

AH
698

TNO Arbeid

Nederlandse Organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek / Netherlands Organisation
for Applied Scientific Research



TNO-rapport

25131

Haalbaarheidsonderzoek naar een Nederlandse
versie van de *Medical Disability Advisor*

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum 7 juni 2002

Auteurs J.H.A.M. van Gerven
W.E.L. de Boer

M.m.v.:
J.R. Anema
F.M Brouwer
P.G.W. Smulders
D.J. van Putten

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.

© 2002 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Centrale vraag	6
1.3 Onderzoeksopzet	7
1.4 De opbouw van het rapport	8
2 De methodiek van de MDA	9
2.1 De medische informatie	9
2.2 De verzuimduurstatistiek	10
3 Resultaten van het onderzoek	11
3.1 De medische informatie	11
3.2 Verzuimduurprognoses	12
3.3 Informatie Reed Group	14
4 Conclusies en aanbevelingen	15
4.1 Conclusies 'medische gegevens'	15
4.2 Conclusies 'verzuimduurprognoses'	15
4.3 Het vervolgtraject	16
Bijlage I	19
Bijlage II	27
Bijlage III	51

TNO ARBEID
BIBLIOTHEEK
POSTBUS 718
2130 AS HOOFDOP
TEL. 023-5548 408

NR. 905
plaats A4 698

Samenvatting

In opdracht van STECR heeft TNO Arbeid onderzoek gedaan naar de technische haalbaarheid van de toepassing in Nederland van de uit de Verenigde Staten stammende *Medical Disability Advisor (MDA)*. De MDA biedt leidraden voor de verzuimbegeleiding door per diagnose een overzichtelijke weergave van de medische gegevens te geven en door aan elke diagnose statistisch onderbouwde verzuimduurprognoses te koppelen. Dit kan van belang zijn voor arbodiensten, werkgevers, behandelaars, publieke en private verzekeraar.

De hoofdvraag van het onderzoek is:

Is een Nederlandse versie van de Amerikaanse MDA technisch haalbaar?

Daaruit zijn een tweetal subvragen afgeleid:

1. Is een omzetting van het medische gedeelte van de MDA naar de Nederlandse situatie noodzakelijk en haalbaar?
2. Zijn voldoende geschikte verzuimcijfers beschikbaar om de noodzakelijke statistische gegevens op basis van Nederlands cijfermateriaal te kunnen genereren en is het relevant in de Nederlandse praktijk?

Ten behoeve van het onderzoek is allereerst een inventarisatie van de beschikbaarheid van verzuimcijfers verricht. Vervolgens zijn voor vier diagnoses dummy's gemaakt, mede met behulp van informatie van de vier Nederlandse Kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen.

De dummy's zijn voorgelegd aan acht respondenten (potentiële gebruikers bij arbodiensten, verzekeringsbedrijven en reïntegratiebedrijven). Bij hen zijn vervolgens (meest telefonische) interviews afgenomen. Met vertegenwoordigers van de kenniscentra is een gezamenlijke sessie over de dummy's georganiseerd. Bij de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van suggesties uit de begeleidingsgroep welke voor dit onderzoek in het leven was geroepen.

Ten aanzien van de medische informatie levert het onderzoek de bevinding op dat gebruikers over het algemeen de gepresenteerde informatie relevant vinden. De hoeveelheid klinisch medische informatie is eerder te uitgebreid dan te beperkt. Inhoudelijk wordt in Nederland extra aandacht voor de reïntegratieinspanningen van de verzuimbegeleidende sector gewenst gevonden.

Indien een beperking nodig is kiezen de meeste respondenten voor een beperking in Nederland tot de meest voorkomende diagnoses. Anderen zouden er echter weer de voorkeur aan geven om de diagnoses die weinig voorkomen – en waar zij zelf weinig ervaring mee hebben opgedaan – op te nemen.

Op korte termijn zijn er onvoldoende Nederlandse verzuimcijfers beschikbaar, terwijl respondenten van mening zijn dat een Nederlandse MDA gebaseerd moet zijn op Nederlandse verzuimcijfers.

De verzuimduurstatistieken worden relevant geacht, vooral om een signaalfunctie te vervullen, zodat beter kan worden ingeschat wanneer een individueel verzuimgeval afwijkt van wat normaal is. De respondenten missen factoren die te maken hebben met de motivatie en het gedrag van de cliënt. Ook wordt erop gewezen dat de verzuimduurprognose niet in een individueel geval tot norm mag worden verheven. Bovendien verschilt per diagnose hoe gemakkelijk een zinnige prognose kan worden gegeven. Bij psychische klachten is dat bijvoorbeeld moeilijk.

De conclusie luidt dat gebruik van het klinisch medische deel van de Amerikaanse MDA goed haalbaar is in Nederland, eventueel beperkt tot ongeveer 30 diagnoses. Omcodering van ICD-9 naar ICD-10 en screening is wel noodzakelijk. Belangrijker is de aanvulling met informatie (oa richtlijnen en leidraden) inzake de verzuimbegeleiding.

Ten aanzien van de veruimduurprognoses moeten op termijn meer cijfers beschikbaar komen. Op enkele plaatsen zijn daarvoor wel aanzetten gemaakt welke nog veel tijd vragen. Voor de korte termijn is het mogelijk om van start te gaan met een model op basis van determinanten van ziekteverzuimduur en dit model via een incrementele werkwijze geleidelijk in te vullen.

Met een gefaseerde aanpak en het betrekken van alle belanghebbende partijen kan zodoende de basis gelegd worden voor een Nederlands instrument.

1 Inleiding

Voor u ligt het rapport van het haalbaarheidsonderzoek naar de introductie van een Nederlandse versie van de in de Verenigde Staten ontwikkelde en aldaar ook in de praktijk toegepaste *Medical Disability Advisor (MDA)*. Een letterlijke vertaling van de term MDA is niet eenvoudig te bedenken, maar het is te beschouwen als een medisch handboek bij het bepalen van de vermoedelijke verzuimduur. Het bijzondere en, althans voor Nederland, betrekkelijk nieuwe aan de MDA is de koppeling die gelegd wordt tussen ziektediagnoses, zwaarte van het werk en de te verwachten verzuimduur. Daarnaast wordt per diagnose informatie gegeven over mogelijke en wenselijke behandeling. De Stichting Expertisecentrum Reïntegratie, verder STECR, was geïnteresseerd in de vraag of een Nederlandse versie van de MDA haalbaar is. Vanuit die interesse heeft STECR opdracht verleend aan TNO Arbeid tot een eerste haalbaarheidsonderzoek. STECR heeft de Stichting Instituut Gak (SIG) bereid gevonden om het project te subsidiëren.

In hoofdstuk 2 zullen we nader ingaan op de MDA zelf. In deze inleiding komen achtereenvolgens aan de orde: de aanleiding voor het onderzoek, de centrale vraag van het onderzoek, de gevolgde werkwijze en de opbouw van het rapport.

1.1 Aanleiding

Verzuimbegeleiding staat reeds jaren sterk in de belangstelling, niet in de laatste plaats in de politiek en adviesorganen, belangengroepen en de 'poldergremia' die de politiek omringen. Kernpunt van zorg wordt steeds meer het automatisme waarmee de overgang van ziekteverzuim naar arbeidsongeschiktheid verloopt. Breed wordt inmiddels het inzicht gedeeld dat juist in de beginfase van een ziekte-traject de gevalsbehandeling deugdelijk moet worden aangepakt. Te lang wachten met ingrijpen leidt vaak tot een onomkeerbaar proces.

In dit licht neemt de behoefte aan objectivering en prognostiek toe. Om te voorkomen dat werkgever en (zieke) werknemer een traject ingaan, waarbij op voorhand weinig duidelijk is over het verloop en de afloop ervan, zou reeds vroeg in het proces zo goed mogelijk moeten worden vastgelegd wat er aan de hand is, wat daaraan gedaan kan worden en hoe lang herstel zal vergen. Recente discussie tussen curatief-medische keuring en bedrijfsgeneeskunde onderstreept deze behoefte. Initiatieven die in het verleden al eens ontwikkeld zijn worden opnieuw opgepakt, meer of minder gestructureerd.

Het op enigerlei wijze vastleggen van een normale verzuimverwachting en mogelijk storende factoren is van waarde voor werknemers, werkgevers, arbodiensten, behandelaren, publieke en private verzekeraar.

Onder de voorwaarde van normale omstandigheden (een verloop van de ziekte volgens de verwachtingen) kan de werkgever een inschatting maken van de termijn waarop hij zijn zieke werknemer kan terugverwachten en weet de werknemer wat de verwachting is ten aanzien van zijn terugkeer naar het werk. Als de verwachtingen niet uitkomen, kan dit als een signaal worden gezien dat er klaarblijkelijk iets bijzonders aan de hand is en een bijzondere inspanning waarschijnlijk geboden is. Voor de arbodienst is zo'n algemeen geldende verwachting van grote waarde om dienstverlening mee te legitimeren. Tussen arbodienst en curatieve sector is overeenstemming over wat in het algemeen wenselijk is bij bepaalde combinaties van diagnose en werk, van eminent belang. Het sluit bijvoorbeeld aan bij de toenemende inzet van tijdcontingenten behandeling en begeleiding. Voor zowel de publieke als de private verzekeraar is dit ook waar-

devolle informatie: het betalen van interventies en het toetsen van verzuimbegeleiding wordt er meer objectief mee ondersteund. Extra belangrijk is dat in het licht van recente ontwikkelingen, zoals de verplichtingen die inzake de *Wet Verbetering Poortwachter (WVP)* moeten worden vervuld en (mogelijk nog meer) met een te zijner tijd aangepaste WAO, waarbij reïntegratie-inspanningen moeten worden vastgelegd en duurprognoses gewenst geacht worden. Voor het UWV kan een dergelijk instrument een hulpmiddel vormen bij de toetsing of van de werkgever in redelijkheid kon worden verwacht dat hij een bepaalde reïntegratie-activiteit voor zijn rekening nam.

Een Nederlandse MDA levert een bijdrage aan kennis op nationaal niveau. Bij gebrek aan goede gegevens zijn harde uitspraken over de Nederlandse verzuimproblematiek slechts beperkt mogelijk.

Tegen de achtergrond van dit soort overwegingen is de MDA-methodiek belangwekkend. De MDA biedt leidraden voor de verzuimbegeleiding. Enerzijds door relevante medische informatie op een overzichtelijke manier te presenteren; anderzijds door aan specifieke diagnoses verzuimduurprognoses te koppelen.¹ De MDA zou een middel kunnen zijn aan de hand waarvan de verzuimbegeleiding meer gericht en meer geobjectiveerd kan worden uitgevoerd.

De afgelopen tijd heeft de MDA zich reeds in enige Nederlandse belangstelling mogen verheugen. Met name bij verzekeraar *Nationale Nederlanden* is men er via de Amerikaanse vestigingen mee bekend. Daar wordt de MDA veelvuldig gebruikt. Op basis van de combinatie tussen prognose van de verzuimduur en hoogte van de uitkering wordt berekend welke kosten met het verzuim in een concreet geval gemoeid zouden kunnen zijn, bij een normaal verloop. Aan de hand daarvan wordt bezien of een eventuele interventie en zodanig bekorting van de verzuimduur oplevert dat de baten opwegen tegen de kosten. Werkgevers en private verzekeraars, die de kosten van reïntegratie moeten dragen, hebben dus baat bij zo'n instrument.

Een voorwaarde voor een grootschalig gebruik van een MDA-achtig instrument in Nederland lijkt te zijn dat komt vast te staan dat de gegevens waarop hij gebaseerd is voor de Nederlandse situatie valide zijn. Thans bestaat daarover nog grote twijfel, omdat de verzuimproblematiek veel typisch Nederlandse kenmerken heeft. Op het eerste gezicht lijken de verzuimprognoses in de Amerikaanse MDA voor de Nederlandse context niet altijd adequaat te zijn.

Introductie van een MDA of een vergelijkbaar product in Nederland zou een aanzienlijke investering vergen in tijd en geld. Er moeten grote hoeveelheden medische gegevens en statistisch materiaal worden verzameld en onderhouden.

1.2 Centrale vraag

De centrale vraag betreft de technische haalbaarheid van een Nederlandse versie van de MDA.

Hoofdvraag: Is een Nederlandse versie van de Amerikaanse MDA technisch haalbaar?

Bij de technische haalbaarheid van de MDA hebben we het over de vraag of het waarschijnlijk is dat die onderdelen die voor een eventuele introductie in Nederland aanpassing aan de Nederlandse situatie behoeven, een dergelijke aanpassing op afzienbare termijn ook daadwerkelijk kunnen ondergaan.

¹ Voor meer details over de methodiek van de MDA zie hoofdstuk 2.

De centrale vraag kent twee onderdelen.

Ten eerste de noodzakelijkheid en haalbaarheid van het ‘vertalen’ van de medische informatie die de MDA bevat voor gebruik in Nederland.

Subvraag 1: Is een omzetting van het medische gedeelte van de MDA naar de Nederlandse situatie noodzakelijk en haalbaar?

De tweede subvraag heeft betrekking op het verband tussen diagnose verzuimduur (prognose). We vermoeden dat de prognoses gebaseerd dienen te zijn op Nederlandse verzuimcijfers.

Subvraag 2: Zijn voldoende geschikte verzuimcijfers beschikbaar om de noodzakelijke statistische gegevens op basis van Nederlands cijfermateriaal te genereren en zijn de verzuimcijfers relevant in de Nederlandse praktijk?

1.3 Onderzoeksopzet

Het onderzoek kende vier fasen: een inventarisatie van verzuimcijfers, ontwikkeling van vier dummy's, interviews met potentiële gebruikers en medische kenniscentra en de verslaglegging.

In de eerste fase is een literatuurstudie verricht naar determinanten van ziekteverzuim. Daarnaast is in deze fase onderzocht in welke mate verzuimcijfers beschikbaar zijn, die geschikt zijn voor statistische analyses en wáár deze cijfers eventueel beschikbaar zijn. De tweede fase betreft het maken van dummy's van vier diagnoses uit de MDA, te weten: astma, depressie, handeczeem en lagerugpijn.² De dummy's zijn gebaseerd op medische literatuur, literatuur inzake verzuimbegeleiding, de standaarden van het *Nederlands huisartsengenootschap (NHG)*, informatie van de vier Nederlandse Kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen (long, huid, psyche en bewegingsapparaat) en de in fase 1 verzamelde verzuimcijfers. Doelstelling van de dummy's was om voor de betreffende diagnoses een Nederlandse versie van de MDA te maken en slechts daar waar het niet anders kon, zaken over te nemen uit de Amerikaanse MDA.

Er is bij de bewerking van de dummy's meer aandacht besteed aan informatie over verzuimbegeleiding dan de originele MDA doet. Dit is gebeurd omdat deze informatie karakteristiek is voor de verzuimbegeleiding in Nederland. Het Amerikaanse socialezekerheidsstelsel maakt veel minder het onderscheid tussen medische behandeling en verzuimbegeleiding. Zodoende zijn de dummy's geen letterlijke vertaling, maar een bewerking conform het originele idee.

Het afnemen van interviews vormt de derde fase van het onderzoek. De respondenten waren van tevoren voorzien van de dummy's om hun er een idee van te geven hoe het er concreet uit zou kunnen zien. Er zijn 8 interviews gehouden met potentiële gebruikers. De groep bestond uit 3 (bedrijfs)artsen van arbodiensten, 3 medisch adviseurs van verzekeringsbedrijven en 2 medisch adviseurs van reïntegratiebedrijven. Daarnaast is een sessie georganiseerd met een vertegenwoordiger van elk van de vier kenniscentra, waarin zij hun visie hebben gegeven op een mogelijk te ontwikkelen Nederlandse versie van de MDA. Ook is nog apart gesproken met twee vertegenwoordigers van het Kenniscentrum 'ArbeidsDermatosen'.

Ten slotte is van het onderzoek verslaggelegd middels dit rapport. Dat was de vierde fase van het onderzoek

² Zie voor de dummy's bijlage II.

Bij de uitvoering van het onderzoek was een begeleidingscommissie betrokken, die na afronding van elke fase het verrichte werk beoordeelde en adviseerde over het vervolg. De commissie bestond uit de volgende leden: dr. H. van Oijen (SIG), mr. A.P.M.G. Schoenmaeckers (BOA), drs. E.P.F. Klootwijk (Borea), mr. H.J. van Dalen (Nationale Nederlanden) en mr. dr. N.H.Th. Croon (UWV). De vergaderingen werden voorgezeten door mw. drs. M.A. Oostindie, namens opdrachtgever STECR.

1.4 De opbouw van het rapport

In het volgende hoofdstuk geven we een overzicht van de MDA-methodiek. De gebruikte begrippen worden kort omschreven en de statistische gegevens getypeerd.

In hoofdstuk 3 staan de resultaten van het uitgevoerde onderzoek centraal.

De conclusies vindt u, ten slotte, in hoofdstuk 4.

2 De methodiek van de MDA

De MDA is in de Verenigde Staten ontwikkeld, waar in 1991 een eerste versie is uitgebracht. In 2001 is de vierde editie verschenen. De MDA is te verkrijgen in boekvorm en op CD-ROM en wordt uitgegeven door Reed Group³.

De MDA is bedoeld voor gebruik door zowel medische als niet-medische professionals op het terrein van ziekteverzuim⁴.

De essentie van de MDA is, zoals ook de ondertitel (“Workplace Guidelines for Disability Duration”) aanduidt, de professional leidraden (“Guidelines”) te verschaffen met betrekking tot wat in een individueel geval, belangrijke momenten zijn in de herstelperiode op weg naar werkhervatting.

Daartoe verschaft de MDA per diagnose informatie langs twee lijnen. Eerst door voor de professionals hanteerbare medische kerninformatie te verschaffen in handboekformaat, zodat hij, bij wijze van spreken in één oogopslag, weet waar zijn aandacht bij het betreffende ziektebeeld op gespitst dient te zijn. Ten tweede worden, eveneens per diagnose, tabellen en grafieken van verzuimduren gepresenteerd.

In de volgende paragrafen worden deze twee lijnen van de MDA-methode nader uiteengezet. Zie tevens Bijlage II, die bestaat uit de Nederlandse dummy’s, die ten behoeve van het onderzoek zijn gemaakt. Deze maken de opzet en methode inzichtelijk.

2.1 De medische informatie

De medische informatie bestaat uit de volgende onderdelen.

1. *Diagnose, synoniemen en de internationale code*
Onder deze kop wordt de diagnose benoemd, waarbij de ICD-9 wordt gebruikt. In een bijlage wordt een vertaaltabel ICD-9 naar ICD-10 gegeven.
2. *Definitie*
De ziekte wordt gedefinieerd, onder vermelding van een aantal epidemiologische gegevens en symptomen.
3. *Illustratie*
Door middel van een afbeelding wordt aangeduid op welke plek van het lichaam de ziekte zich manifesteert.
4. *Diagnosetelling*
Hieronder worden aanwijzingen gegeven over de wijze waarop de diagnose kan worden gesteld of bevestigd (vragen, onderzoek)
5. *Behandeling*
Er wordt een beschrijving gegeven van gangbare behandelwijze(n).

³ Presley Reed, MD, *The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration*. Boulder, CO: Reed Group, Ltd. 2001, fourth edition

⁴ In de MDA wordt veelal het woord ‘disability’ gebruikt. Onder dat begrip vallen zowel het Nederlandse begrip ‘ziekteverzuim’ als ‘arbeidsongeschiktheid’. Uit de MDA blijkt dat het gericht is op de eerste periode van ziekte. In dat geval spreken wij van ‘ziekteverzuim’.

6. *Prognose*
De prognose behelst een beschrijving van het verwachte verloop en uitkomst van de betreffende diagnose.
7. *Differentiaaldiagnose*
Er worden voorbeelden gegeven van andere diagnoses met vergelijkbare klachten of verschijnselen.
8. *Specialisten*
Een overzicht van specialisten die voor de behandeling van de betreffende ziekte gekwalificeerd zijn.
9. *Revalidatie/reintegratie*
Hieronder worden beschikbare methoden beschreven die kunnen worden ingezet om herstel en terugkeer naar werk te bevorderen.
10. *Werkbeperkingen/voorzieningen*
Een lijst van mogelijke beperkingen bij het werk of voorzieningen die kunnen worden getroffen om een aangepaste terugkeer op de werkplek mogelijk te maken.
11. *Aanvullende en alternatieve therapieën*
Er wordt, ter kennisname, een beschrijving gegeven van behandelwijzen die mogelijk effectief zijn.
12. *Comorbiditeit*
Hieronder worden ziektebeelden weergegeven die met de betreffende diagnose gepaard kunnen gaan en het herstel kunnen beïnvloeden.
13. *Complicaties*
Overzicht van complicaties die mogelijk zijn.
14. *Verzuimduurbeïnvloedende factoren*
Factoren die de terugkeer naar de werkplek kunnen belemmeren worden besproken.
15. *Lengte van ongeschiktheid*
Een beschrijving van factoren die de herstelperiode beïnvloeden.

2.2 De verzuimduurstatistiek

De volgende tabellen en grafieken zijn opgenomen in de MDA.

1. *Verzuimduurtabellen*
De verzuimduurtabellen laten het minimum, het optimum en het maximum aantal dagen van de verzuimduur per diagnose zien.
2. *Verzuimduurgrafieken*
De grafieken geven weer hoe de verzuimduur zich ontwikkelt. Aan de hand van percentages en percentielen wordt duidelijk gemaakt welk percentage van de populatie na een bepaald aantal dagen weer het werk hervat.

3 Resultaten van het onderzoek

De resultaten van het onderzoek hebben betrekking op de inventarisatie van verzuimcijfers en de resultaten die de afgenomen interviews hebben opgeleverd. De interviewresultaten zijn onderverdeeld in resultaten met betrekking tot de MDA-onderdelen ‘medische informatie’ en ‘verzuimduurprognoses’. Waar zinvol is gespecificeerd wie de bron was van de betreffende mening.

De resultaten onderbouwen de antwoorden op de twee subvragen, die we in par. 1.2 hebben afgeleid van de hoofdvraag of een Nederlandse versie van de Amerikaanse MDA technisch haalbaar is.

3.1 De medische informatie

Subvraag 1: Is een omzetting van het medische gedeelte van de MDA naar de Nederlandse situatie noodzakelijk en haalbaar?

Antwoord: Na een screening voor de Nederlandse situatie kunnen de Amerikaanse gegevens in principe worden overgenomen. Wel is aanvulling noodzakelijk inzake begeleiding en reïntegratie.

De relevantie van de gepresenteerde gegevens (de dummy's) wordt niet betwist. Wel brengen enkelingen zinnige nuances aan. Zo is erop gewezen dat de informatie voor schadebehandelaars – die niet medisch geschoold zijn -wellicht niet goed te begrijpen is. Een ander stelt daar echter weer tegenover dat het voor een ervaren arts een hoog ‘opendeurgehalte’ heeft.

Twee respondenten wijzen erop dat het medische deel van de MDA meer gericht lijkt op de curatieve sector dan op de verzuimbegeleidende sector. De differentiaaldiagnose wordt een keer genoemd als een factor die niet thuishoort bij de verzuimbegeleiding. De kenniscentra wijzen er ook op dat het in de Nederlandse setting gebruikelijk is om de behandelopties in de curatieve sector en het reïntegratiecircuit uit elkaar te houden. In die zin zou een Nederlandse MDA aanpassing behoeven.

Vier van de acht geïnterviewden vinden de geboden informatie te uitgebreid. Eénmaal wordt geantwoord dat de informatie te summier is; drie respondenten vinden de hoeveelheid ongeveer goed. Deze standpunten worden ogenschijnlijk beïnvloed door de mate waarin iemand praktisch nut ziet in de MDA. Van de vier die de informatie te uitgebreid vinden staan er 3 overwegend negatief tegenover de hanteerbaarheid van de MDA. De overigen zijn overwegend positief.

Met vertaling van de klinische informatie uit de Amerikaanse MDA kan als uitgangspunt eenieder instemmen. De geïnterviewden gaan ervan uit dat dit soort medische gegevens tussen de Verenigde Staten en Europa niet wezenlijk zullen verschillen. Wel wordt erop gewezen dat het wetenschappelijk verantwoord dient te zijn en *evidence based*. Een enkeling acht opname van belangrijke Nederlandse literatuur, als die er is, gewenst.

De vertegenwoordigers van de kenniscentra achten het wenselijk om een screening te houden van de informatie zoals die in de Amerikaanse versie wordt gepresenteerd, dat wil zeggen dat medisch deskundigen bezien of de gegevens aan de eisen voldoen voor een Nederlandse arts/beoordelaar. Daaruit kan dan eventueel blijken of voor een Nederlandse versie bepaalde aanpassingen moeten worden gedaan. Zij tonen zich ook bereid in de toekomst de uitvoering van een dergelijke opdracht in overweging te nemen.

Wel merken zij op dat kenniscentra slechts over een beperkt aantal diagnoses informatie kunnen leveren. Tenslotte is in dit verband van belang dat de MDA is gebaseerd op de ICD-9. In Nederland wordt gewerkt met de CAS-code, gebaseerd op de ICD-10. De vertaaltabel lost dit probleem niet op omdat er deels een andere indeling in ziektebeelden is gehanteerd in de ICD-10.

Over het *aantal* diagnoses dat zou moeten worden opgenomen, heerst enige verdeeldheid. Vijf van de acht geïnterviewde potentiële gebruikers meent dat het aan te raden is om zich te beperken tot een relatief klein aantal veel voorkomende diagnoses. Hierbij worden de aantallen 20, 25, 40 en 50 concreet genoemd. Gesteld wordt door een van de respondenten dat 70 á 80 % van de Nederlandse gevallen zich bevinden in de categorieën 'psychisch' en 'bewegingsapparaat'.

Twee personen kiezen echter een geheel andere invalshoek door te pleiten voor het opnemen van juist die diagnoses die weinig voorkomen. De veronderstelling is hier dat er juist ten aanzien van deze diagnoses kennislacunes kunnen bestaan.

Enkelingen merken op dat gewaakt moet worden voor het samenrapen van diagnoses binnen een categorie en dat vooral veel aandacht moet worden besteed aan problematisch verzuim en verzuim waaraan binnen de sfeer van verzuimbegeleiding ook daadwerkelijk iets kan worden gedaan.

3.2 Verzuimduurprognoses

Subvraag 2: Zijn voldoende geschikte verzuimcijfers beschikbaar om de noodzakelijke statistische gegevens op basis van Nederlands cijfermateriaal te kunnen genereren en is het relevant in de Nederlandse praktijk?.

Antwoord: De beschikbaarheid van Nederlandse verzuimcijfers is thans nog onvoldoende en bij het maken van verzuimduurprognoses dienen ook factoren die te maken hebben met gedrag en motivatie te worden meegewogen

Bij de start van het onderzoek is door TNO Arbeid geïnterviewd in welke mate in Nederland cijfers over ziekteverzuim ter beschikking zijn. Daaruit komt naar voren dat er thans weinig verzuimcijfers beschikbaar zijn, die voldoen aan de kwantitatieve en kwalitatieve vereisten om als basis te kunnen dienen voor de statistische analyses die de MDA vergt. Het meest bruikbaar blijkt een bestand van het GAK dat gegevens bevat van 50.000 verzuimgevallen uit 1993⁵.

Het UWV beschikt verder over een groter GAK-bestand uit de eerste helft van de jaren negentig. Dit bestand mist een aantal demografische- en beroeps-variabelen en is thans niet beschikbaar voor derden.

Daarnaast beschikt het UWV over een groot longitudinaal databestand met verzuimgevallen over de jaren 1992-1995 en vervolgens gegevens t/m 2000 over het feit of de betreffende personen al dan niet in de WAO zijn beland. Dit bestand moet nog analyseklaar gemaakt worden en het UWV heeft aangegeven daar niet voor volgend jaar een aanvang mee te kunnen nemen.

Ten slotte loopt er een initiatief van het CBS, het Ministerie van SZW en een groot aantal arbo-diensten om gezamenlijk statistische verzuimgegevens te gaan registreren. Ook hiervan kan op korte termijn nog geen bruikbaar resultaat verwacht worden. Al met al zijn er op korte termijn geen gegevens voorhanden die kwalitatief voldoende

⁵ Het GAK-bestand van 50.000 gevallen uit 1993 is aan TNO Arbeid ter beschikking gesteld ten behoeve van een eerder onderzoek (naar verzuim en arbeidsconflicten).

zijn om een Nederlandse MDA te voeden. Op termijn van 2 jaar kan dat veranderd zijn.

Ook bij de respondenten en de sessie met de kenniscentra is de beschikbaarheid van verzuimcijfers aangekaart. De antwoorden duiden eveneens niet op een ruime beschikbaarheid. Feitelijk worden (soms) statistieken bijgehouden op organisatieniveau, bijvoorbeeld door arbo-diensten.

Op basis van het GAK-bestand van 1993 is een analyse gemaakt van de diagnose-, werk- en persoonsgebonden oorzaken van verzuimduren. Deze analyse is opgenomen in Bijlage I.

Opvallend is dat de verzuimduren die in de dummy's zijn gepresenteerd – en in drie van de vier dummy's zijn overgenomen uit de Amerikaanse MDA – door de respondenten weinig realistisch worden gevonden. Vanuit hun ervaring zouden zij een langere verzuimduur hebben verwacht. Dit geldt vooral voor psychische klachten en ziekteverschijnselen als ME, whiplash en RSI.

Een individuele opmerking richt zich op de vraag hoe in de cijfers gedeeltelijke of geleidelijke werkhervatting kan worden verwerkt. In de Nederlandse context is dat een relevant thema.

De statistische gegevens, zoals de MDA ze presenteert in grafieken en tabellen, vindt, op één uitzondering na, iedereen volledig en in de praktijk relevant. Hier en daar leeft wat twijfel over de vraag of het zin heeft om individuen te relateren aan een groepsgeïntegreerde, maar voor het overige zien de respondenten, met inbegrip van de kenniscentra, het nut van het vastleggen van momenten waarop een signaal gegeven kan worden (men gebruikt ook wel de termen 'alarmbel', 'piepsignalen' of 'rood licht'). De cijfers kunnen ook worden gebruikt om er de cliënt mee te confronteren of de beoordelaar een indicatie te geven van wat verwacht kan en mag worden.

Op de vraag of bij het opstellen van de verzuimduurcijfers naast de zwaarte van het werk nog naar andere factoren gedifferentieerd zou moeten worden, wordt vaak een aantal tamelijk voor de hand liggende factoren, zoals leeftijd en geslacht genoemd. Dit soort factoren wordt overigens in de MDA ook zijdelings genoemd als verzuimduurbeïnvloedende factoren. Ze zijn echter niet verwerkt in de tabellen.

Daarnaast noemen zes respondenten spontaan ook factoren als motivatie en gedrag van de cliënt, coping stijl, fysieke en psychische belasting en belastbaarheid, de situatie thuis en/of op het werk, wachttijden en persoonsgebonden factoren.

Het koppelen van een prognose van de duur van het verzuim aan individuele diagnoses – een kernpunt van de MDA-methodiek – wordt door de geïnterviewden wisselend beoordeeld. Als harde norm wordt een prognose niet acceptabel geacht, wél bijvoorbeeld als een leidraad of met een signaleringsfunctie. De helft van de ondervraagden meent dat er te veel andere factoren, naast de diagnose en zwaarte van het werk, bepalend zijn voor de duur van het verzuim. Eén persoon benoemt expliciet dat het bij verzuimbegeleiding niet zozeer draait om de ziektediagnose, maar vooral om de 'arbeidsdiagnose', ofwel de vraag 'waarom werkt deze persoon niet?'. Er zouden ook (ziekte)diagnoses zijn waarmee je in principe door kunt gaan met werken.

Zeker in individuele gevallen mag de prognose volgens vrijwel alle respondenten niet tot conclusies leiden zonder de individuele omstandigheden te hebben meegewogen. Wel vindt iemand het een steun in de rug bij moeizame gevallen of zou de prognose gebruikt kunnen worden om de cliënt vooraf te confronteren met een reële verwachting.

De respondenten wijzen erop dat er rekening mee moet worden gehouden dat er weliswaar een aantal diagnoses zijn die vrij eenvoudig van een prognose zijn te voorzien (evident ongeneeslijke ziektes of, bijvoorbeeld, botbreuken), maar ook een aantal waarbij dat moeilijk is. Bij psychische klachten, eventueel gecombineerd met fysieke klachten zoals lagerugpijn, zal het, over het algemeen, moeilijker zijn. De bandbreedtes tussen minimum en maximum worden dan zo groot, dat je er weinig meer mee kunt doen.

Een met de MDA vergelijkbare methode is er in Nederland thans niet. Als het gaat om het bieden van leidraden bij het werk voor de verzuimbegeleidende sector is er wel overlap met een aantal standaarden, zoals:

- NHG-Standaarden;
- NVAB-Richtlijnen;
- PARAG-richtlijn (psychische klachten);
- CBO-richtlijnen;
- Handboek Bedrijfsgezondheidszorg;
- Handboek voor Arbeid en Belastbaarheid en
- STECR werkwijzers.

3.3 Informatie Reed Group

Via een e-mailcorrespondentie is aan Reed de vraag voorgelegd wat de wetenschappelijke fundering is van de MDA en wat de juridische en financiële mogelijkheden zijn ten aanzien van een introductie van een geheel of een deel van de MDA in Nederland. De wetenschappelijke fundering is op zijn best indirect: de tekst en tabellen zijn opgesteld door medisch specialisten en gebaseerd op peilingen, literatuur en ervaringsgegevens. Daarmee is het meer consensus- dan evidence-based. Neutrale wetenschappelijke toetsing van met name de tabellen en hun pretenties heeft niet plaats gevonden voor zover na te gaan was. Van de kant van Reed is aangegeven dat men wel geïnteresseerd zou zijn om aan zo'n toetsing medewerking te verlenen.

Financieel is aangegeven dat een abonnement mogelijk is in de vorm van toegang tot de website van Reed. Daar kan altijd de meest actuele versie van de MDA worden geraadpleegd, weliswaar alleen met de Amerikaanse cijfers. Zo'n abonnement zou voor 2000 bedrijfsartsen \$ 135 per persoon per jaar kosten. Over deze prijs zijn nog wel onderhandelingen mogelijk. Aanschaf van boek of CDdrom zou duurder zijn, niet is aangegeven hoeveel. Afname van een onderdeel van de MDA zal tot de mogelijkheden behoren, niet is bekend wat dat moet kosten.

4 Conclusies en aanbevelingen

Tot slot van dit rapport trekken we enkele conclusies ten aanzien van de vraag of een Nederlandse versie van de MDA (technisch) haalbaar zal zijn. Evenals bij de uitwerking van de centrale vraag en de bespreking van de resultaten, maken we een tweedeling in ‘medische gegevens’ en ‘verzuimduurprognoses’. Deze thema’s komen hierna achtereenvolgens aan de orde, waarna we nog kort ingaan op het mogelijke vervolgtraject van een eventuele introductie van een MDA-achtig product in Nederland.

4.1 Conclusies ‘medische gegevens’

Op basis van de resultaten van het onderzoek is de conclusie gerechtvaardigd dat gebruik van het medisch informatieve deel van de MDA technisch haalbaar is. Potentiële gebruikers kunnen goed leven met een bewerking van de Amerikaanse versie. De suggesties van de kenniscentra, om een screening uit te voeren op toepasbaarheid in Nederland en om belangrijke Nederlandse literatuurverwijzingen toe te voegen, zijn zinvol. Met name de know-how inzake verzuimbegeleiding en reïntegratieondersteuning moet worden toegevoegd. De curatieve informatie mag wat beperkt worden; de reïntegratie-aspecten van verzuimbegeleiding kunnen wat nadrukkelijker naar voren worden gebracht.

Het belang is gelegen in het objectiever en eenduidiger beoordelen en begeleiden van verzuim. Enerzijds binnen de arbowereld, anderzijds tussen arbo en curatief. Het maken van een MDA-achtig product kan dan ook een katalysator zijn in beide opzichten. Ook biedt dat een impuls om leemten in kennis op te vullen. Van belang is om hier ook te verwijzen naar het mogelijk gaan ontwikkelen van lijsten inzake duurzaamheid van ongeschiktheid voor de WAO. Het is goed mogelijk om dat als eenzelfde soort activiteit te zien als het maken van lijsten van verzuimduurverwachting. Mocht een veelomvattend werk niet goed mogelijk of bezwaarlijk zijn, dan kan, zo blijkt uit het onderzoek, allereerst gekozen worden voor een beperking tot bijvoorbeeld 30 diagnoses, die in de praktijk van de verzuimbegeleiding het meest voorkomen.

4.2 Conclusies ‘verzuimduurprognoses’

Wat de beschikbaarheid van verzuimecijfers betreft, is de technische haalbaarheid van een Nederlandse MDA nog onzeker. Volgens de huidige stand van zaken zijn er onvoldoende cijfers om de prognoses volgens de MDA-methode verantwoord te kunnen opstellen. Wel is er veelbelovend initiatief om de komende jaren gestructureerd verzuimstatistieken te gaan registreren. Het ligt voor de hand om daarbij aan te sluiten. Het overnemen van de in de Amerikaanse MDA gepresenteerde verzuimduren is namelijk geen optie. In het onderzoek wordt bevestigd dat deze afwijken van de Nederlandse praktijk. Op deze grond zullen veel potentiële gebruikers de MDA niet goed hanteerbaar achten.

Het soort statistieken dat in de MDA gehanteerd wordt, is ook in Nederland relevant. Een technisch probleem vormt het gegeven dat in Nederland veel niet-medische zaken geacht worden een rol te spelen bij ziekteverzuim. Bij de vraag wanneer iemand weer kan werken spelen naast het genezingsproces ook leeftijd en functieniveau en de context -zoals de situatie thuis en op het werk en de motivatie en het gedrag van de cliënt- een belangrijke rol. Het is mogelijk om daarin een beredeneerd model te hanteren. Mits de in het algemeen te verwachten verzuimduren niet als normen voor een individueel

geval zullen gelden, zal een overzichtelijke presentatie ervan in de praktijk vooral worden gehanteerd als een leidraad om zich bij aanvang enig idee te vormen en houvast te hebben, ook bij de communicatie met de cliënt en diens werkgever. In de signaleringsfunctie van belangrijke momenten in een verzuimtraject ligt veel praktische waarde van de MDA. Als de normduren gedeeld worden door de arbo-wereld en de behandelaars (en de publieke en private verzekeraars) dan zal dat de verzuimbegeleiding zeer verstevigen. Met deze versteviging en eenduidigheid ontstaat dan ook de mogelijkheid om op basis van experience-rating de effectiviteit van instrumenten in termen van verzuimduurverkorting, te bepalen. Kosten-baten vergelijkingen worden dan gefundeerd mogelijk. Alle partijen, zeker ook de werkgever en de verzekeraar (publiek én privaat) zijn geholpen met dat soort informatie: meer objectief en statistisch veel beter onderbouwd dan wat we tot nu toe hebben. Wel vraagt zoiets een groot bereik en mogelijk veel onderhoud omdat nieuwe technieken zich blijven aandienen.

4.3 Het vervolgtraject

De conclusies overziend wordt duidelijk dat technisch gezien het beschikbaar komen van bruikbare verzuimcijfers de grootste belemmering is voor een introductie van de MDA in Nederland. Indien de introductie uiteindelijk wenselijk gevonden wordt, zal de verzameling van statistieken specifiek voor dit doel gestimuleerd moeten worden.

Mede op basis van een bespreking van de onderzoeksresultaten met de begeleidingscommissie achten wij het op dit moment het meest voor de hand liggend om een bewerking van de MDA voor de Nederlandse situatie verder uit te werken. Dat betekent teruggaan tot het kernidee – dat niet uniek is voor de MDA –, namelijk het maken van een koppeling tussen relevante kenmerken van de verzuimer (waaronder in ieder geval diagnose-informatie), relevante kenmerken van het werk en de verwachte en gerealiseerde verzuimduur. Hiermee is ook duidelijker aan te geven waar de kosten van zo'n project in zullen zitten. Ook moet er een link gemaakt worden met de *state of the art* inzake behandeling, maar vooral begeleiding. Het geheel valt uiteen in twee delen: het maken van een informatiesysteem en het ondersteunen van de verzuimbegeleiding.

Om te beginnen moet er een model worden opgesteld waarin de voor de verzuimduur relevant geachte kenmerken een plaats in hebben. Daarbij gaat het niet om zoveel mogelijk determinanten, maar om eenvoudig en eenduidig vast te stellen determinanten welke gezamenlijk in voldoende mate verzuimduur bepalen. Dat model hoeft niet in één keer compleet of gevuld te zijn, een incrementele werkwijze is acceptabel en zelfs noodzakelijk vanuit een praktisch oogpunt (doorlooptijd, acceptatie). Zo'n model zou voor EUR 10000,- praktisch hanteerbaar te maken moeten zijn.

Diagnosespecifiek moet er *up-to-date* informatie worden opgenomen inzake behandeling en begeleiding en prognose. Inzake behandeling is daarvan veel voorhanden, wat begeleiding betreft is er nog niet erg veel ontwikkeld. Er zijn diverse publicaties en standaarden die dienst kunnen doen als bron voor de start. Hier zou het voor de hand liggen om te starten met de meest voorkomende diagnoses hoewel ook een pleidooi gehouden kan worden voor dit onderdeel om dat juist niet te doen. Als we als rekenvoorbeeld nemen 50 diagnoses is oriënterend te rekenen op EUR 100.000,-.

Kosten voor het invoeren van cijfers zijn nog niet te geven.

De informatie van dit systeem moet actueel gehouden en uitgegeven worden en geleidelijk worden uitgebouwd, steeds meer gebaseerd op representatieve, actuele Nederlandse statistieken.

Dat kan meer of minder intensief gebeuren. Het kan in papieren vorm, op een CD-ROM of *web-based*. De STECR-site zou daarvoor een middel kunnen zijn. De kosten van zo'n uitgave lopen uiteen maar uit eerdere ervaringen van TNO met zulke producten is af te leiden dat EUR 50.000,- een realistische schatting is voor een eerste uitgave. Via abonnementen of eenmalige afname kunnen de kosten meer permanent geheel of gedeeltelijk worden terugverdiend.

Het ondersteunen van de verzuimbegeleiding kan vorm krijgen door de verzuim-informatie van de arbodienst te koppelen aan de informatie van het bovenbeschreven systeem. Waardoor enerzijds de individuele verzuiminformatie het systeem voedt en anderzijds het systeem signaleert wanneer een verzuimer afwijkt van de verwachting en wat er dan te doen staat. Voor deze functie ligt een proef bij een of meer arbodiensten voor de hand. Hier zullen vooral implementatiekosten van belang zijn en gederfde tijd in verband met inwerken en dergelijke.

Al met al lijkt het mogelijk om vervolgstappen te ondernemen. In het kader van de kwaliteit van handelen van de beoordelende artsen, van de arbocuratieve afstemming, van de WVP en mogelijk de nieuwe WAO is ook goed te beargumenteren hoe belangrijk dat zou kunnen zijn.

Organisatorisch is voorstelbaar om inhoudelijk te starten met een beperkte hoeveelheid informatie en een beperkt aantal partijen. Wel zouden alle soorten partijen (arbodiensten, kenniscentra, curatieve sector, NVAB, UWV en dergelijke) betrokken moeten zijn. Zo'n kleinschalig traject geeft de gelegenheid om ontwikkelproblemen en implementatieproblemen op het spoor te komen in de tijd dat elders gewerkt wordt aan goede verzuimcijfers. Als een en ander haalbaar blijkt en enthousiasme oproept kan goed gefundeerd gestart worden met ontwikkeling op grotere schaal. Belanghebbende partijen zullen dan mogelijk ook bereid zijn de ontwikkeling mede te financieren.

Uit contacten tussen TNO Arbeid en Reed Group is gebleken dat laatstgenoemde in principe geïnteresseerd is een introductie in Nederland en die ook zou willen begeleiden. Zowel de optie van een kopie van de MDA als een afgeleid product worden daarbij opgehouden. De auteursrechten van de MDA berusten bij Reed. Indicatief is van daar uit aangegeven dat 2000 gebruikers toegang kunnen krijgen tot de MDA op de website van Reed à raison van \$ 135 per persoon per jaar. Dat is inclusief updates. Als teruggegaan wordt tot het kernidee, zoals gezegd niet uniek voor de MDA zijn er in principe geen betalingen aan Reed nodig. Als een deel van de medische tekst wordt vertaald zullen de kosten navenant zijn. Daarover is geen uitsluitsel verkregen.

Bijlage I

Diagnose-, werk- en persoonsgebonden oorzaken van verzuimduren (resultaten van analyses van een GAK-bestand uit 1993 met ruim 50.000 verzuimgevallen)

P.G.W. Smulders,
TNO Arbeid, Hoofddorp, 11 januari 2002

Conclusies:

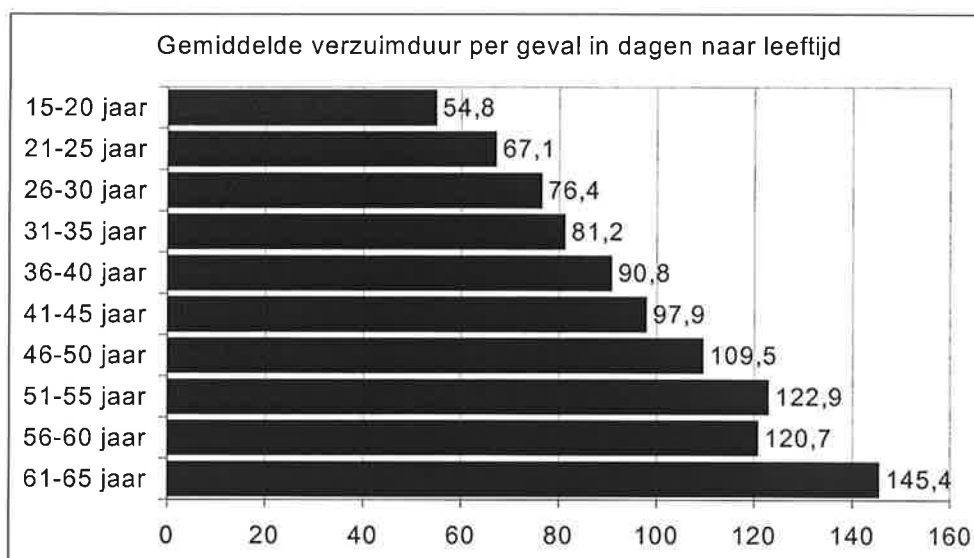
- de verzuimduur van **vrouwen** is langer dan van mannen (zie tabel 1); de langere verzuimduur bij vrouwen is bij vrijwel alle diagnosegroepen terug te vinden (zie tabel 10)
- de verzuimduur van **ouderen** is langer dan van jongeren (zie tabel 2); bij de meest-voorkomende diagnosegroepen (psychische en lage rug aandoeningen) is deze trend ook waar te nemen; bij andere diagnoses is die trend minder aanwezig of zelfs afwezig (zie tabel 11, 12 en 13)
- de verzuimduur van **gehuwden, gescheiden en verweduwde** werkenden is hoger dan van ongehuwde werkenden (zie tabel 3)
- de verzuimduur van **hoger opgeleiden** is langer dan van lager opgeleiden (zie tabel 4); zo ook is de verzuimduur van hoger opgeleide beroepsgroepen langer dan van lager opgeleide beroepsgroepen (zie tabel 6)
- de verzuimduur van **Nederlanders** is langer dan van niet-Nederlanders (zie tabel 5); deze trend is terug te vinden bij vrijwel alle diagnosegroepen (zie tabel 16.1)
- als de verzuimduur van Nederlanders en niet-Nederlanders **bij gelijke zwaarte** van het werk wordt vergeleken, dan blijkt nog steeds dat de verzuimduur van Nederlanders langer is dan van niet-Nederlanders (zie tabel 16.2); een mogelijke verklaring voor dit verschijnsel is dat niet-Nederlanders (en lager opgeleide personen) vaker en korter verzuimen
- de verzuimduur van personen die licht werk doen is langer dan van werkenden met **zwaar werk** (zie tabel 7); hier is mogelijk eenzelfde verklaring van toepassing als bij nationaliteit en opleidingsniveau
- dat licht werk samengaat met relatief lange verzuimduren is alleen waar te nemen bij mannen en niet bij vrouwen (zie tabel 15); bij vrouwen gaat **zwaar werk** wel degelijk samen met lange verzuimduren, bij vrouwen is normaal werk een 'garantie' voor relatief korte verzuimduren
- er zijn zeer duidelijke verschillen in verzuimduur per **type diagnose** (zie tabel 8); kanker en hart- en vaatziekten gaan meestal samen met lange verzuimduren; daarentegen gaan lage rugaandoeningen, huidaandoeningen en psychische klachten verhoudingsgewijs samen met korte verzuimduren
- in volgorde van belang zijn de volgende **factoren van belang** voor de verklaring van de lengte van het verzuim (zie de resultaten van de variantie-analyse in tabel 9):
 1. nationaliteit;
 2. geslacht;
 3. type diagnose;
 4. leeftijd;
 5. beroepsgroep;
 6. zwaarte van het werk.

Tabel 1: Gemiddelde verzuimduur per geval bij mannen en vrouwen, ongeacht diagnose

Geslacht	Gemiddeld aantal dagen	s.d.	N
1 man	82,0	104,3	38705
2 vrouw	98,8	109,6	15442
Totaal	86,8	106,1	54147

Tabel 2: Gemiddelde verzuimduur per geval bij leeftijdsklassen, ongeacht diagnose

leeftijdsklasse	Gemiddeld aantal dagen	s.d.	N
1 15-20 jaar	54,8	79,7	3233
2 21-25 jaar	67,1	90,3	9138
3 26-30 jaar	76,4	96,4	9763
4 31-35 jaar	81,2	100,6	8279
5 36-40 jaar	90,8	107,6	6608
6 41-45 jaar	97,9	112,0	6158
7 46-50 jaar	109,5	119,4	5089
8 51-55 jaar	122,9	126,8	3637
9 56-60 jaar	120,7	123,4	2024
10 61-65 jaar	145,4	131,5	300
Totaal	86,7	106,1	54229

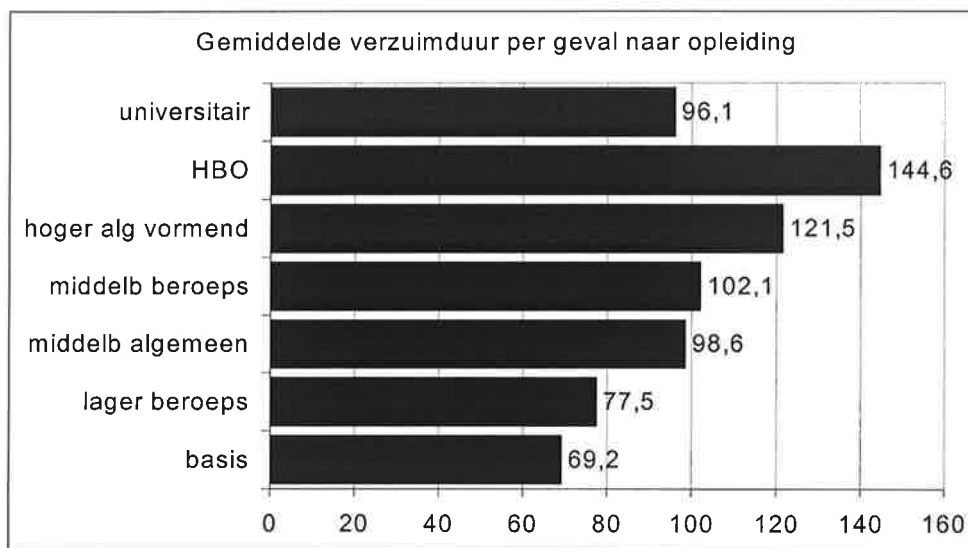


Tabel 3: Gemiddelde verzuimduur per geval bij burgerlijke staat, ongeacht diagnose

burgerlijke staat	Gemiddeld aantal dagen	s.d.	N
1 ongehuwd	69,0	93,0	21711
2 gehuwd	98,9	112,0	27876
3 wettig gescheiden	99,3	117,9	3694
4 weduwstaat	124,3	124,5	303
Totaal	86,9	106,3	53584

Tabel 4: Gemiddelde verzuimduur per geval bij opleidingsklassen, ongeacht diagnose

opleidingsniveau	Gemiddeld aantal da- gen	s.d.	N
1 t/m basisonderwijs	69,2	95,8	7775
2 lager beroepsonderwijs	77,5	101,2	23999
3 middelb & alg voortgez. ond	98,6	109,4	7633
4 middelb beroepsonderwijs	102,1	112,5	4288
5 hoger alg vormend onderw	121,5	117,1	1964
6 HBO	144,6	126,0	560
7 universitair	96,1	89,5	74
Totaal	84,6	104,9	46293



Tabel 5: Gemiddelde verzuimduur per geval naar nationaliteit, ongeacht diagnose

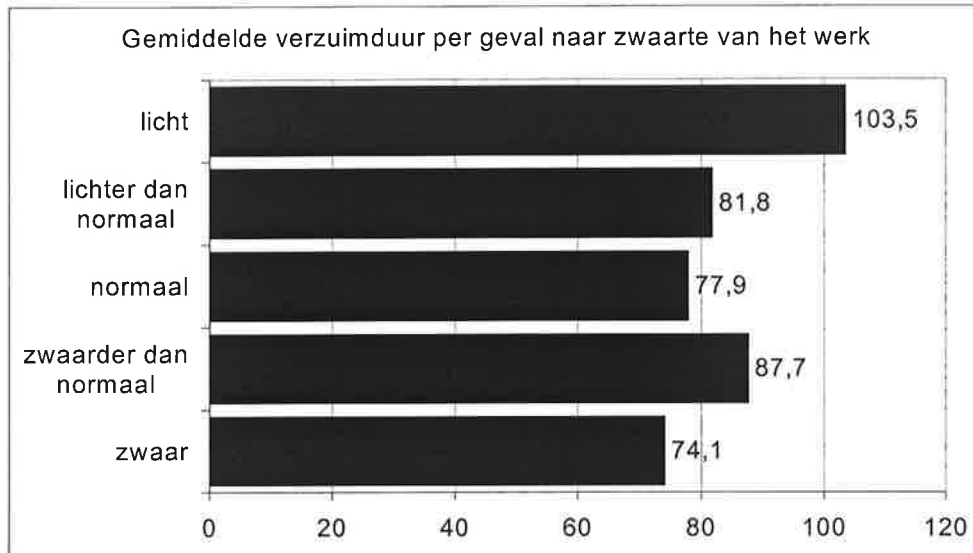
nationaliteit	Gemiddeld aantal dagen	s.d.	N
1 NL	92,6	110,4	40465
0 anders	69,4	90,1	13764
Total	86,7483	106,1	54229

Tabel 6: Gemiddelde verzuimduur per geval naar beroepsgroep, ongeacht diagnose

beroepsgroep	Gemiddeld aan- tal dagen	s.d.	N
1 geleerden, vakspecialisten, kunstenaars	125,3	118,1	494
2 hogere leidinggevenden	150,3	126,1	476
3 kantoorfuncties en lagere leidinggev.	108,0	113,2	7055
4 handeldsmensen	118,5	117,0	994
5 dienstverleners	96,5	109,7	3119
6 land-, tuin-, bosbouwers en vissers	57,1	77,0	834
7 ambachts-, industriewerkers en transportbe- roepen	76,6	100,7	32631
Totaal	84,7	105,0	45603

Tabel 7: Gemiddelde verzuimduur per geval bij zwaarte van het werk, ongeacht diagnose

zwaarte werk	Gemiddeld aantal dagen	s.d.	N
1 zwaar	74,1	96,1	237
2 zwaarder dan normaal	87,7	110,6	1084
3 normaal	77,9	101,4	25642
4 lichter dan normaal	81,8	102,5	8996
5 licht	103,5	112,6	10366
Totaal	84,6	104,9	46325



Tabel 8: Gemiddelde verzuimduur per geval en andere waarden per diagnose

laatste diagnose	Gemiddeld aantal dagen	Mediane waarde in dagen	S.d.	minimum duur in dagen	maximum duur in dagen	N
1 kanker	236,6	262	127,7	4	365	233
2 diabetes	110,1	59	117,9	3	365	151
3 psychisch	106,6	55	114,6	1	365	10075
4 hart en vaat	223,3	211	123,1	12	365	437
5 longen-ademhaling	101,1	41	126,2	1	365	456
6 huid	87,2	36	116,2	1	365	203
7 bloedsomloop	175,5	116	143,2	5	365	355
8 wervel-aandoeningen	146,8	70	142,1	2	365	216
9 discus-aandoeningen	190,4	153	128,7	8	365	979
10 lage rug	73,2	36	96,7	1	365	6485
11 overige	76,3	37	97,7	1	365	34639
Totaal	86,7	41	106,1	1	365	54229

Tabel 9: Resultaten van een Meervoudige Variantie-analyse met acht verklarende variabelen en Duur van het verzuim als afhankelijke variabele

Verklarende variabelen	df	F-waarde	Sig.
diagnose	10	11,1	,000
geslacht	1	21,8	,000
leeftijdsklasse	4	5,6	,000
opleidingsklasse	2	1,9	,150
nationaliteit	1	22,9	,000
gehuwd (wel/niet)	1	1,9	,172
beroepsgroep	6	5,3	,000
zwaarte van het werk	4	3,6	,006

Interacties tussen de verklarende variabelen:

diagnose * geslacht	10	2,8	,002
diagnose * leeftijdsklasse	40	3,7	,000
diagnose * opleidingsklasse	20	1,6	,049
diagnose * nationaliteit	10	1,8	,057
diagnose * gehuwd	10	2,0	,032
diagnose * beroepsgroep	56	1,5	,008
diagnose * zwaarte werk	38	1,9	,001

Aantal gevallen in de analyse: 44972

Tabel 10: Gemiddelde verzuimduur per geval bij 6 grote diagnosegroepen naar geslacht

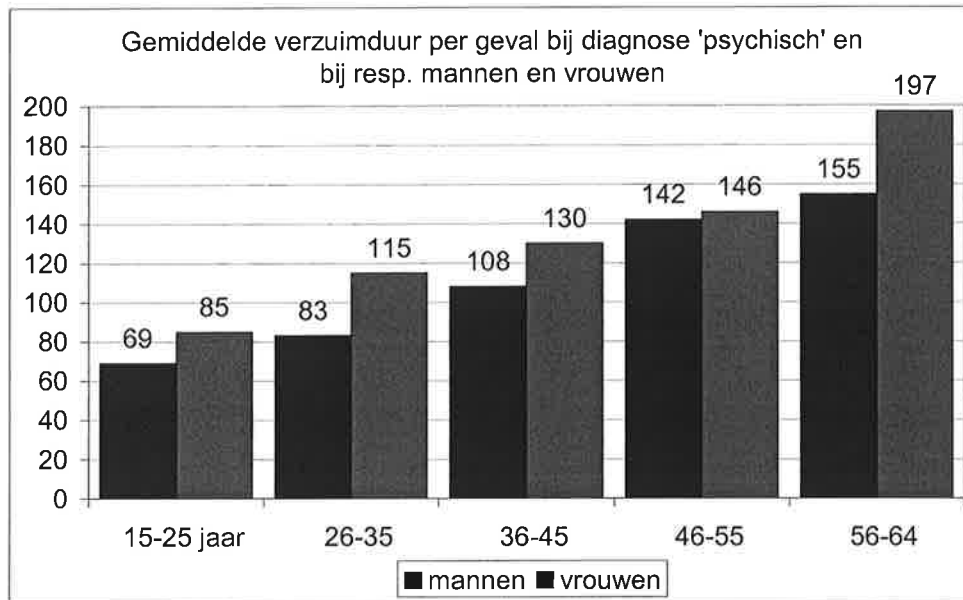
geslacht	psychische aandoe- ningen	hart en vaat- ziekten	longen en- adem-haling	bloeds- omloop	discus- aandoe- ningen	lage rug	aantal ge- vallen
man	103,1	225,0	99,2	164,2	186,2	70,3	13516
vrouw	113,2	205,2	108,8	220,7	207,1	85,7	5235
gemiddeld	106,7	224,0	101,4	175,5	190,5	73,2	18751
N	10056	435	454	355	978	6473	18751

Tabel 11: Gemiddelde verzuimduur per geval bij 6 grote diagnosegroepen naar leeftijdsgroep

leeftijd	psychische aandoe- ningen	hart en vaatziekten	longen en- adem-haling	bloeds- omloop	discus- aandoe- ningen	lage rug	aantal ge- vallen
15-25	78,0	283,8	75,3	144,4	186,8	52,9	3407
26-35	94,8	184,9	93,7	157,8	174,2	65,8	6189
36-45	114,4	217,1	110,0	169,7	197,9	82,5	4906
46-55	143,0	234,1	111,1	193,7	201,9	91,1	3398
56-64	160,2	213,0	110,1	170,8	171,4	100,5	887
gemiddeld	106,6	223,3	101,1	175,5	190,4	73,2	18787
N	10075	437	456	355	979	6485	18787

Tabel 12: Gemiddelde verzuimduur per geval bij de diagnose 'psychisch' naar leeftijd en geslacht

	duur mannen	duur vrouwen	duur totaal	n
15-25 jaar	68,7	85,4	78,1	1946
26-35	82,8	114,8	94,8	3561
36-45	107,9	130,2	114,6	2594
46-55	142,4	145,6	143,1	1599
56-64	155,4	197,0	160,2	356
Totaal	103,1	113,2	106,7	10056



Tabel 13: Gemiddelde verzuimduur per geval bij de diagnose 'lage rug' naar leeftijd en geslacht

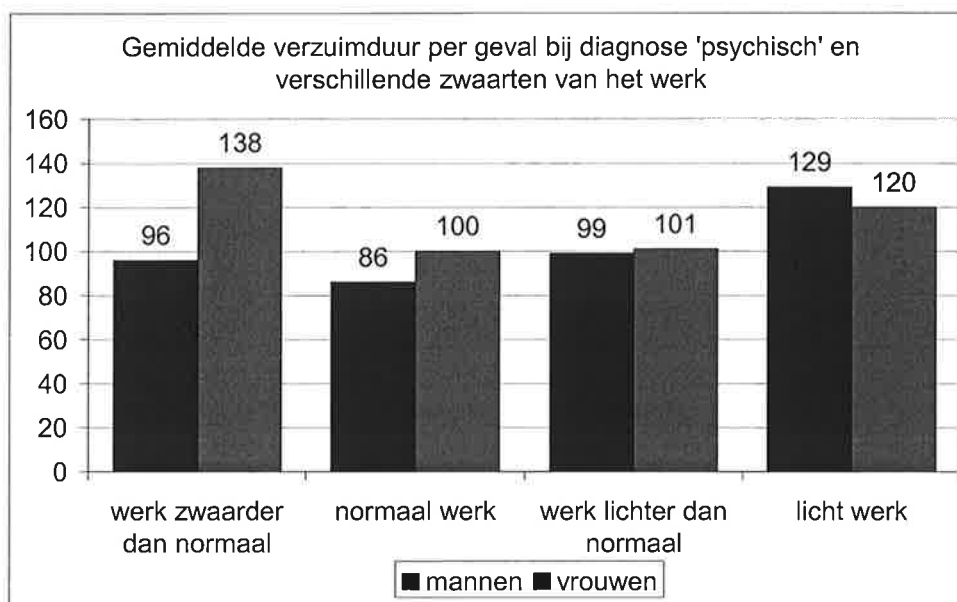
	duur mannen	duur vrouwen	duur totaal	n
15-25 jaar	43,3	75,2	52,9	1297
26-35	63,9	74,2	65,8	2163
36-45	79,2	100,0	82,6	1652
46-55	88,1	108,4	91,3	1099
56-64	98,7	122,1	100,5	262
gemiddeld	70,3	85,7	73,2	6473

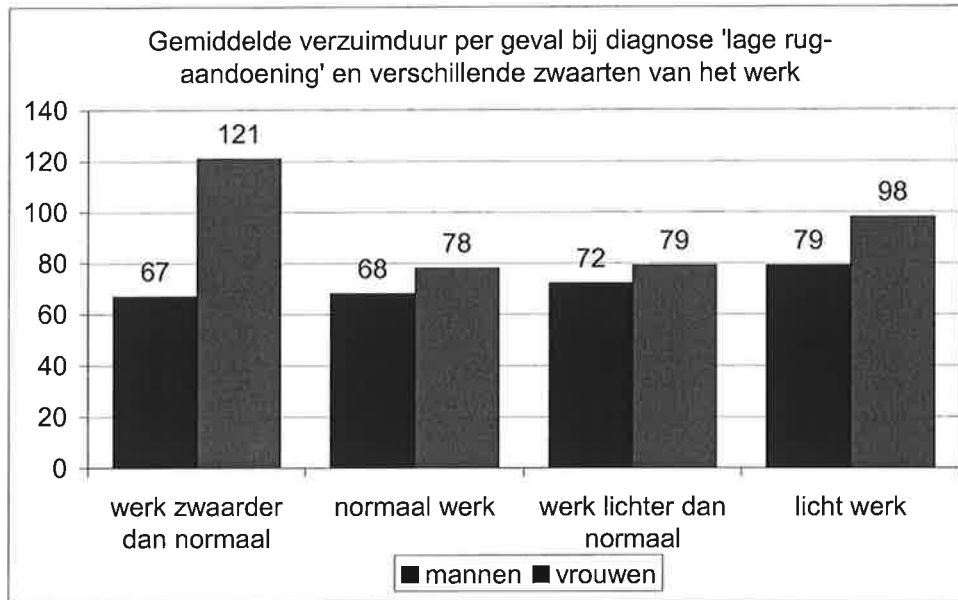
Tabel 14: Correlaties tussen de verklarende variabelen

	Geslacht	Leef- tijd	Dienst-tijd	Oplei- ding	Natio- naliteit	Gehuwd	Zwaarte werk
Geslacht	1,000						
Leeftijd	-,169	1,000					
Diensttijd	-,186	,496	1,000				
Opleiding	,143	,069	,060	1,000			
Nationaliteit	-,010	,083	,101	,081	1,000		
Gehuwd (niet-wel)	-,058	,405	,267	,046	-,034	1,000	
Zwaarte van het werk	,280	,029	,020	,527	,065	-,017	1,000

Tabel 15: De gemiddelde verzuimduur bij psychische en lage rug aandoeningen bij mannen en vrouwen en verschillende zwaarten van het werk

geslacht	zwaarte van het werk	Psychische aandoeningen		Lage rug aandoeningen	
		duur	N	duur	N
man	1 zwaar + zwaarder dan normaal	95,6	104	66,7	162
	2 normaal	86,4	2829	68,2	3145
	3 lichter dan normaal	98,8	1101	71,5	881
	4 licht	129,0	1455	78,5	449
	Totaal	100,4	5489	69,8	4637
vrouw	1 zwaar + zwaarder dan normaal	137,6	41	121,1	33
	2 normaal	99,6	853	77,7	486
	3 lichter dan normaal	100,5	492	78,6	231
	4 licht	120,3	1634	97,7	286
	Total	111,5	3020	84,8	1036





Tabel 16.1: Gemiddelde verzuimduur per geval bij 6 grote diagnosegroepen naar nationaliteit

geslacht	psychische aandoe- ningen	hart en vaatziekten	longen en- adem-haling	bloeds- omloop	discus- aandoe- ningen	lage rug	aantal ge- vallen
anders	87,5	211,1	104,0	148,0	178,8	59,8	4345
NL	111,6	225,7	100,2	181,7	193,1	78,3	14442
gemiddeld	106,6	223,3	101,1	175,5	190,4	73,2	18787
N	10075	437	456	355	979	6485	18787

Tabel 16.2: De gemiddelde verzuimduur bij psychische en lage rug aandoeningen bij Nederlanders en niet-Nederlanders en verschillende zwaarten van het werk

nationaliteit	zwaarte van het werk	psychische aandoeningen		lage rug aandoeningen	
		duur	N	duur	N
NL	1 zwaar + zwaarder dan normaal	108,8	119	73,1	136
	2 normaal	92,0	2870	74,4	2660
	3 lichter dan normaal	103,0	1273	75,4	809
	4 licht	130,4	2590	90,7	577
	Totaal	108,9	6852	76,8	4182
anders	1 zwaar + zwaarder dan normaal	101,7	26	82,0	61
	2 normaal	80,4	820	56,0	979
	3 lichter dan normaal	85,0	320	66,4	304
	4 licht	92,2	507	68,8	159
	Totaal	85,2	1673	60,5	1503

Bijlage II

Dummy's ten behoeve van haalbaarheidsonderzoek MDA

Astma

Synoniemen : Astmatische bronchitis, CARA, beroepsastma, inspanningsastma, allergisch astma

Synoniemen

De ziektebeelden astma, chronische bronchitis en emfyseem werden in Nederland in het verleden onder de gemeenschappelijke noemer Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA) gerangschikt. Internationaal is echter de tweedeling Astma en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) gebruikelijk omdat diagnostiek en behandeling voor beide aandoeningen verschillend zijn.

CAS-code

R669 CARA, R679 Astma, R612 Beroepsastma

Definitie

Astma wordt gekarakteriseerd door een inflammatoir proces dat door bronchospasme, zwelling van de mucosa en slijmproductie leidt tot luchtwegvernauwing die meestal geheel reversibel is. Er is sprake van astma bij patiënten met periodiek optreden van dyspnoe of piepen op de borst al dan niet met (productief) hoesten bij wie reversibiliteit op bronchusverwijders is aangetoond.

Op basis van onderzoek wordt de gezamenlijke prevalentie van COPD en astma in de algemene bevolking op 10-15% geschat. De prevalentie in de beroepsbevolking is waarschijnlijk lager, gezien de hoeveelheid COPD-patiënten boven de 65 jaar.

Bij astma is atopie de belangrijkste risicofactor. Andere risicofactoren zijn sensibilisatie door inhalatie-allergenen en frequente luchtweginfecties op jonge leeftijd. Beroepsastma kan worden veroorzaakt door producten met een te hoog moleculair gewicht (dierlijk, plantaardig, microbiëel) of producten met te laag moleculair gewicht (natuurlijke producten, metaalverbindingen, reactieve chemicaliën, farmaceutische producten). Exacerbaties kunnen uitgelokt worden door: stof,

allergische prikkels, virale infecties, lichamelijke inspanning, hyperventilatie en medicatie (NSAID's, bèta blokkers, ACE-remmers). Bij beroep of hobby kunnen dit zijn: chemische stoffen zoals irriterende gassen, dampen en rook, anorganisch stof en minerale vezels, scheikundige agentia en organisch stof. Er is sprake van astma met persisterende bronchusobstructie bij kenmerken van zowel astma (reversibiliteit op bronchusverwijders, atopie, astma in de jeugd) en COPD (blijvend verminderde longfunctie)

Illustratie

Diagnose

Anamnese

De anamnese bevat vragen naar de aard en ernst van de klachten zoals productieve (ochtend)hoest, piepende ademhaling en (nachtelijke) dyspnoe. Verergeren deze klachten bij aspecifieke prikkels (hyperreactiviteit op bijv. koude lucht, mist, rook)? Is er een relatie met lichamelijke inspanning? Is er verergering van de klachten bij allergische prikkels? Vraag ook naar rookgedrag, voorgeschiedenis (luchtweginfecties/bronchitis, constitutioneel eczeem, effect medicatie, long-/allergieonderzoek) en familieanamnese (atopische en luchtwegklachten). Tenslotte zijn vragen naar beroep of hobby van belang: contact met allergenen, aspecifieke prikkels of fijn stof (metaal, steen) op werk of bij hobby (vogels).

Er is een verdenking voor astma bij periodiek optredende dyspnoe, piepen op de borst en/of langdurige (productieve) hoesten, als patiënten klachtenvrije intervallen hebben en/of aanwijzingen in de anamnese voor een allergische oorzaak van de klachten en/of constitutioneel eczeem of astma in de voorgeschiedenis (NHG).

Lichamelijk onderzoek:

inspectie, ademhalingsfrequentie, het gebruik van hulpademhalingspijpen, inspiratiestand, voedings-toestand (bij ouderen) bij auscultatie kan er een (piepend) verlengd exspirium zijn (evt. tijdens geforceerde exspiratie). Normale bevindingen sluiten astma geenszins uit.

Aanvullend onderzoek:

Piekstroom (bij incidentele klachten in thuis-/werk-situatie) of 1-seconde-waarde (FEV1), reversibiliteitstest, (geforceerde) vitale capaciteit ((F)VC), PC20 (provocatie concentratie test met histamine waarbij de FEV1 met 20 % daalt). Bij diagnose astma: provocatietesten/allergisch onderzoek (Multi-RAST). Reversibiliteit niet aangetoond en blijvend vermoeden op astma : piekstroom variabiliteitstest (verhoogde variatie op ochtend- en avondwaarde: > = 15% op 2 of meer dagen).

Behandeling

Voorlichting en adviezen: niet roken, indicatie griepvaccinatie, elimineer allergenen (bij, huisstofmijtallergie: adviseer mijtallergeen-dichte hoezen voor matras, dekbed en kussen). In de werksituatie betekent dit laatste: proces veranderen, bron wegvangen, afzuigen, persoonlijke beschermingsmiddelen (Cartier 1998, Waldron 1976)

Medicamenteuze therapie: Kortwerkend bèta2-sympaticomimeticum (bij symptomen = < 1x/week); Inhalatie corticosteroiden bij symptomen > 1x/week (NHG)

Prognose

Astma begint meestal op jonge kinderleeftijd maar kan ook na het 50^{ste} levensjaar voor het eerst optreden. Het beloop is gunstig , al dan niet met onderhoudsmedicatie. De levensverwachting van patiënten met astma is in het algemeen nauwelijks verminderd. De longfunctie is (vrijwel) normaal bij optimale behandeling. De prognose wordt negatief beïnvloedt door een ernstige mate van bronchusobstructie, eerste symptomen in het eerste levensjaar, astma in de familie, en ernstige mate van bronchiale hyperreactiviteit (NHG). Patiënten met astma zijn vrijwel altijd volledig arbeidsgeschikt behoudens perioden met exacerbaties. Bij astma met persistente bronchusobstructie (astma en COPD) is dit in het algemeen afhankelijk van de ernst en adaptatie aan de ziekte (*kenniscentrum*).

Differentiaal Diagnose

Astma kan worden verward met COPD. Bij patiënten ouder dan 40 jr. met ernstige meer continue klachten is het van belang de diagnose astma met persistente obstructie of COPD te overwegen: verricht spirometrie: 1-seconde waarde (FEV1), (geforceerde) vitale capaciteit ((F)VC), flow-volume curve en reversibiliteitstest

Specialisten

Overweeg een consultatieve verwijzing bij twijfel aan de diagnose en/of als ondanks medicatie na 3 maanden de klachten persisteren of minderen van de medicatie niet mogelijk blijkt. De volgende specialisten zijn betrokken bij diagnostiek en behandeling :

Revalidatie/reïntegratie

Longarts, fysioloog, röntgenoloog, allergoloog, toxicoloog (*kenniscentrum*)

Er bestaan geen evidence based methoden om de werkhervatting te bespoedigen. Revalidatie programma's door 2^e en 3^e lijns arbo- en reguliere zorgvoorzieningen (bijv. Dekkerswald) kunnen nuttig zijn om de mentale en fysieke belastbaarheid te verhogen. Als belangrijke bevorderende factoren voor de werkhervatting worden genoemd: optimaliseren van de medicamenteuze behandeling, overleg met de behandelend arts, inventarisatie en eliminatie van uitlokkende factoren op de werkplek, voorlichting van de collega's/chef, aanpassing van het werk aan het ziekteverloop (bijv. flexibele werkuren, telewerken). Het verdient tevens aanbeveling om patiënten periodiek te volgen.

Beperkingen/ mogelijkheden/ aanpassingen t.a.v. werk

Bij aanpassing van het werk/werkplek en vermindering van de belasting dient men aan het volgende te denken. :

1. Inventarisatie en eliminatie van uitlokkende factoren op de werkplek
2. verbeteren van de ergonomie van de werkplek
3. aanpassen van (het aantal) taken en uren aan het ziekteverloop (bijv. parttime, flexibele werkuren, telewerken). Voorlichting van de collega's/chef kan bevorderend werken voor de acceptatie van de klachten.

Comorbiditeiten

Bijkomende hartziekten kunnen de verzuimduur verlengen. Gastro-intestinale reflux kan de een astma aanval uitlokken/verergeren. Roken vermindert de effectiviteit van de medicatie en verslechtert de algehele conditie. De volgende aandoeningen kunnen een exacerbatie van astma uitlokken: virale infecties (RSV, Rhino, influenza) en hyperventilatie.

Complicaties

In de leeftijdscategorie van 40 jaar en ouder komen patiënten voor met (kenmerken van) astma en COPD (*astma met persisterende bronchusobstructie*). Beide aandoeningen kunnen bij deze leeftijdscategorie ook gecombineerd voorkomen (bijv. door roken). Deze patiënten bereiken ondanks optimale behandeling niet een normale longfunctie en vertonen een overwegend chronisch en geleidelijk progressief beloop wanneer ze niet stoppen met roken. Een pneumothorax of pneumomediastinum (lucht of gas in de pleuraal holte of mediastinum) kan ontstaan tijdens ernstige astma –aanvallen, in het bijzonder als de patiënt beademt wordt. Tenslotte kan een status astmaticus ontstaan door ernstige/langdurige bronchospasme wanneer er geen reactie is op therapie. Dit kan leiden tot respiratoir falen en de dood.

Verzuimduur tabellen

Type werk	Verzuimduur in dagen		
	Minimum	Optimum	Maximum
Alle	0	3	7

(bron: MDA)

Geen Nederlandse gegevens beschikbaar.

Belemmeringen voor herstel

Als een astma-patiënt niet herstelt binnen de verwachte herstelduur, dan zijn de volgende vragen relevant voor de gevalsbehandeling van deze patiënt:

M.b.t. de diagnose:

1. Is er sprake van allergieën?
2. Zijn er bijkomende angstklachten
3. Hoe gaat de patiënt om met ziekte en beperkingen (coping problematiek)?
4. Is er voldoende sociale steun in de thuissituatie of op het werk?
5. Is er sprake van een causale relatie werk en astma?

6. Is er sprake van een inhalatiebelasting door en rond het werk?
7. Ontstaan /verergeren de klachten tijdens het werk, verminderen ze in het weekend, en treden ze op/verergeren ze bij het hervatten van het werk?

M.b.t. de behandeling:

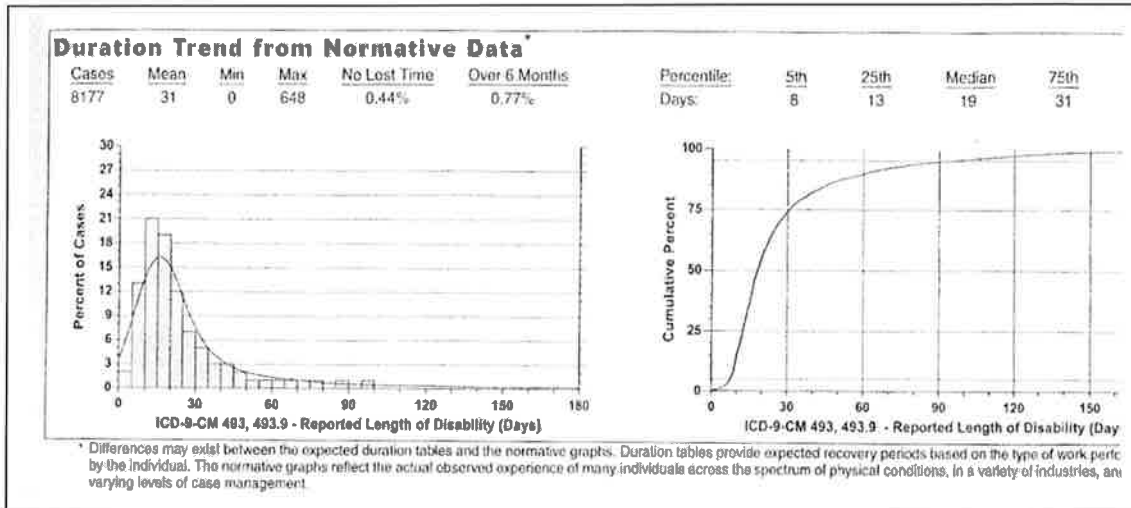
M.b.t. de prognose:

Verzuimduur beïnvloedende factoren

De arbeidsparticipatie bij astma-patiënten wijkt weinig af van het landelijk gemiddelde. Bij astma-patiënten (bij werkende en niet werkende) is echter het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen 3 maal zo hoog (Kremer). Er is geen longitudinaal onderzoek naar voorspellende factoren voor de verzuimduur. Wel zijn er vergelijkingen gemaakt tussen werkenden en niet werkenden met astma. Werken hadden minder vaak werkgerelateerde klachten, deden minder vaak negatieve ervaringen op met collega's /leidinggevenden en hadden vaker een werkplekaanpassing.

Astma patiënten die gestopt zijn met werken geven als voornaamste redenen: vermoeidheid, verergering van de ademhalingsproblemen en lichamelijk te zwaar werk (Kremer). Ook rokers stopten vaker met werken. Onderzoeksgegevens over gemiddelde verzuimduur bij astma zijn niet beschikbaar. Op basis van ervaringsgegevens kan maximaal 6 weken verzuim bij een exacerbatie van astma en/of COPD verwacht worden. Gemiddeld zijn er 1-4 exacerbaties per jaar (*kenniscentrum*)

Verzuimduur grafieken



Referenties

Ameille J, Pairon JC, Bayeux MC et al. Consequences of occupational asthma on employment and financial status: a follow-up study. *Eur Respir J* 1997;10:55-58.

Cartier A. Diagnosis and management of occupational asthma. *Can J All Clin Immunol.* 1998;3(2): 87-96.

Calverley PMA. COPD. Early detection and intervention. *Chest* 2000;117(5):365S-371S.

Geijer RMM, Thiadens HA, Smeele IJM et al. NHG- standaard COPD en Astma bij Volwassenen: Diagnostiek. *Huisarts Wet* 1997; 40(): 416-29.

Geijer RMM, Van Hensbergen W, Bottema BJAM et al. *NHG-Standaard Astma bij Volwassenen: Behandeling.* *Huisarts Wet* 1997; 40(9): 443-54.

Kenniscentrum "Opgelucht werken". Prof. Folgering Op persoonlijke titel/namens kenniscentrum.

Kremer AM, Wevers CWJ. Chronisch zieken en werk: Werken met astma. 1998; NIA-TNO projectnr. 366.0199.

Kremer AM, Wevers CWJ. Astma in relatie tot werk. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk* (8) 2000: 130-36.

Post W, Burdorf L, Heederik D. Vroegtijdige herkenning van chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen in de bedrijfsgezondheidszorg. 1992, Nederlands Astmafonds, Leusden.

Reed P.(Ed) *The Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration.* Fourth Edition, 2001, Singapore.

Ruwaard D, Kramers PGN. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning.* RIVM 1993.

Bernstein et al. *Asthma in the workplace* 1999.

Rijcken B et al. *Europees Luchtweg Onderzoek Nederland* 1996.

Harber et al. *Occupational and Environmental Respiratory Disease.* 1995 (Boek)

Waldron. *Lecture notes on Occupational Medicine* 1976.

Handboek Longziekten. Hoofdstuk 8: Longaandoeningen door beroep en/of Hobby 107 Algemeen. Sprundel M. van, Vermeire P. 1999.

108 Acute longafwijkingen door inhalatie van schadelijke gassen, dampen en stofdeeltjes. Nemery B. 109 Beroepsastma. Nemery B.

Gielen M, Burdorf L, Naaktgeboren B et al. Voorspellende factoren voor ziekteverzuim met chronische aspecifieke respiratoire klachten bij lassers en andere metaalbewerkers. *TSG* 1998;76:137-144.

Post WK, Heederik D, Kromhout H, Kromhout D. Occupational exposures estimated by a population specific job exposure matrix and 25-year incidence rate of chronic non-specific lung disease (CNSLD): the Zutphen Study. *Eur Respir J* 1994;7:1048-1055.

Depressie

Synoniemen :Depressieve Episode, Depressieve stoornis, Dysthyme stoornis, Depressieve stoornis Niet Anderszins Omschreven

DSM-IV-code

- 296.2x Depressieve stoornis
Dysthyme stoornis
- 311 Depressieve stoornis Niet Anders Omschreven

CAS-code

P652: Depressieve episode

Definitie

Bij een depressie is er sprake van een aanhoudende, continu (bijna dagelijks) aanwezige depressieve stemming, die vaak gepaard gaat met cognitieve stoornissen, afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten(1,2).

De prevalentie van een depressie in engere zin bij Nederlandse volwassenen was in 1996 5,8% per jaar(1,3). Bij de verdeling naar leeftijd valt op dat milde depressies vaker bij bejaarden voorkomen en ernstige depressies bij mensen tussen de 25 en 45 jaar. Bij vrouwen worden ongeveer twee keer zo vaak een depressie gediagnosticeerd als bij mannen(1,6).

In 1980 werden bijna 14.000 Nederlanders wegens een stemmingstoornis opgenomen. De gemiddelde opnameduur was 54 dagen(4).

Diagnose

Anamnese:

Vijf of meer van de hierna volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig, waarbij één van de twee eerste verplicht is voor de diagnose:

- een depressieve stemming
- een duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten
- verandering van eetlust of gewicht
- slapeloosheid of juist overmatig slapen
- agitatie of remming
- moeheid of verlies van energie
- gevoelend van waardeloosheid of schuld
- besluiteloosheid, concentratieproblemen of verminderd vermogen tot nadenken

- gedachten aan de dood of aan suïcide(1,2)

De symptomen veroorzaken een duidelijk lijden of beperkingen in het functioneren, sociaal of beroepsmatig of op andere belangrijke terreinen.

Een milde depressie is een depressie met drie of vier van de bovengenoemde symptomen. Een ernstige depressie is een depressie met vijf of meer van de bovengenoemde symptomen(8).

Lichamelijk onderzoek:

Alleen bij positieve aanwijzingen in de anamnese voor andere aandoeningen wordt gericht lichamelijk of aanvullend onderzoek geadviseerd(1).

Aanvullend onderzoek:

Hoewel veel onderzoek is verricht naar de biologische kenmerken van depressies zijn er nog geen valide en in de praktijk bruikbare diagnostische laboratoriumtests beschikbaar(6).

Alleen bij positieve aanwijzingen in de anamnese voor andere aandoeningen wordt gericht lichamelijk of aanvullend onderzoek gedaan. Screening op schildklierfunctiestoornissen wordt niet aanbevolen(1).

Behandeling

Psychotherapie

Cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn de enige vormen van psychotherapie bij depressieve klachten die voldoende wetenschappelijk zijn onderzocht. Cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn effectief bij de behandeling van minor depression en depressie i.e.z. (licht tot ernstig, zonder psychotische kenmerken).

Bij voorkeur echter zullen de meer klassieke psychotherapievormen (psychoanalytische psychotherapie, Rogeriaanse therapie, systeemtherapie en groepspsychotherapie) pas toegepast worden nadat cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie is geprobeerd, maar te weinig resultaat opleverde(6).

Medicijnen

Bij een milde depressie heeft antidepressieve medicamenteuze therapie weinig effect. Bij een ernstige depressie is de kans op succes van een antidepressivum veel groter. De verbetering van de stemming is meestal pas na twee tot vier weken merkbaar. In het begin kunnen bijwerkingen optreden(1).

De behandeling wordt ingesteld met amitriptyline of imipramine, tenzij er contra-indicaties zijn. Ook bij een verhoogd suïciderisico worden amitriptyline en imipramine niet geadviseerd in verband met de gevaren bij overdosering(1).

Een tweede generatie antidepressivum is geïndiceerd bij contra-indicaties, bij een verhoogd suïciderisico en bij ernstige bijwerkingen van amitriptyline of imipramine (3). Combinatie medicijnen en psychotherapie

Waar mogelijk dient het voorschrijven van psychofarmaca steeds gecombineerd te worden met (psychotherapeutische) gesprekken. Het omgekeerde kan niet worden gesteld. Er zijn geen doorslaggevende wetenschappelijke bewijzen dat gecombineerde therapie betere resultaten boekt bij depressieve stoornissen dan beide afzonderlijk(6,7). Psychotherapie kan de therapietrouw ten opzichte van het gebruik van medicijnen wel verbeteren(7).

Prognose

Eenderde van de ernstig depressieve patiënten is na een jaar volledig opgeknapt en de helft na drieënhalve jaar. Indien de patiënt en huisarts het probleem onderkennen en als psychisch benoemen is de prognose duidelijk gunstiger(4).

Onbehandeld of met placebo behandelde depressies worden in ongeveer 65% van de gevallen binnen een jaar gevolgd door een meer of minder ernstige opleving c.q. een nieuwe depressie. Bij recidiverende depressies neemt de kans op recidieven toe, terwijl de intervallen korter worden. 40 tot 50% van de patiënten met een depressie krijgen één of meerdere recidieven in hun leven.

Indien adequaat behandeld, herstelt het overgrote deel van de depressieve stoornissen in een periode van een jaar en ook onbehandeld gaan veel depressies na verloop van tijd min of meer vanzelf over(4). De Amerikaanse MDA gaat uit van de volgende ziekteduur (7):

Soort werk	Minimum	Optimum	Maximum
Elk soort werk	14 dagen	21 dagen	56 dagen

Het aandeel van het depressieve syndroom bij intrede in de WAO werd voor 1980 geschat op bijna 12% van de 86.976 'adviezen einde wachttijd'(4).

Differentiaal Diagnose

Een depressieve episode kan vaak anamnestic onderscheiden worden van de bipolaire stoornis, psychotische depressie, angststoornissen, en stress gerelateerde stoornissen zoals spanningsklachten, overspannenheid, en burn-out(1,2).

Het is bekend dan bepaalde ziekten, zoals M. Parkinson, hypothyreoïdie, M. Cushing, pernecieuze anemie en het gebruik van medicamenten (bijv. Beta-receptorblokkerende middelen en corticosteroiden) kunnen samengaan met een depressie(5).

Specialisten

Overweeg een consultatieve verwijzing bij twijfel aan de diagnose en/of als ondanks medicatie na maanden de klachten persisteren of minderen van de medicatie niet mogelijk blijkt. De volgende specialisten zijn betrokken bij diagnostiek en behandeling(7) :

Psychiater, zenuwarts, psycholoog, of psychotherapeut.

Revalidatie/Reïntegratie

De begeleider heeft tot doel de patiënt met specifieke (eerstelijns) interventies te ondersteunen in het hervinden van de controle die hij op relevante levensdomeinen heeft verloren. Bij werkgeelateerde problematiek bij een depressie vervult de bedrijfsarts de rol van begeleider uitsluitend in overleg met de huisarts en als het toestandsbeeld het toelaat.

In de rol van de procesbegeleider begeleidt de bedrijfsarts het proces van herstel en reïntegratie vanuit een omgevings-/systeemperspectief. De essentie is voor de patiënt en alle relevante aspecten van diens leefomgeving (de werkomgeving, de privé-omgeving en de zorgomgeving) voorkómen van langdurig functioneringsverlies en meer specifiek reïntegratie tot gemeenschappelijke doelstelling te maken en te houden. De bedrijfsarts vervult deze rol naar de patiënt in relatie tot diens werken naar de werkomgeving en de huisarts doorgaans naar de

privé-omgeving. Naar de zorgomgeving is het een gedeelde verantwoordelijkheid(2).

Het verdient aanbeveling om regelmatig contact te hebben met de patiënt(1).

Beperkingen/ mogelijkheden/ aanpassingen

t.a.v. werk

Werkaanpassingen kunnen bestaan uit het tijdelijk voorkomen van stressvolle situaties, het vermijden van taken waarbij een hoge mate van concentratie noodzakelijk is, en bij introductie van nieuwe of stressvolle situaties intensieve en persoonlijke begeleiding. Ook nacht- en ploegenarbeid is vaak (tijdelijk) ongeschikt(7).

Comorbiditeiten

Andere aandoeningen kunnen een negatieve invloed hebben op het herstel en de ziekteduur verlengen. Voorbeelden zijn ernstige lichamelijke ziekten als kanker, hartaandoeningen en CVA. Maar ook lichamelijke handicaps, zelfmoordneigingen, anorexia nervosa en bulaemia evenals middelen misbruik, incestverleden, paniekstoornissen en andere persoonlijkheids- of psychiatrische stoornissen kunnen daarbij een rol spelen.(7)

Complicaties

Middelen gebruik, in het bijzonder alcohol, komt regelmatig voor bij een depressie. Vaak is het onduidelijk welk probleem er als eerste was. Ongeveer 80-90% van de patiënten met een depressie hebben ook klachten van angststoornissen, obsessies, paniekaanvallen, fobieën, en overdreven zorgen rond de gezondheid(7).

Ongeveer eenderde van de patiënten heeft ook klachten van paniekstoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen of sociale fobieën. De angststoornissen vereisen meestal een speciale behandeling, maar reageren over het algemeen goed op antidepressieve medicatie.

Ongeveer tien procent van de patiënten met een depressie in engere zin blijken later een bipolaire stoornis te hebben.

In extreem zware gevallen van een depressie zijn er ook psychotische symptomen zoals het horen van stemmen (auditieve hallucinaties) of waandenkbeelden.

Ongeveer 15% van de patiënten met een ernstige depressie sterven door een suïcide. De suïcide komt paradoxaal genoeg juist vaak als een patiënt begint te reageren op de therapie(7).

Belemmeringen voor herstel

Indien bij een patiënt na enige tijd geen verbetering te bespeuren van kan het zinvol zijn de volgende aspecten na te gaan(7):

Ten aanzien van de diagnose:

Is er een grondige familieanamnese afgenomen? Komen in de familie gevallen van depressie of suïcide voor?

Is middelengebruik definitief uitgesloten?

Heeft de patiënt een voorgeschiedenis van psychologische problemen? Heeft de patiënt aandoeningen zoals neurologische aandoeningen (CVA, Parkinson, Epilepsie?), endocrine afwijkingen (diabetes mellitus, hypothyreoidie, of hyperparathyreoidie?)of andere aandoeningen (kanker, hart aandoeningen?).

Zij er endocrinologische onderzoeken gedaan?

Is de arts gespecialiseerd in deze diagnostiek en biochemische therapie?

Is de diagnose bevestigd?

Is er een kans dat er een onjuiste diagnose is gesteld?

Is het zinvol om een second opinion te laten verrichten?

Ten aanzien van de behandeling:

Is de behandelend arts goed getraind in biochemische therapie?

Zelf als het juiste medicijn is voorgeschreven, moet eventueel de dosering worden aangepast om een juist niveau van therapeutische werkzaamheid te bereiken.

Begint de patiënt een positief effect te merken van de huidige medicatie? De reactie kan verschillen en verschillende soorten van medicijnen kunnen eerst geprobeerd worden voordat de definitieve keuze gemaakt kan worden. Is verandering van medicatie wenselijk op dit moment?

Indien de patiënt bijwerkingen van het huidige medicijn heeft is hij/zij dan een voldoende goed contact met de behandelaar om dat te melden? Of zijn er familieleden die dat kunnen aankaarten bij de behandelaar?

Wordt psychotherapie toegepast als onderdeel van de begeleiding.

Herkent de patiënt zijn veranderingen in gedrag, gedachten en relaties die zorgen voor of de depressie onderhouden? Helpt de therapie het individu om gezondere en meer positieve gedachten en gewoonten te krijgen?

Zijn er andere medische zaken die de behandeling bemoeilijken of invloed hebben op het herstel?

Bij een zeer ernstige depressie. Die erg diep is en levensbedreigend, en die bovendien niet reageert op antidepressieve medicatie kan electroconvulsie-therapie (ECT) overwogen worden.

Overweegt de patiënt mogelijk een suïcide of heeft hij /zij daar eerder een poging toe gedaan?

Loopt de patiënt risico's vanwege ernstige gewichtsverlies of loopt de patiënt ernstige risico's op hartklachten bij ernstige agitatie?

Zou de patiënt gebaat zijn bij een ziekenhuis-opname totdat ze zorg voor zichzelf weer mogelijk is?

Ten aanzien van de prognose:

Ervan uitgaande dat de diagnose en behandeling goed zijn, kan de patiënt het medicatievoorschrift begrijpen en ook juist uitvoeren? Inclusief de dosering, de timing van de medicijnen en de dosering verhogen wanneer dat is afgesproken? Indien de patiënt niet zelf in staat is om de medicijnen op de juiste manier in te nemen is er dan iemand anders die daar zorg voor kan dragen? Indien dat niet het geval is zou de patiënt dan baat hebben bij een opname totdat hij/zij weer voor zichzelf kan zorgen?

Is de patiënt gewezen op de mogelijke bijwerkingen en is afgesproken hoe te handelen indien de bijwerkingen worden waargenomen?

Heeft de patiënt een goed contact met zijn/haar arts?

Weet de patiënt hoe vaak hij zijn arts moet zien en is vervoer mogelijk? Is de patiënt geneigd zich aan de afspraken te houden?

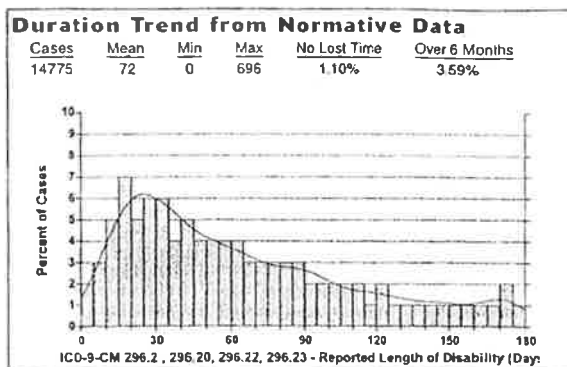
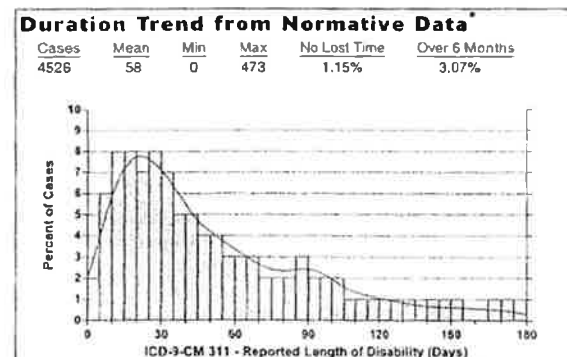
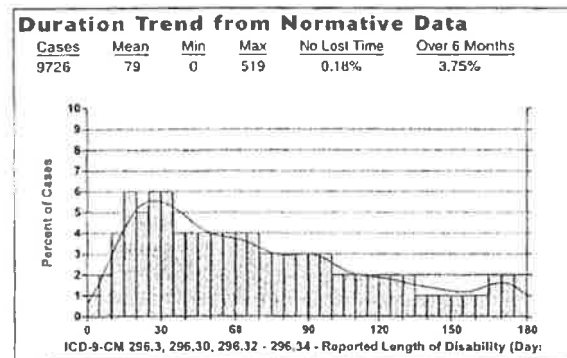
Heeft de arts de patiënt geïnformeerd over hoe die zijn reactie op de behandeling kan verbeteren en welke activiteiten de patiënt moet vermijden om de kans op herstel zo groot mogelijk te maken? Heeft de patiënt psychotherapie?

Welke andere steun is mogelijk voor de patiënt? Familie?, vrienden? Kerkgenootschap?, patiënt-engroep?(7)

Verzuimduur beïnvloedende factoren

De ziekteduur wordt onder andere beïnvloed door de ernst van de ziekte, de aanwezigheid van complicerende factoren zoals middelenmisbruik of zelfmoordpogingen, en het effect van de therapie(7).

Verzuimduur grafieken (7)



Referenties

Van Marwijk HWJ et al Nederlands Huisartsen Genootschap Standaard M44 Depressie. Huisarts en wetenschap 1994; 37 (11) pag. 482-90.

NVAB-richtlijn, Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten.

Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned. Tijdschr Geneesk. 1997; 141:2453-60.

Albersnagel F.A. et al. Depressie Bohn, Stafleu Van Loghum Houten eerste druk derde oplage 1993.

Van Marwijk H.W.J. et al., Depressies in de praktijk, Tijdschr. V. Huisartsgeneeskunde; 1994, 618-20.

Groot de P.A., Consensus depressie bij volwassenen. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1995;139: 1237-41.

Reed P.(Ed) The Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration. Fourth Edition, 2001, Singapore. Depression Major, pag. 665-9.

International Classification of Disease (ICD-10). Hoofdstuk V. Psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Concept versie 1.0 van de voorlopige standaard ICD-10 van de werkgroep Codering en Classificatie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1993.

Handeczeem

Synoniemen: Contacteczeem, contactdermatitis, orthoergisch eczeem, allergisch eczeem, foto-allergisch/foto-toxisch eczeem

CAS-code

D611 Contact eczeem, D610 Atopisch eczeem, D619 Overige vormen van eczeem, D629 Urticaria, D699 Overige huidaandoeningen.

Illustratie

Definitie

Eczeem kan gedefinieerd worden als een ontstekingsreactie van de huid als gevolg van inwerking van externe factoren. Men kan handeczeem indelen in allergisch, orthoergisch en fotoallergisch/-toxisch eczeem en contacturticaria. Bij handeczeem is er meestal sprake van een orthoergisch eczeem bij een atopische aanleg.

Orthoergisch contact eczeem is een aspecifiek ontstekingsproces dat ontstaat door een cumulerend effect van diverse frequente blootstellingen aan zwak-toxische stoffen (zepen/ detergenteren, smeeroïlen, oplosmiddelen, metaalbewerkings-vloeistoffen, groente- en vruchtensappen), mechanische belasting en/of andere agentia (lage luchtvochtigheid, inwerking van zweet). Er gaat vaak een lange inductieperiode aan vooraf, het genezingsproces duurt lang met neiging tot chronisch recidief. (Handboek A&B/BGZ)

Allergisch contact eczeem treedt op bij een gesensibiliseerde patiënt die in contact met een allergene stof komt. Sensibilisatie treedt vaak pas op na langdurig, herhaald, of intensief contact. De cellulair overgevoeligheidsreactie treedt na 12-24 uur op. (Handboek A&B)

Fotoallergisch/-toxisch eczeem speelt de inwerking van UV-licht in combinatie met contact met een fotoallergeen of een toxische stof een rol. Voorbeelden van fotoallergenen zijn: geneesmiddelen (fenothiazines, sulfonamides, kinine, antibacterieel), cosmetica (parfum) en anti-zonnebrand middelen (UV-filters). Belangrijke fototoxische stoffen zijn: teersoorten, planten (berenklauw) en sommige kleurstoffen.

Contacturticaria treden op door contact met industriële & dierlijke producten, voedingsmiddelen, cosmetica en planten (bijv. latexallergie).

De prevalentie van handeczeem is 3-7% in de algemene bevolking (incl. de milde vormen). Risicofactoren voor de ontwikkeling van handeczeem zijn: Atopische constitutie, huidbelastend werk en huishoudelijke werkzaamheden (schoonmaak-), verzorging van kleine kinderen en contactallergie. (Beroepsz. In de praktijk, Handboek A&B)

Diagnose

Anamnese:

Handeczeem gaat vrijwel altijd gepaard met (hevig) jeuk. Relevante vragen zijn: Wat is het allergeen/agens? Is de allergie relevant? Is er sprake van atopie? Is er sprake van een mengbeeld? Zijn er huidbelastende hobby's of nevenactiviteiten (huishoudelijk werk)? Zijn er complicaties door andere huidaandoeningen (bijv. psoriasis, mycosen)? Is er een reactie op de therapie? Is er compliance aan therapie? Is bemiddeling naar schoon en droog werk nodig? Worden beschermende handschoenen gedragen? (kunnen klachten ergeren). (Arbeid en belastbaarheid)

Lichamelijk onderzoek:

Het klinisch beeld varieert per individu. Acut handeczeem heeft vaak een polymorf aspect: met name vesikels vaak aan de zijkant van de vingers in combinatie met afwisselend erytheem, papels en erosies. Contactallergie speelt bij het acute stadium vaak een hoofdrol. Subacut/chronisch handeczeem heeft een meer monomorf karakter. Hierbij staan schilfering en kloven op de voorgrond en speelt allergie een nevenrol.

Aanvullende diagnostiek:

Orthoergische en allergische handeczeem zijn klinisch moeilijk te onderscheiden. Bij handeczeem zijn altijd plakproeven en priktests geïndiceerd om te differentiëren tussen allergisch en orthoergisch eczeem door het al of niet optreden van een immunreactie. Middels KOH-preparaat en kweek kan een schimmel uitgesloten worden.

Behandeling

Voorlichting en begeleiding:

Bij handeczeem dient contact met water, zeep, afwasmiddelen en andere detergentia/irriterende stoffen vermeden te worden. Bij natte werkzaamheden is gebruik van plastic handschoenen in katoenen handschoenen noodzakelijk.

Medicamenteuze behandeling:

Acute fase: Koude natte omslagen (fysiologisch zout/ aluminiumacetotartraat oplossing) en lokale corticosteroïden op crèmebasis met daaraan evt. toegevoegd lokale antibiotica/ antimicrobiële middelen. Bij manifeste infecties worden antibiotica oraal gegeven.

Chronische fase: Bij hardnekkige laesies steenkoolteer en bij hyperkeratotisch eczeem salicylzuur toevoegen.

Bij uitgebreid eczeem is kortdurend een prednisonkuur /evt. foto(chemo)therapie geïndiceerd. (Handboek: Dermatologie en Venerologie) Regelmatig aanbrengen van indifferente middelen (emollientia) voor het herstellen van de barrièrefunctie van de huid is even belangrijk als corticosteroïden-crèmes om het ontstekingsproces te remmen. (Handboek BGZ)

Differentiaal diagnose

Hyperkeratotisch ragadiform eczeem wordt vooral bij mannen waargenomen en kenmerkt zich door schilfering, hyperkeratose en kloven op palmaire zijde van hand/vingers zonder blaasjes. Etiologie is onbekend, er is geen relatie met atopie en nauwelijks met arbeidsomstandigheden. Vaak is de allergietest negatief.

Bij Dishydratisch eczeem ziet men vesikels van wisselde grootte aan de palmaire zijde handen (soms ook voeten) met nauwelijks erytheem in beginfase. Het beloop is recidiverend.

Mycose/mycotisch handeczeem kan sterk lijken op (subacuut) handeczeem: erymatheuze, schilferende laesies, vaak met rand activiteit en centrale genezing, soms erythemateus beeld met fissuren (S 173). Middels KOH-preparaat en kweek kan de diagnose worden gesteld. Vochtig werk en dragen van plastic/rubberen handschoenen zijn belangrijke factoren bij ontstaan.

Atopisch handeczeem is een chronische recidiverende eczematieuze huidaandoening door een aangeboren immunologische afwijking. Naast handen en polsen zijn de voorkeurslocalisaties gezicht, hals en plooiën van ledematen. Morfologisch is

atopisch eczeem vergelijkbaar met orthoergisch eczeem. Ook kan er sprake zijn van een mengvorm. Beloop is recidiverend: exacerbaties kunnen worden uitgelokt door irritantia, huidinfecties, transpiratie en allergenen. Vaak zijn er positieve reacties op intracutane allergietests (stuifmeel, schilfers, huisstofmijten en voedsel allergenen).

Psoriasis bestaat uit rood schilferende plekken op de knieën, ellebogen, stuit en behaarde hoofd. Ook de handen kunnen aangedaan zijn. Het beloop is meestal chronisch.

Revalidatie/reïntegratie

Bij allergisch contacteczeem dient bij werkherleving alleen het relevante allergeen vermeden te worden. Bij orthoergisch eczeem moet alle belasting huid met irritantia vermeden worden. Er is neiging tot chronisch recidiverend eczeem bij blootstelling aan specifieke prikkels. (Handboek A&B) Reïntegratie volgens stappenplan wordt aanbevolen. (S173 SZW): Is er sprake van nat werk ? Zo ja, wat is de duur, frequentie van belasting van de huid (handreinigers/ handschoenen)? Is er contact met chemicaliën? Zo ja, is er sprake van allergenen, irritantia, dampen van oplosmiddelen en/of traumata? Is er vervuiling door gereschap/werkkleding? Is er kans op (micro)traumata van de handen (splinters, vezels)? Afhankelijk van de aard en ernst van aandoening aan de handen worden de volgende maatregelen met een oplopende intensiteit van begeleiding geadviseerd: huidbeschermingsmaatregelen, technische of organisatorische aanpassing van de werkplek en werkadvis naar ander/aangepast werk.

Handschoenen dienen van PVC te zijn met katoenen binnenhandschoenen en mogen niet occlusief zijn bij atopisch eczeem. Bij orthoergisch eczeem is regelmatig met neutrale zalf/barrière crème insmeren belangrijk.

Erg belangrijk is dat een goede diagnose en therapie zo snel mogelijk (in)gesteld wordt. Consultatie van een arbeidsdermatoloog/ arbeidsdermatologisch centrum dient overwogen te worden.

Specialisten

(Arbeids)dermatoloog, allergoloog, arbeidshygiënist

Beperkingen/ mogelijkheden/ aanpassingen t.a.v. werk

Handeczeem is dikwijls in de actieve fase een ernstig invaliderende aandoening en belemmert de uitvoering van tastaken, fijnmechanische werkzaamheden en het omgaan met kwetsbare materialen zoals textiel of papier. Nat en vuil werk dienen in de acute fase vermeden te worden. Aanpassingen van eigen werk door een multidisciplinaire benadering (bedrijfsarts, huisarts, arbeidshygiënist) moeten het contact met allergenen/irritantia tot een minimum beperken. Instructie en motivatie bij werknemer, collega's en werkgever is hierbij van belang. Belastbaarheid is ernstig beperkt bij het werken met cosmetica, voedselbereiding, verzorgende beroepen. (arbeid en belastbaarheid). Desondanks moet men zeer terughoudend zijn met beroepsverandering, omdat dit de prognose niet verbetert. Omscholing heeft alleen zin als het contact op werk en thuis met het allergeen volledig verboden wordt (Gooskens en Nater, S173)

Comorbiditeiten

Andere huidziekten zoals atopisch eczeem, psoriasis, (secundaire) infecties kunnen predisponeren tot een contacteczeem. (MDA)

Complicaties

Secundaire infectie met schimmels, virussen, bacteriën zoals streptokokken of stafylokokken (MDA).

Verzuimduur beïnvloedende factoren

De volgende factoren kunnen de verzuimduur verlengen: te snelle werkhervatting, belasting door werkzaamheden elders, koude, lage vochtigheidsgraad, andere huidziekten (bijv. secundaire infecties) en onvoldoende compliance aan de therapie (S173).

Verzuimduur

Gemiddeld is er sprake van langdurig verzuim door handeczeem. Prognose voor werkhervatting is afhankelijk van goede therapie en eliminatie van de oorzaak. Bij het acute handeczeem is het verrichten van absoluut geen enkel handmatig werk belangrijk om te voorkomen dat het eczeem een chronisch beloop krijgt. Beroeps- en niet beroepsgebonden handeczeem wordt in 60% van de patiënten chronisch. De huid blijft na klinische genezing vaak wekenlang hyperreactief. In de praktijk zal vaak het werk worden hervat voordat volledige genezing is opgetreden. Goede individuele begeleiding is daarom be-

langrijk om een zodanig therapieresultaat te bereiken dat de werkzaamheden weer kunnen worden hervat. Ook kan na werkhervatting een recidiverend beloop optreden, waarbij weekeinde en vakanties te kort zijn voor volledig herstel. (S173, Beroepsz. in de praktijk)

Verzuimduur tabellen

4.3.1.1 Verzuimduur tabellen

Type werk	Verzuimduur in dagen		
	Minimum	Optimum	Maximum
Alle	0	3	7

(bron: MDA)

Verzuimduur grafieken

Niet beschikbaar

Belemmeringen voor herstel/terugkeer

T.a.v. de diagnose (S173):

- Bepaal de mate van arbeidsgebonden factoren.
- Is diagnose correct en volledig? Denk ook aan psoriasis of een mycose.
- Is er voldoende allergologisch onderzoek verricht? (Denk aan polyvalente allergenen, groeps-/kruisallergie, fotoallergisch/-toxisch eczeem, contacturticaria)
- Wat is de invloed van handmatige bezigheden in de privé-situatie?
- Is er een risico-inventarisatie van de werkplek verricht?

T.a.v. de therapie (S173):

- Is er een adequate therapie/ goede regelmatige medische individuele begeleiding?
- Is er voldoende voorlichting en instructie?
- Is de patiënt compliant aan de therapie?
- Is het contact met vloeistoffen, zepen, reinigingsmiddelen en occlusieve handschoenen tot een minimum beperkt?
- Bespreek de invloed van handmatige bezigheden in de privé-situatie
- Is er contact opgenomen met de behandelaar (huisarts/dermatoloog)?
- Is er sprake van bekende allergenen zoals allergene amines in epoxyhars, GMT in perma-

nentvloeistof, kleine glasvezels door grote, natuurlijke grondstoffen door synthetische, rubber door pvc.

T.a.v. prognose (Handboek A&B)

- Is er sprake van een persisterend hand eczeem?
- Begrijpt de patiënt de aard van de aandoening?
- Zijn er complicaties door andere huidaandoeningen zoals psoriasis of mycose?
- Is bemiddeling naar 'schoon en droog' werk mogelijk?
- Is er sprake van verergering van het handeczeem door het dragen van handschoenen?

Referenties

Bruynzeel DP en Coenraads PJ. Contacteczeem. In: Beroepsziekten in de praktijk. Van der Laan G., Pal TM, Bruynzeel DP (Red.). Elsevier, Maarssen, 2002.

Coenraads PJ en Bruynzeel DP. Beroepsdermatosen. In: Handboek Bedrijfsgezondheidszorg. Buijs PC, Docter HJ, van Eek WH, Pal TM, van Til MJ. Maarssen, 1997, C3-5/1-21.

Coenraads PJ en Bruynzeel D.P. Huidaandoeningen. In: Handboek Bedrijfsgezondheidszorg. Buijs PC, Docter HJ, van Eek WH, Pal TM, van Til MJ. Maarssen, 1997, C7-3/1-9.

Coenraads PJ en Bruynzeel DP. Beroepshuid-aandoeningen S173. SZW Directoraat-Generaal van de Arbeid, Arbeidsinspectie, 1994.

Coenraads PJ en Bruynzeel DP. Huidaandoeningen. In: Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Willem JHBM, Croon NHTh, Korten JW (red.). Bohn Stafleu Loghum, Houten, 1996.

Coenraads PJ en Nater JP. Wat heet Eczeem. Herkennen en Voorkomen van huidaandoeningen aan de handen. Inmerc BV, Wormer, 1987.

De Groot AC en Nater JP. Eczeem. In: Dermatologie en Venerologie. Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R. (Red.) Elsevier, Maarssen, 2000.

Gooskens VHJ en Nater JP. Diagnose: beroepscontacteczeem; advies: beroepsverandering? Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1977, 55, p. 882.

Reed P (Ed). The Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration. Fourth Edition, Singapore, 2001.

Lagerugpijn

Synoniemen: Aspecifieke lage rugpijn, lumbago, ischialgie, discopathie

Definitie

Aspecifieke lagerugpijn wordt gedefinieerd als pijn gelokaliseerd tussen scapulae-punten en bilplooien zonder aanwijsbare oorzaak, zoals trauma, tumor, ontsteking of een radiculair syndroom (specifieke rugpijn). Aspecifieke rugpijn gaat soms gepaard met pijn in een of beide (boven)benen. Aspecifieke lage rugpijn wordt vaak afhankelijk van de klachtduur ingedeeld in acute (< 6 weken), subacute (6-12 weken) en chronische rugpijn (> 12 weken). (NHG)

Lagerugpijn komt bijzonder vaak voor in westerse geïndustrialiseerde landen. Ongeveer 70 tot 90% van de volwassen bevolking heeft naar schatting ooit last van lage rugpijn en 5% tot 10% van de mensen met lage rugpijn heeft langdurig last (*kenniscentrum AKB*). De 12-maanden prevalentie van rugpijn in de beroepsbevolking (betaald werk) in Nederland is 44.5% (*Picavet HSJ et al*). Bij lage rugpijn is in 90-95% van de gevallen geen medische oorzaak aanwijsbaar.

Letsel van structuren van/rond de wervelkolom als oorzaak voor rugpijn is wetenschappelijk niet aangetoond. De belangrijkste fysieke risicofactoren voor lage rugklachten in het beroep zijn:

1. handmatig lasten verplaatsen (vooral tillen);
2. veelvuldig buigen en draaien met de romp;
3. zware fysieke belasting;
4. blootstelling aan lichaamstrillingen.

Het verband tussen psychosociale risicofactoren en lage rugklachten is minder duidelijk; resultaten van verschillende onderzoeken over dit onderwerp spreken elkaar tegen. Vooral een gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden in het werk lijkt samen te hangen met het optreden van rugklachten. (*kenniscentrum AKB*)

CAS-code

L101, L102, L103, L104, L105, L622

Illustratie

nvt

Diagnose

Anamnese Aspecifieke rugpijn wordt gekenmerkt door lage rugpijn die op de voorgrond staat. De klachten kunnen geprovoceerd worden door bepaalde houdingen, bewegingen en externe belasting en kunnen in episoden verlopen. Uitstraling in het been kan optreden, echter zelden voorbij de knie. Er kan sprake zijn van ochtendstijfheid. Als er geen sprake van algemene ziekteverschijnselen zoals koort en gewichtsverlies dan is de diagnose waarschijnlijk aspecifieke rugklachten. De volgende vragen zijn relevant: Wat is de lokalisatie, aard, ontstaanswijze, duur en beloop van de huidige klachten? Is er sprake van uitstraling, al of niet bij drukverhoging? (hoesten, niezen, persen). Wat zijn de ervaren beperkingen? Zijn er vorige episodes geweest? Indien er sprake is van uitstraling in één been (meestal voorbij de knie) Bij een verdenking op een lumbosacraal radiculair (LSR) syndroom en vraagt u naar er motorische/ sensibele uitval, spierzwakte, gevoels- en/of mictiestoornissen. Om specifieke oorzaken van rugklachten uit te sluiten vraagt u naar algemene malaise, gewichtsverlies en koorts. Vraag tenslotte naar bijkomende belemmeringen voor werkhervatting zoals organisatorische problemen, niet adequate behandeling, inadequaat ziektegedrag en psychosociale problemen. (*NVAB-richtlijn*)

Lichamelijk onderzoek Lichamelijk onderzoek is geïndiceerd bij een klachtduur van > 3 weken of recidiverende klachten en/ of uitstralende pijn en/of aanwijzingen voor maligniteit. Onderzoek betreft de (latero)flexie, extensie en rotatie van de rug en het effect hiervan op de pijn. Bij uitstralende pijn onderzoekt u de (omgekeerde) Lasègue, reflexen (APR, KPR), motoriek en de sensibiliteit. (*NVAB-richtlijn*)

Aanvullende diagnostiek Om heuppathologie uit te sluiten kunt u evt. een heuponderzoek doen. Röntgendiagnostiek alleen bij indicatie voor een specifieke oorzaak. Bij een LSR-syndroom en operatie-indicatie kan een MRI, CT- of myelogram worden gemaakt. (*NVAB-richtlijn*)

Samenvatting van de aanbevelingen voor diagnostiek

- Diagnostische driedeling (niet-specifiek, radiculair syndroom, specifieke pathologie)
- Anamnese en lichamelijk onderzoek om 'red flags' uit te sluiten
- Neurologische screening (met name de beenheftest)
- Overweeg psychosociale factoren indien geen verbetering (belemmeringen voor de werkhervatting)
- Röntgenfoto's niet zinvol bij niet-specifieke lage rugpijn (*kenniscentrum AKB*)

Behandeling

Onderstaand overzicht vat het wetenschappelijk bewijs van effectiviteit van orale medicatie, locale injecties, en niet-medicamenteuze behandelingen bij lage rugpijn samen. (*kenniscentrum AKB*)

Acute / subacute lage rugpijn

- stel patiënten gerust (gunstige prognose)
- adviseer actief te blijven
- schrijf indien nodig medicatie voor (bij voorkeur tijd-contingent): 1) paracetamol, 2) NSAIDs, 3) overweeg spierverslappers
- ontmoedig bed rust
- overweeg manipulatie van de wervelkolom voor pijnreductie
- adviseer geen rugspecifieke oefeningen

Chronische lage rugpijn

- verwijs voor oefentherapie

In de behandeling van acute lage rugpijn lijkt het advies actief te blijven het meest zinvol. Pijnmedicatie kan, indien nodig, voorgeschreven worden. Ondanks dat spierverslappers effectief zijn gebleken, raadt de NHG-standaard de toepassing hiervan af vanwege de bijwerkingen. In de behandeling van chronische lage rugpijn is oefentherapie (al of niet met een gedragsmatige aanpak) het meest zinvol. Indien oefentherapie geen succes heeft, kan een multidisciplinaire aanpak (in bijvoorbeeld revalidatiecentrum of pijncentrum) gebruikt worden.

Oefentherapie

Er is matig bewijs dat specifieke oefeningen voor rugklachten (bijv. flexie-, extensie-, aerobe of spierversterkende oefeningen) niet zinvol zijn in de behandeling van acute lage rugpijn. Er is sterk bewijs dat oefentherapie effectiever is dan behandeling

door de huisarts bij chronische lage rugpijn en even effectief is als standaard fysiotherapie. Bijwerkingen werden niet in de studies gerapporteerd. (*AKB kenniscentrum*)

Rugscholen

Het bewijs voor de effectiviteit van rugscholen voor acute lage rugpijn is tegenstrijdig. Er is matig bewijs dat rugscholen in de bedrijfssetting effectiever zijn dan geen behandeling voor chronische lage rugpijn, maar er is tegenstrijdig bewijs voor de effectiviteit van rugscholen in andere dan bedrijfssettings. (*AKB kenniscentrum*)

Gedragstherapie

Er is beperkt bewijs dat gedragstherapie effectief is voor acute lage rugpijn. Er is matig bewijs dat gedragstherapie van chronische lage rugpijn effectiever is dan geen behandeling, maar het is nog onduidelijk of het ook effectiever is (en voor welke patiënten) dan andere behandelingen. Bijwerkingen zijn niet gerapporteerd (*AKB kenniscentrum*)

Multidisciplinaire behandelprogramma's

Er is sterk bewijs dat multidisciplinaire behandelprogramma's zinvol zijn voor langdurige chronische lage rugpijn. Het risico van bijwerkingen wordt laag geacht. (*AKB kenniscentrum*)

Prognose

Het natuurlijk beloop van lage rugpijn is gunstig en in de meeste gevallen gaat de rugpijn binnen enkele weken spontaan over. In de algemene bevolking herstelt 50% binnen een week en 95% in 3 maanden (NHG). Lage rugpijn is vaak recidiverend (50-80% binnen één jaar, NHG) en is verreweg de sterkste voorspeller van het krijgen van rugpijn blijkt een eerdere episode te zijn. Voor het voorkomen van lage rugklachten lijken alleen oefenprogramma's een preventief effect te hebben, zij het dat de effecten meestal klein zijn en het bewijs hiervoor matig is. (*kenniscentrum AKB*)

Differentiaal Diagnose

De differentiaal diagnose van lage rugklachten is zeer uitgebreid. De volgende aandoeningen kunnen lage rugklachten veroorzaken: (benigne/maligne) tumoren, infecties (bijv. osteomyelitis), ontstekingen (bijv. M. Bechterew, reumatoïde artritis, fibromyalgie), vaatafwijkingen (aneurysma aortae), aandoeningen van organen in buik- of bekkenholte (bijv.

nier, pancreas) en metabole aandoeningen (bijv. osteoporose). (MDA)

Specialisten

Bij twijfel over de diagnose aspecifieke lage rugpijn, wordt, in overleg met de huisarts, verwijzing naar orthopeed, neuroloog of reumatoloog overwogen. (NHG-standaard)

Orthopeed, neuroloog, reumatoloog

Revalidatie/reïntegratie

Het hoofddoel van de begeleiding is preventie van disfunctioneren middels een tijdscontingente aanpak. De (bedrijfs)arts benadrukt dat de prognose voor hervatting gunstig is en dat volhouden van normale activiteiten belangrijk is en geen schade veroorzaakt. Gerichte actie wordt aanbevolen bij belemmeringen zoals: ervaren beperkingen en organisatorische belemmeringen in het werk, inadequaat behandeling, inadequaat ziektegedrag en psychosociale problemen. Zo nodig formuleert de bedrijfsarts samen met de patiënt een tijdscontingent programma met toenemende belasting op het werk en/of thuis. Zonder verdere problemen adviseert de bedrijfsarts het werk uiterlijk binnen 2 weken te hervatten. Indien geen vooruitgang wordt geboekt, overweeg dan verwijzing naar een oefenprogramma met opklimmende belasting of na 12 weken verzuim een verwijzing naar een revalidatiecentrum. (NVAB-richtlijn) Benadruk dat voor werkhervatting niet nodig is om pijnvrij te zijn. En dat hoe langer de werknemer niet aan het werk is, des te lager de kans is dat hij/zij ooit weer het werk hervat. Geef de patiënt voor dit doel een patiëntenfolder (Occ. Health Guideline).

Beperkingen/mogelijkheden/aanpassingen t.a.v. werk

Adviseer tot vermindering van de belasting door tijdelijke aanpassing in uren of taken bij ervaren beperkingen in het werk of organisatorische belemmeringen. Indien de arts niet in staat is tot een adequate beoordeling van de werksituatie adviseer een werkplekonderzoek door een specialist, liefst samen met de werknemer. (NVAB-richtlijn)

Er zijn geen medische of gezondheidskundige argumenten die een acceptabel tilgewicht voor mensen met rugklachten kunnen onderbouwen.

Er is waarschijnlijk sprake van een verhoogd risico voor lage rugpijn in het beroep als de waarden van de volgende belastingen overschreden worden (*kenniscentrum AKB*):

- tillen van minimaal 1 patiënt per dienst regelmatig tillen van gewichten > 10 kg;
- dagelijks tillen van 25 kg > 15 keer;
- tilwerkzaamheden boven de NIOSH Lifting Index van 1;
- frequent buigen en draaien met de romp > 60° voorovergebogen in > 5% van de werktijd;
- lichaamstrillingen met een intensiteit > 0,5 m/s² over een periode > 8 uur.

Volgens de NIOSH-methode mag maximaal 23 kg worden getild bij optimale condities door gezonde werknemers om schade aan de gezondheid te voorkomen. (NVAB-richtlijn)

Comorbiditeiten

De volgende aandoeningen kunnen de (duur van de) rugklachten beïnvloeden: Obesitas, meer dan 1,5 cm beenlengte verschil, zwangerschap, aangeboren afwijkingen of groeistoornissen (bijv. scoliose, spondylolisthesis). (MDA)

Complicaties

Bij aspecifieke lage rugpijn zijn geen medisch objectieerbare complicaties te verwachten. Lage rugklachten die veroorzaakt worden door discusaandoeningen kunnen wortelcompressie veroorzaken. Vijf procent van de acute episodes van lage rugklachten wordt chronisch met verschillende mate van beperkingen. (MDA)

Verzuimduur/herstel beïnvloedende factoren

Uit onderzoek blijkt dat ontevredenheid over het werk een voorspeller voor langdurig verzuim is. De volgende factoren hebben een prognostische betekenis voor de duur van de rugklachten: lange duur en/of groot aantal pijnepisoden, uitstraling in het been, een hoge pijnintensiteit, het hebben doorgemaakt van een rugoperatie, ernstige beperkingen, langdurige fysiotherapie, ontevredenheid over het werk en lichamelijk zwaar werk (NVAB-richtlijn)

Verzuimduur

Bij afwezigheid van verdere problemen/ belemmeringen geeft de bedrijfsarts het advies om uiterlijk binnen 2 weken het werk te hervatten en in overleg met de patiënt zoveel eerder (NVAB-richtlijn).

Verzuimduur tabellen

Zie figuur 1

Verzuimduur grafieken

Zie tabel 1

Belemmeringen voor herstel

T.a.v. de diagnose (NVAB-richtlijn)

- Is de diagnose juist? Is een consultatieve verwijzing naar neuroloog, orthooped of reumatoloog nodig?
- Zijn er ervaren beperkingen in het werk of organisatorische belemmeringen
- Is er sprake van een niet adequate curatieve behandeling (de behandeling is onjuist en/of belemmert de terugkeer naar werk)
- Is er sprake van inadequaat ziektegedrag (bijv. door angst voor bewegen)?
- Is er sprake van psychosociale problemen? (depressiviteit, problematische levensgebeurtenissen, conflicten en andere werkproblemen)
- Is er een werkplekonderzoek nodig?

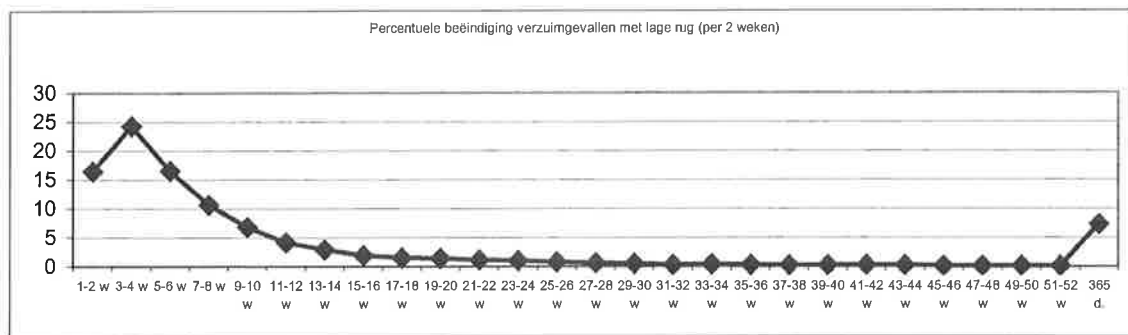
T.a.v. de behandeling (NVAB-richtlijn)

- Is er contact geweest met de behandelaar?
- Is verwijzing nodig naar een fysiotherapeut met ervaring in een programma met opklimmende belasting (graded activity) of naar een revalidatiecentrum?
- Is verwijzing voor behandeling van bijkomende psychosociale problematiek nodig?
- Is er een regelmatige begeleiding?
- Kan het werk (tijdelijk) aangepast worden?
- Is de werkgever bereid het werk (tijdelijk) aan te passen?
- Is de voorlichting en instructie 'hoe om te gaan met de rugklachten' aan de patiënt helder? Houdt de patiënt zich hieraan?

T.a.v. de prognose

- Is er sprake van recidiverende rugklachten met verzuim?
- Is er sprake van een radiculair syndroom?

Figuur 1



Bron: GAK-bestand 1993 (vertrouwelijk)

Tabel 1: De gemiddelde verzuimduur bij psychische en lage rug aandoeningen bij mannen en vrouwen en verschillende zwaarten van het werk

geslacht	zwaarte van het werk	Lage rug aandoeningen	
		duur	N
man	1 zwaar + zwaarder dan normaal	66,7	162
	2 normaal	68,2	3145
	3 lichter dan normaal	71,5	881
	4 licht	78,5	449
	Totaal	69,8	4637
vrouw	1 zwaar + zwaarder dan normaal	121,1	33
	2 normaal	77,7	486
	3 lichter dan normaal	78,6	231
	4 licht	97,7	286
	Total	84,8	1036

Bron: GAK-bestand 1993 (vertrouwelijk)

Referenties

Aulman P, Bakker Rens, RM, Dielemans SF, Mulder A, Verbeek JHAM. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten. NVAB, Eindhoven, 1999.

Burdorf A, Miedema HM, Verhoeven AC. Risicofactoren voor lage rugklachten in het beroep. Kenniscentrum AKB, 2002.

Faas A, Chavannes AW, Koes BW et al. NHG-standaard Lage rugpijn. Huisarts Wet 1996; 39(1): 18-31.

BW Koes, MW van Tulder. Een overzicht van (inter)nationale richtlijnen voor het beleid bij lage rugpijn. Kenniscentrum AKB, Rotterdam, Juni 2001.

Kuiper IJ. Effectiviteit van persoonsgerichte preventieve interventies voor lage rugklachten. Kenniscentrum AKB, 2002.

Picavet HSJ, Gils van HWV, Schouten JSAG. Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking: Prevalenties, consequenties en risicogroepen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2000.

Reed P (Ed). The Medical Disability Advisor. Workplace Guidelines for Disability Duration. Fourth Edition, Singapore, 2001.

Van Tulder MW, en Koes BW. De effectiviteit van orale medicatie bij lage rugpijn. Kenniscentrum AKB, Rotterdam, Juni 2001.

Van Tulder MW, en Koes BW. De effectiviteit van niet-medicamenteuze behandelingen van lage rugpijn. Kenniscentrum AKB, Rotterdam, Juni 2001.

Van Tulder MW, en Koes BW. De effectiviteit van niet-operatieve behandelingen voor lage rugpijn. Kenniscentrum AKB, Rotterdam, Juni 2001.

Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work-evidence review. Faculty of Occupational Medicine, London 2000.

Bijlage III

Lijst van Geïnterviewde personen

De volgende potentiële gebruikers zijn geïnterviewd tussen 12 maart en 3 april 2002:

H.J. Burggraaf, medisch adviseur/bedrijfsarts, NS;
Mw. H.W. Csánky, medisch adviseur, Argonaut;
E. Groenewegen, geneeskundig adviseur, Nationale Nederlanden;
M. Hendriks, geneeskundig adviseur, OHRA;
F.J. van Maanen, bedrijfsarts/projectmanager, KLM arbo services;
G. Stoffelen, geneeskundig adviseur, Interpolis;
F. Veen, bedrijfsarts/vestigingsdirecteur, Arbo Unie en
J.H. Wijers, verzekeringsarts/bedrijfsarts, WOSM.

Bij de sessie met vertegenwoordigers van de vier kenniscentra op 25 maart 2002 waren de volgende personen aanwezig:

Prof. dr. H. Folgering, klinisch fysioloog/coördinator, KC Arbeid en Longaandoeningen;
A.P.J. Höppener, psychiater, KC Arbeid en psyche;
Prof. dr. D.P. Bruynzeel, KC Arbeids Dermatosen en drs. H. Miedema, KC Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat.