmakende behandeling door ondeskundigheid van behandelaars.

Niet medische factoren (belastbaarheid in het werk)

Aard van het werk

- Zwaar armbelastend werk: repeterende hand-arm bewegingen, statische werkhouding;
- Hoge werkdruk.

Persoonsgebonden/psychologische factoren

- Onvoldoende of inadequaat ziektegedrag: karakterstructuur (perfectionist, streber).

Thuisituatie

- Fysieke belasting in de privé-situatie (zorg voor kleine kinderen of familieleden; hobby); onvoldoende (fysieke) aanpassingen thuis of privé (hobby, sport).

I Blauwdruk consensusmethode

'Kwantificering van hersteltijden bij veel voorkomende aandoeningen, een vervolg'

Methode: aangepaste Delphi-methodiek en groepsdiscussies zoals uitgevoerd in het project 'Kwantificering van hersteltijden bij veel voorkomende aandoeningen' (Kremer en Anema, 2003)

Stappen	Wat?	Wie?
1. Voorwerk stap 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bepalen welke (groep) aandoeningen in aanmerking komen voor consensusvorming 2. Per gekozen (groep) aandoeningen bijbehorende medische interventies, ernst of chroniciteit beschrijven. 3. Klankbordgroep samenstellen: 3 bedrijfsartsen, 3 medisch specialisten deskundig op het terrein van de aandoeningen. 4. Informatie naar klankbordgroep over (1) aandoening m.b.t. soorten behandelingen/ chroniciteit, ernst; (2) FML 5. Min of meer vaste achterban samenstellen (samenstelling afhankelijk van type aandoeningen) bestaande uit x1 bedrijfsartsen, x2 specialisten 	Uitvoerder/ opdrachtgevers
2. Bijeenkomst	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klankbordgroepleden bepalen per aandoening FML-items 2. Per aandoening inhoud van één of meerdere case(s) vaststellen: één of meer behandeling(en) en/of één of meer ernstgraderingen 	Klankbordgroep
3. Voorwerk stap 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Literatuur verzamelen over aandoening m.b.t. behandeling, medische hersteltijden, functieherstel, werkhervatting (search, richtlijnen NVAB, CBO en/of NHG, MDA hoofdstuk). Selectie maken voor klankbordgroep. 2. Casus beschrijven: bevat informatie over ontstaan, ontwikkeling klachten /ernst aandoening, chroniciteit, wachttijd, type behandeling en indien relevant nabehandeling. Casus kan puntsgewijs. 3. Per aandoening: één of meer vragenlijsten samenstellen 	Uitvoerder
4. Schriftelijke ronde	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1e Delphi-vragenlijst invullen 2. Belemmerende factoren voor medisch herstel en herstel belastbaarheid noemen, uitgaande van de indeling in subgroepen zoals beschreven door Kremer en Anema (2003) 	Klankbordgroep
5. Voorwerk stap 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delphi (1) vragenlijstgegevens verwerken 	Uitvoerder
6. Bijeenkomst	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultaten van de 1e Delphi-vragenlijst bespreken (groepsdiscussie) 2. Invullen van de 2e Delphi-vragenlijst door iedere klankbordgroeplid na de groepsdiscussie 3. Bespreking van de belemmerende factoren voor herstel en komen tot een lijst met belemmerende factoren die min of meer (groeps)aandoening specifiek zijn. 	Klankbordgroep

Stappen	Wat?	Wie?
7. Voorwerk stap 8	1. Delphi (2) vragenlijstgegevens verwerken	Uitvoerder
8. Achterban ?	1. Resultaten 2e Delphi-vragenlijst voorleggen	Achterban
9. Voorwerk stap 10	1. Achterban vragenlijstgegevens verwerken	Uitvoerder
10. Bijeenkomst	1. Resultaten achterban bespreken en eventueel consensus hersteltijden en lijst van belemmerende factoren bijstellen.	Klankbordgroep
11. Afsluiting	1. Rapportage consensus hersteltijden en lijst met belemmerende factoren	Uitvoerder

Opmerkingen bij de blauwdruk

1. Keuze van aandoeningen: hoe en door wie .

Vastgesteld moet worden hoe en wie bepalen welke aandoeningen in aanmerking komen voor consensusvorming. Ook kan afgevraagd worden of diezelfde mensen bepalen welke behandeling(en) en type of ernst klachten, acuut/chroniciteit in aanmerking komen voor consensusvorming.

2. Aantal aandoeningen per sessie

In de pilot bleek dat tijdens een bijeenkomst de bespreking van twee aandoeningen met elk één casus haalbaar was. Drie cases zou kunnen bij een bijeenkomst met een uitloop naar 4 uur in plaats van 3 uur en als de drie cases betrekking hebben op twee aandoeningen (d.w.z. van één van de twee aandoeningen zijn er 2 casus met elk een eigen behandeling, ernst/type klachten).

3. Literatuur

Het leveren van literatuur, richtlijnen etc aan de klankbordgroep, is over het algemeen als zinvol ervaren door de klankbordgroepleden van het pilot-onderzoek. Selectie van de verzamelde literatuur is echter gezien de tijd wel nodig.

4. Stap 2: schriftelijk of een bijeenkomst

Als een klankbordgroep voor het eerst een sessie doet, dan is het zinvol om de eerste ronde (stap 2) te doen als een bijeenkomst. Informatie over de aandoening kan dan ter plekke aangedragen worden (type behandeling, ernst aandoening, chroniciteit). Het gebruik van de FML kan uitgelegd worden en ook de toepassing er van. Tijdens het pilot-onderzoek bleek achteraf dat een bijeenkomst met een mondelinge toelichting op FML-gebruik invulfouten had kunnen voorkomen. Een voordeel van de bijeenkomst is dat de groep gezamenlijk de FML-items bepaalt (ter plekke feedback), en ook gezamenlijk de case vaststelt (zie ook opmerking 1).

Bij herhaling van een sessie kan deze ronde mogelijk gecombineerd worden met de laatste bijeenkomst (stap 10) van de voorafgaande sessie. Tijdens deze bijeenkomst worden dan alleen FML-items besproken waar de achterban “veel” commentaar op heeft.

5. Achterban nodig?

Een achterbanonderzoek zoals gedaan in de pilot is niet aan te bevelen voor frequente herhaling. Per specialisme zou een min of meer vaste achterbangroep samengesteld kunnen worden. Vraag is dan wel weer of deze groep betaald moet worden. Ook zou een pool van deskundigen samengesteld kunnen worden bestaande uit personen die aangeven dat zij wel 2x per jaar 2 casus willen beoordelen, of ingetekend hebben om

een bepaalde casus te beoordelen. Dit laatste betekent wel dat er een lijst moet zijn van aandoeningen die in aanmerking komen voor consensusvorming. Achterbanonderzoek garandeert echter geen draagvlak in het veld en/of kan niet beschouwd worden als consensus bij de gehele beroepsgroep.