TNO-rapport
2580001a

Standaarden en richtlijnen bij begeleiding en reïntegratie
Catalogus ten behoeve van arbodiensten

TNO Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

Telefoon 023 554 93 93
Fax 023 554 93 94

Datum
17 februari 1999

Auteur(s)
S.A. van den Berg
P.P.C. Coffeng

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 Onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1999 TNO Arbeid

TNO ARBEID
BIBLIOTHEEK
POSTBUS 718
2130 AS HOOFDDORP
TEL. 023-5549 468

NR. 44239
plaats 59-398

TNO Arbeid (voorheen NIA TNO) is een kennisintensieve dienstverlener voor bedrijfsleven en overheid op het gebied van strategische arbeidsvraagstukken.
Met als uitgangspunt een optimale inzet van mensen, houdt TNO Arbeid zich bezig met de innovatie van arbeid, organisatie en technologie, bevordering van arbeidsparticipatie en versterking van arbeidsomstandighedenbeleid.

Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

Inhoud

1. GEBRUIKSWIJZER 1

2. INLEIDING EN VERANTWOORDING 5

2.1 Vragen 5

2.2 Uitwerking 6

2.3 Terminologie 7
2.3.1 Standaarden en richtlijnen 7
2.3.2 Procedures en instrumenten 10

2.4 Toekomstige ontwikkelingen en aanbevelingen 10

3. OVERZICHTSTABEL 13

4. CATALOGUS VAN RICHTLIJNEN, STANDAARDEN, PROCEDURES 18

4.1 Diagnosegroep Ziekten van botspierstelsel [CAS- L] 18
4.1.1 Bedrijfsgeneeskundige praktijk 18
4.1.2 Verzekeringsgeneeskundige praktijk 23
4.1.3 Diagnostiek en behandeling 24
4.1.4 Specifieke interventiecentra 28

4.2 Diagnosegroep: Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen [CAS- P] 32
4.2.1 Bedrijfsgeneeskundige praktijk 32
4.2.2 Verzekeringsgeneeskundige praktijk 34
4.2.3 Diagnostiek en behandeling 35
4.2.4 Specifieke interventiecentra 36

4.3 Algemeen, geen specifieke diagnose(groep) 39
4.3.1 Bedrijfsgeneeskundige praktijk 39
4.3.2 Verzekeringsgeneeskundige praktijk 41
4.3.3 Diagnostiek en behandeling (huisartsgeneeskundige praktijk) 49
4.3.4 Specifieke interventiecentra 49

4.4 Overige diagnosegroepen 51

5. INDEX 62

6. LITERATUUR 66

1. Gebruikswijzer

Deze inventarisatie biedt een zoekmiddel in de vorm van een beknopt overzicht van de huidige stand van zaken op het terrein van standaarden, richtlijnen of procedures voor verschillende diagnose(groepen) resp. problematieken bij begeleiding en reïntegratie.
Dit overzicht is met name bestemd voor deskundigen in de arbodienstverlening:

- bedrijfsartsen en andere deskundigen kunnen zich snel een beeld vormen van de globale inhoud van wat er beschikbaar is;
- de informatie kan worden gebruikt bij intercollegiale toetsing en intervisie;
- stafdiensten kunnen op basis van de beschikbare informatie coördinerend beleid ontwikkelen ten behoeve van interdisciplinaire reïntegratie-inspanningen;
- op landelijk niveau kan op basis van deze informatie worden verder gewerkt aan ontwikkeling en met name onderlinge afstemming van richtlijnen voor en vanuit verschillende disciplines (curatief, para-medisch, psycho-sociaal) die bij begeleiding en reïntegratie zijn betrokken.

Uiteindelijk doel van dit alles is verbetering van de uitvoeringspraktijk en de samenwerking bij sociaal-medische begeleiding en reïntegratie-inspanningen. Die wordt doorgaans bevorderd door intercollegiale toetsings- of intervisiebijeenkomsten en vooral door beleidsvorming op centraal niveau om tot afstemming en kwaliteitsverbetering te komen. De zich oriënterende individuele professional krijgt met deze catalogus een overzicht van de huidige state-of-the-art.
Er is echter nog veel werk te verrichten. Dat blijkt ook uit een rapport van SKB, over het gezamenlijk belang van afstemming van professionele richtlijnen voor artsen, dat kort geleden verscheen (Weel & Fortuin, 1998). Het is de bedoeling van opdrachtgever BOA dat dit overzicht zal worden onderhouden en uitgebreid. De ontwikkelingen gaan snel. Via een website zal mogelijk toegankelijkheid worden bewerkstelligd. De inventarisatie is gemaakt voor de Branche Organisatie van Arbodiensten, met een subsidie van het Ministerie van SZW.

In hoofdtuk 2 staat een toelichting en verantwoording en in hoofdstuk 3 worden suggesties gedaan voor toekomstige ontwikkeling en samenwerking.

In hoofdstuk 4 zijn de standaarden en richtlijnen geïnventariseerd, ingedeeld volgens de CAS-systematiek: Classificaties van klachten, ziekten en oorzaken voor Arbo en SV.
Binnen elke categorie van deze CAS-systematiek bleken richtlijnen te vinden voor bepaalde diagnoses, met name voor diagnose en behandeling door artsen in de eerste en tweede lijn (resp. Nederlands Huisartsen Genootschap-standaarden en Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing / CBO-richtlijnen). Daarnaast zijn sociaal-geneeskundige richtlijnen geïnventariseerd (arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde) evenals een aantal afkomstig uit para-medische - en andere interventiecentra.
De groepen 8 en 10 van de systematiek (zie hierna) zijn in de praktijk van bedrijfsartsen en arbodiensten van belang door frequentie van vóórkomen en duur van het ermee gepaard gaande verzuim.

Daarom zijn de eerste twee paragrafen aan deze diagnosegroepen gewijd: "Ziekten van botspierstelsel [L]" en "Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen [P]".
Een derde paragraaf is "Algemene standaarden, geen specifieke diagnosegroep". Dit zijn algemene richtlijnen die voor arbodienstverlening van belang kunnen zijn.
Per hoofdstuk wordt steeds onderscheid gemaakt naar standaarden of richtlijnen afkomstig uit de:

- bedrijfsgeneeskundige praktijk;
- verzekeringsgeneeskundige praktijk;
- behandelpraktijk (1e en 2e lijn);
- specifieke interventiecentra.

De CAS-systematiek bestaat uit veertien diagnosegroepen:

1. Aandoeningen, niet elders geclassificeerd [A]
2. Ziekten van bloed en bloedvormende organen [B]
3. Ziekten van hart- en vaatstelsel [C]
4. Ziekten van huid, subcutis en adnexen [D]
5. Endocriene ziekten [E]
6. Zwangerschap, bevalling en kraambed [G]
7. Ziekten van oor en processus mastoideus [H]
8. Ziekten van botspierstelsel [L]
9. Ziekten van zenuwstelsel [N]
10. Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen [P]
11. Ziekten van ademhalingsstelsel [R]
12. Ziekten van spijsverteringsstelsel [S]
13. Ziekten van urogenitaalstelsel [U]
14. Ziekten van oog en adnexen [V]

De resterende diagnosegroepen zijn samengevat in een vierde paragraaf **"Overige diagnosegroepen"**. Voor deze groepen zijn de (met name curatieve) bestaande standaarden op een rij gezet. De niet elders geclassificeerde aandoeningen (eerste groep A: zoals ziekte door HIV, acute en chronische vergiftiging, toxische inhalatiekoorts, caissonziekte, stralingsziekte, allergische reactie e.a.) zijn grotendeels buiten beschouwing gebleven, hier ontbreken vooralsnog curatieve richtlijnen.
Voor de wel bestaande richtlijnen wordt zo mogelijk gerefereerd aan eventuele arbeidsaspecten die in deze standaarden genoemd worden. Gegevens hiervan zijn met name ontleend aan onderzoek, waarin standaarden werden gescreend op arbeidsaspecten (Weel e.a., 1997).

Wij gaan ervan uit dat bedrijfsartsen in de arbodienst in ieder geval (kunnen) beschikken over de samenvattingskaarten van de NHG-standaarden. Deze standaarden met als bijlage de samenvattingskaart zijn oorspronkelijk vanaf 1989 gepubliceerd in het blad Huisarts en Wetenschap. De eerste 60 standaarden (M1-M60) zijn gepubliceerd in twee standaardboeken door het NHG. Van het eerste standaard boek zal na herziening van de standaarden een tweede druk verschijnen in het najaar van 1999.
Er is een selectie gemaakt van voor de arbodienstverlening meest relevante standaarden en richtlijnen.
Niet betrokken zijn standaarden voor leeftijdsgebonden diagnose(groepen), bijvoorbeeld: bejaarden, zuigelingen en kinderen.

Verder zijn de meeste standaarden specifiek gericht op diagnostiek (voorbeelden: standaarden voor Cervixuitstrijken, Arthroscopie e.d.) buiten beschouwing gelaten.

Gebruik

Op twee manieren is de toegankelijkheid van dit document vergroot:

1. er is een **overzichtstabel** opgenomen met de belangrijkste groepen richtlijnen; zie deze tabel na hoofdstuk 2 onder 2.1;
2. er is een **index** opgenomen met behulp waarvan kan worden gezocht; zie hiervoor de index aan het eind van dit rapport.

2. Inleiding en verantwoording

In opdracht van Branche Organisatie van Arbodiensten is in dit rapport een inventarisatie van standaarden, richtlijnen en interventiestrategieën te vinden uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg. De informatie is bedoeld als ondersteunende informatie voor bedrijfsartsen bij begeleiding en reïntegratie. Om de volgende redenen is dit van belang.
Met de komst van de wetten WULBZ, PEMBA, WMK en REA zijn nieuwe dimensies toegevoegd aan de vraag hoe arbodiensten werkgevers kunnen adviseren bij het doen terugkeren op het werk (reïntegratie) van werknemers, die tijdelijk arbeidsongeschikt zijn geweest of met een arbeidshandicap aan het werk zouden kunnen. De nieuwe wetgeving bracht gewijzigde financiële consequenties voor de werkgever met zich mee waardoor de vraag op welke wijze efficiënt met wachttijden c.q. -lijsten in de behandeling kan worden omgesprongen urgent is geworden, mede in het belang van werkgever en zijn particuliere verzekeraar (bekorting verzuimperiodes), maar ook voor de werknemer: hoe kan met het oog op diens belasting en belastbaarheid een lijn naar het werk dan wel optimale reïntegratie worden bevorderd? Afstemming en samenwerking met de curatieve sector en specifieke interventiecentra bij dreigende chroniciteit is hierbij noodzakelijk: hoe kan op goede wijze worden samengewerkt met of verwezen worden naar de behandelende artsen en centra? Daarbij komt vanzelf de vraag op naar welke behandelingsprotocollen daar worden gebruikt. Welke andere interventies of instrumenten bestaan er? En kan dit aanleiding geven tot integratie van visies door het maken van gezamenlijke protocollen en werkwijzen? (Weel e.a.,1997).

Eén van de voorwaarden voor samenwerking met de curatieve sector is dat men in arbodiensten goed op de hoogte is van bestaande behandelingsprotocollen en -richtlijnen, zodat men goed weet hoe er gewerkt wordt en hoe het werk vanuit de arbodienst, door de bedrijfsarts, hierop kan worden afgestemd. Wederkerigheid in de onderlinge relatie door verdere verkenning van gemeenschappelijke belangen zal moeten worden bevorderd.
Ook de uitvoeringsinstellingen zijn in dit proces betrokken, doordat zij reïntegratieplannen van arbodiensten beoordelen op tijdigheid (13/35 weken) en volledigheid en zodra einde "wachttijd" wordt bereikt er een WAO-beoordeling plaatsvindt. Deze plannen worden aangepast in het kader van de wetten REA en FLEX. Er ligt hier een (nieuw) repertoire van diensten (advisering) en produkten van arbodiensten aan werkgevers.

2.1 Vragen

De oorspronkelijke vragen die door BOA zijn gesteld waren de volgende:
Hoe kan een arbodienst in de praktijk het beste handelen bij een cliënt met aandoening of klacht X? Welke (diagnosegebonden) behandelingsprocedures, protocollen zijn hiervoor beschikbaar en hoe kan samenwerking met de curatieve sector het beste worden vormgegeven? Welke externe specifieke interventiecentra zijn werkzaam op het terrein van reïntegratie met wie samenwerking wenselijk zou zijn?

Welke andere instrumenten bestaan er op het terrein van reïntegratie bij diverse aandoeningen, klachten of problematieken (variërend van de meest voorkomende tot moeilijker te duiden diagnose(groep(en)?

Deze vragen betreffen een zeer breed terrein. Er is momenteel een zich sterk uitbreidende hoeveelheid vormen van dienstverlening rond arbeidsongeschiktheid (wachtlijstbemiddeling, bemiddeling bij arbeidsconflicten en andere manieren waarop ten behoeve van reïntegratie of revalidatie kan worden geïntervenieerd) complementair aan de arbodienstverlening.
In overleg met de Klankbordgroep (die dit project begeleidde)1 is daarom besloten tot een beperking van de vraagstelling. Samengevat luidt deze:
welke richtlijnen, standaarden en specifieke interventie-programma's zijn er beschikbaar of worden ontwikkeld in de diverse lijnen van de gezondheidszorg?

Het is nog lang niet altijd mogelijk de kwaliteit hiervan te beoordelen. Effectstudies ontbreken vaak. In deze inventarisatie zijn daarom, met het oog op kwaliteitsmaatstaven, alleen opgenomen die richtlijnen, standaarden en procedures die in redelijke mate voldeden aan één of twee criteria:

a) een redelijke mate van landelijke geldigheid of dekking (bijvoorbeeld ontwikkeld in beleidsdiscussies door een minstens regionale of landelijke beroepsvereniging, commissie, onderzoeks- of beleidsinstantie);
b) een redelijke mate van consensus onder beroepsbeoefenaren of samengesteld door deskundigen uit het veld.

De inventarisatie is gebaseerd op een eerste selectie, waarbij tevens een taxatie van de relevantie voor arbodienstverlening is betrokken.
De tijd staat echter niet stil en het samenstellen van een inventarisatie of catalogus vergt geregeld onderhoud. Daarvoor wordt een oplossing gezocht. De vraag is ook hoe de toegankelijkheid en de verspreiding ervan kan worden bevorderd. Deze en andere vragen behoeven zeker nadere uitwerking en komen opnieuw aan de orde in het hoofdstuk met aanbevelingen.

2.2 Uitwerking

De opsomming is gemaakt in de vorm van een catalogus, waarin enerzijds een aantal aandoeningen en klachtenpatronen als ingang is gekozen, en anderzijds de hieraan gerelateerde richtlijnen en standaarden zijn beschreven evenals hierbij behorende instituten of instanties die deze protocollen geproduceerd hebben voor de diagnostiek, behandeling, revalidatie of reïntegratie.
De concrete bruikbaarheid van deze standaarden en richtlijnen binnen de arbodienstverlening valt (nog) buiten dit bestek. Effectiviteitsoordelen kunnen op dit

---

1 De volgende deskundigen maakten deel uit van de Klankbordgroep: S. den Brinker Commit Arbo, J.H.W. Bruins Slot Arbo Unie, R.D. Lindeboom GAK Groep, H. Lindner Directie Arbeidsomstandigheden SZW, A. van Prooijen VOAD, C.W.J. Steenbergen & A.J. Poyk Branche-organisatie Arbodiensten, H.J. van Tellingen CAB, A.S. Tolman Stigas Arbodienst, A.H.J. Veneman Shell Nederland, E.F. Vogelaar VOAD, R. de Voogt Avios Arbozorg.

moment nog niet worden gegeven. Onderzoek hiernaar ontbreekt vaak nog. Bij effectiviteit is trouwens altijd de vraag: doeltreffend met betrekking tot wat? Een juiste beoordeling, behandeling of begeleiding is een ander doel als bevordering van spoedige of tijdige werkhervatting. Verschillende belangen kunnen hierbij een rol spelen.

Er is in de literatuur discussie over de invoerbaarheid en bruikbaarheid van protocollen in het algemeen (Berg, 1996; Eurelings-Bontekoe, 1995). Beroepsbeoefenaren kunnen protocollen ervaren als een keurslijf of beperking van de professionele autonomie (Kruit, 1989; Van Wijmen & Lagro-Janssen, 1998). Cruciaal voor het (sociaal-geneeskundige) werk door arbodiensten aan reïntegratie is op dit moment de praktische bruikbaarheid en de aanwezigheid van elementen gericht op implementatie en interventie ten behoeve van behoud en bevordering van arbeidsvermogen, succesvolle c.q. spoedige reïntegratie, rekeninghoudend met de mogelijkheden in de situatie en van betrokkene.
De gebruiksgerichtheid (vorm en inhoud van de richtlijn, verspreiding, bewezen effectiviteit, betrokkenheid van en acceptatie door de doelgroep) is een succescriterium (Van Erp & Bijl, 1996).

In deze catalogus wordt voorlopig volstaan met een gestructureerde inventarisatie van bestaande standaarden, waarbij deze met name zijn geordend naar doel en herkomst (geneeskundige behandeling, sociaal-medische begeleiding of verzekeringsgeneeskundige beoordeling) en naar soort diagnose- of problematiek. Hierbij is het CAS-systeem gevolgd: een classificatie van klachten, ziekten en oorzaken voor bedrijfs- en verzekeringsartsen (LISV, 1997).

2.3 Terminologie

Ter verduidelijking van de gebruikte termen nog het volgende.

2.3.1 Standaarden en richtlijnen

De termen protocol, standaard of richtlijn worden vaak door elkaar gebruikt.
De volgende werkdefinities worden wel gebruikt (besproken door Van Erp & Bijl, 1996): een richtlijn is een volgens een vaste systematiek ontwikkelde beschrijving van een op basis van wetenschap, professionele opvattingen en praktische ervaring optimaal geachte aanpak van een arbeidsgezondheidskundig probleem door bedrijfsartsen (Hulshof en Weel, 1996) of een leidraad voor preventieve, diagnostische, therapeutische of organisatorische procedures op een praktisch handelingsniveau (Kaasenbrood, 1995). Richtlijnen, standaarden of protocollen dienen in de behandeling van c.q. het handelen bij uiteenlopende aandoeningen:
de kwaliteit te verbeteren,
het (be)handelen c.q. begeleiden toetsbaar te maken,
houvast en eenheid van handelen te bieden aan beroepsbeoefenaars én
onderlinge afstemming in de samenwerking te bevorderen, vooral daar waar, zoals bij reïntegratie van arbeidsongeschikten of -gehandicapten, steeds meer beroepen en instanties betrokken raken (Van Erp en Bijl, 1996).

Het woord 'standaard' en 'protocol' verwijst naar consensus over de stand van kennis en wetenschap, zodat het werken ook volgens een bepaalde norm kan worden getoetst en beoordeeld. Consensus is er dan vanuit een bepaalde invalshoek of binnen een bepaalde context. De term richtlijn of procedure heeft een meer voorlopig en voor-schrijvend karakter, in afwachting van consensus over een standaard. Dat zal ook afhankelijk zijn de van de complexiteit van de problematiek die zich al of niet via eenduidige stramienen laat oplossen of behandelen.
Protocollen zijn doorgaans gerelateerd aan diagnose(groepen).

In de huisartsgeneeskunde wordt al meer dan tien jaar gewerkt aan de ontwikkeling van tal van standaarden en richtlijnen. Inmiddels zijn dat er ruim 60, die als bijlage zijn verschenen bij Huisarts en Wetenschap (Samenvattingskaarten NHG-Standaarden, december 1997).
Voor de medische specialismen worden sinds 1985 met een zekere regelmaat consensusbijeenkomsten gehouden, die intussen hebben geleid tot ruim 25 Syllabi Consensusbijeenkomsten en 20 Consensusteksten (CBO-richtlijnen voor medische specialismen; Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing in Utrecht). Doel is professionele kwaliteitsbevordering in ziekenhuizen door middel van intercollegiale toetsing.

In de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (Hulshof en Weel, 1996; Buijs, 1997) en in de verzekeringsgeneeskunde (NVVG, LISV) wordt sinds enige jaren vooral gewerkt aan richtlijnen. Er is nog weinig consensusontwikkeling.
Zeer onlangs heeft de SKB (Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg) met steun van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) alle richtlijnen voor bedrijfsartsen en de manieren waarop die tot stand komen geïnventariseerd. Eén van de conclusies was dat afstemming en coördinatie tussen richtlijnontwikkelaars van de deelgebieden huisartsgeneeskunde, medische specialismen, verzekeringsgeneeskunde en arbeids- en bedrijfsgeneeskunde vrijwel afwezig zijn. Eén van de aanbevelingen was in ieder geval een sociaal-geneeskundige paragraaf op te nemen in nieuwe of te herziene curatieve richtlijnen. (In najaar van 1999 zullen herziene NHG-standaarden M01-M30 verschijnen.)
De vorming van een KNMG-platform (PARAG: Platform Afstemming Richtlijnontwikkeling Arbeid en Gezondheid) zal sterk moeten gaan bijdragen aan een steviger onderlinge afstemming van richtlijnen uit de behandelende en de sociaal-geneeskundige sectoren (Weel & Fortuin, 1998).

De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) ontwikkelde 'De standaard Arbeidsmedische Beoordelingen' (concept 1997). Het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV, vroegere Tica) ontwikkelde diverse standaarden en richtlijnen. Voor specifieke diagnosegroepen werden door de CORVU en/of SKB (?) standaarden ontwikkeld (Dijkstra e.a., 1995).

Voor zover bekend zijn vanuit het veld van de particuliere verzekeraars nog geen verzekeringsgeneeskundige richtlijnen gepubliceerd. Met betrekking tot bijvoorbeeld het beoordelen van arbeidsongeschiktheid wordt gemeld dat de gehanteerde methodologie wel vrij uniform is en door middel van cursussen wordt overgedra-

gen.[2] Op basis van onderzoek onder adviseurs bij particuliere verzekeraars werd geconcludeerd dat in de verzekeringsgeneeskundige praktijk bij deze arbeidsongeschiktheidsverzekeraars, ondanks het propageren van verzekeringsgeneeskundige modellen, hier nauwelijks tot geen gebruik van wordt gemaakt (Wools, 1998).

Richtlijnen of standaarden zijn ontworpen vanuit verschillende doelstellingen:
diagnose en behandeling (vgl. de diverse NHG-standaarden, NVAB richtlijnen die momenteel ontwikkeld worden);
preventie (vgl. de infectieziektenklapper van de NVAB);
aanstellingskeuring, bijvoorbeeld de Algemene Richtlijn Aanstellingskeuring (ARA) van de SKB in opdracht van de BOA;
sociaal-medische (claim-)beoordeling voor de WAO (vgl. de VG-standaarden van de Projectgroep Verzekeringsgeneeskundige Standaarden van het LISV (voorheen: Tica);
sociaal-medische begeleiding en reïntegratie, bijvoorbeeld de richtlijnen voor beoordeling en begeleiding bij psychische klachten (Van Erp & Bijl, 1996) of lage rugpijn (Verbeek & Van der Weide, 1997);
registratie, bijvoorbeeld de richtlijnen voor diagnostiek van beroepsgebonden aandoeningen (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 1997).

In opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken is door Bureau Astri (Weel e.a. (1997) in een verkennend onderzoek een inventarisatie gemaakt van protocollen op het terrein van de huisartsgeneeskunde, de medische specialismen, de verzekeringsgeneeskunde en de bedrijfsgeneeskunde. Hierbij zijn deze gescreend op aandacht voor het aspect arbeid vanuit de optiek van de chronische ziekten. Conclusie hierbij was dat de bestaande protocollen en richtlijnen voor de curatieve geneeskunde soms summiere, maar in ieder geval niet systematische, verwijzingen bevatten naar arbeidsaspecten, zeker voor wat betreft de chronisch zieken.
Eén van de aanbevelingen betreft dan ook het voorzien van de bestaande curatieve richtlijnen van een paragraaf met consequenties voor de arbeid. Wij maken van deze screening dankbaar gebruik in deze inventarisatie. Indien mogelijk zullen wij in navolgende catalogus verwijzen naar dit rapport.

2.3.2 Procedures en instrumenten

Wanneer het gaat om reïntegratie en revalidatie zijn er vele instrumenten en interventie-strategieën: uiteenlopende procedures voor hoe te handelen bij bepaalde diagnose(groepen).
Voorbeelden zijn het instrument Paswerk, waarmee belanghebbenden (werkgevers en werknemers, geadviseerd door de arbodienst) werkaanpassingen kunnen realiseren, waarmee werknemers weer aan het werk kunnen of aan het werk kunnen blijven.
Verder: reïntegratie- en revalidatieprocedures die gebruikt worden door rugadviescentra, bijvoorbeeld bij nek- en rugklachten of door revalidatiecentra (ziekenhuizen) na het krijgen van een hartinfarct. Er zijn vele particuliere aanbie-

[2] persoonlijke mededeling W.G. Fontein, arts/rga.

ders (maatschappelijk werk, mediation, traumabehandeling, arbeidspsychologie-praktijken, loopbaanbureaus, fysiotherapiepraktijken, etc.)

Tenslotte een afspraak over duidelijk spraakgebruik: standaarden en protocollen geven een op grond van consensus over de stand van kennis en wetenschap toetsbaar voorschrift voor diagnose en behandeling. Richtlijnen en procedures (interventie-strategieën) geven een richtlijn of wenselijk geachte manieren van werken, die gebruikt kunnen worden bij bevordering en behoud van arbeidsvermogen en bij reïntegratie.

2.4 Toekomstige ontwikkelingen en aanbevelingen

Ontwikkeling richtlijnen
De dienstverlening in arbodiensten is aan stevige veranderingen onderhevig. Tal van complementaire vormen van dienstverlening ontwikkelen zich ten behoeve van arbeidsrevalidatie en -reïntegratie naast die van de arbodiensten zelf. De arbodiensten zelf zijn aan het innoveren en ontwikkelen nieuwe vormen van producten en diensten. Er is een toenemende noodzaak maar ook geneigdheid om samen te werken met behandelende artsen in de eerste of tweede lijn. Er is vanuit de laatste sectoren een groeiende behoefte om meer te weten over wat er in bedrijven en arbodiensten binnen veranderende wettelijke kaders zich afspeelt.

Onderzoek is nodig naar de waarde van richtlijnen en standaarden, naar 'best practices' in de arbozorgverlening (Bruins Slot, 1997). Er zijn goede redenen waarom een 'evidence-based' gestandaardiseerde praktijkvoering nuttig is.
Manieren van werken en handelwijzen worden over de grenzen van disciplines en sectoren heen beter uitlegbaar en 'verdedigbaar' (Harris, 1997). Richtlijnen dienen dan wel aan enkele eisen te voldoen: ze dienen expliciet te zijn, gebaseerd op onderzoek en op een goede verhouding tussen voordelen en risico's, een duidelijke (sociaal-) medische logica te hebben, onderzoeksresultaten te verbinden met diagnose, behandeling en preventie, en rekening houden met tijdfaseringen. De richtlijn dient informatie te bevatten over factoren die in het werk kunnen liggen en over mogelijke voorspellers van vertraagd herstel. Hierbij kunnen arbeidsongeschiktheidsduur-statistieken en methoden om taak- en functie-eisen te koppelen aan resterende mogelijkheden van werknemers goed worden gebruikt (Harris, 1997; American College of Occupational and Environmental Medicine's Committee on Practice Guidelines). Hieraan moeten worden gekoppeld de evaluaties en periodieke resultaatmetingen van de door interventiecentra en particuliere verzekeraars (als providers) betaalde sociaal-medische hulpverleners.

Voor de manier waarop de richtlijnontwikkeling is georganiseerd en hoe hieraan kan worden gewerkt, verwijzen wij naar de recente publicatie van NVAB / SKB (Weel & Fortuin, 1998).

Deze catalogus biedt aan deskundigen in de arbodienstverlening in ieder geval zicht op in aanpalende gebieden ontwikkelde standaarden, richtlijnen en werkwijzen. Het

zal de onderlinge samenwerking dienen te bevorderen, maar er zal nog veel moeten gebeuren.
Gecoördineerde inspanning is nodig voor verdere onderlinge afstemming tussen de gebieden arbeid en gezondheid en tussen de sociaal-geneeskundige en behandelende werkwijzen (Van Amstel & Buijs, 1997). Initiatieven zijn al genomen in de vorm van een convenant voor de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen en voor een Platform Afstemming Richtlijnontwikkeling Arbeid en Gezondheid (PARAG, zie Weel & Fortuin, 1998). Met het oog op reïntegratieinspanningen is een interdisciplinaire benadering nodig.

Al deze inspanningen zullen o.i. ook moeten leiden tot het formuleren van breder toepasbare richtlijnen dan de sociaal-geneeskundige standaarden die voor bedrijfs- en verzekeringsartsen zijn ontwikkeld. Met 'breder toepasbaar' wordt bedoeld dat richtlijnen worden geïntegreerd en een multidisciplinaire invalshoek krijgen, voor het organiseren en coördineren van sociaal-medische begeleidings- en reïntegratie-inspanningen, waarin ook andere deskundigheden en instanties naast de sociaal-medische zijn betrokken: binnen en buiten het bedrijf, binnen en buiten de arbodienst, met name de interventie- en revalidatiecentra.

Er wordt gesproken over de rol van casemanager zonder dat duidelijk is wat die precies inhoudt en wie het beste die rol kan vervullen. Meerdere deskundigen kunnen casemanager zijn maar één dient de regie te voeren (project-management). Deze discussie laat zien dat op dit terrein nog veel te standaardiseren valt. Er is een groeiend politiek besef van de noodzaak hiervan in verband met de kosten en baten die uit de toepassing van de wetten Pemba en Rea kunnen voortvloeien. Werkgevers en verzekeraars worden ongeduldig over het versnipperde casemanagement. Verwacht mag worden dat de particuliere verzekeraars zich binnen afzienbare tijd niet onbetuigd zullen laten en de vraag zullen stellen naar welke (interdisciplinaire) aanpak het meest effectief is of succes biedt.

Beschikbaarheid en toegankelijkheid informatie
De beschikbaarheid en toegankelijkheid zullen worden bevorderd door de informatie op een web-site te plaatsen met de mogelijkheid om suggesties en aanvullingen te doen, en de mogelijkheid om met behulp van hyperlinks verbindingen te maken met andere websites. Aansluiting zou kunnen worden gevonden bij de KNMG website <www.artsennet.nl>.

Onderhoud catalogus en uitbreiding
Een inventarisatie als deze veroudert snel wanneer geen onderhoud plaatsvindt. Wij pleiten ervoor dat de bijvoorbeeld op een website beschikbare informatie wordt onderhouden door een nog aan te wijzen instantie. De inventarisatie zal verder kunnen worden uitgebreid met internationaal ontwikkelde en gepubliceerde richtlijnen (zie de Helpcare Standards Directory; uitgever: ECRI / USA).3

Verder zal de catalogus moeten worden uitgebreid met gegevens over talrijke procedures en interventieprogramma's zoals die landelijk en regionaal worden ontwik-

3 mondelinge mededeling CBO Utrecht.

keld, zowel binnen en vooral ook buiten de (sociaal-) medische en para-medische gezondheidszorg (bijvoorbeeld door de particuliere verzekerings-maatschappijen).

Daarmee kunnen arbodiensten sneller antwoord vinden op vragen over hoe in de praktijk het beste te handelen voor de reïntegratie van een cliënt met aandoening of klacht X. Daarvoor dienen zij vanzelfsprekend snel over informatie te kunnen beschikken over richtlijnen en interventieprogramma's die in het kader van hun reïntegratie-inspanningen en -procedures van belang kunnen zijn.
Hier liggen taken die op centraal (staf-) niveau in een arbodienst kunnen worden aangepakt of op een de arbodienst overstijgend niveau. Sommige diensten beschikken over zelf ontwikkelde protocollen. Effecten van richtlijnen en werkwijzen moeten echter worden onderzocht en gewogen. Daar is veel geld en tijd mee gemoeid. Doorgaans kost de ontwikkeling van een standaard ongeveer hfl. 150.000 en een ontwikkeltijd van ongeveer twee jaar (De Jong, 1998).
Zeer belangrijk is een gecoördineerde inspanning (zoals het hierboven genoemde PARAG) om in de veelheid van door vele instanties en vanuit verschillende doelstellingen ontwikkelde richtlijnen en standaarden meer samenhang te brengen ten gunste van doeltreffende begeleiding en reïntegratieinspanningen door arbodiensten. Dit in nauwe samenwerking met de behandelende sectoren en interventiecentra.

3. Overzichtstabel

Titel (jaar)	Aantal Pag.	Doel	Bron	Pag. in dit rapp.
Diagnosegroep ziekten van botspierstelsel				
Artritis, reumatoïde (1994)	7	diagnostiek en behandeling	H&W [4] ('94) 248-255	24
Bewegingsapparaat, De bovenste extremiteit. Richtlijnen voor de vaststelling van arbeidsgebonden aandoeningen aan het - (registratierichtlijn) (1998)	91	beoordeling / registratie; ontwikkelen van richtlijn voor de vaststelling van arbeidsgebonden aandoeningen	NCvB/Coronel/ AMC	18
Enkeldistorsie (1989)	4	diagnostiek en behandeling	H&W ('89)523-526	24
Epicondylitis (1997)	3	diagnostiek en behandeling	H&W ('97)21-23	24
Knieproblemen, traumatische	3	diagnostiek en behandeling	H&W ('98)296-298	25
Knieproblemen, niet-traumatische	3	diagnostiek en behandeling	H&W ('98)344-346	25
Lage rugklachten, Richtlijnen voor de bedrijfsgezondheidszorg. Begeleiding door bedrijfsartsen bij werknemers met - (1995)	31	bijdragen aan gestandaardiseerde werkwijze gebaseerd op recente wetenschappelijke kennis / proces van sociaal-medische begeleiding structureren en beheersen	Coronel/AMC	19
Lage rugpijn (1996)	5	diagnostiek en behandeling	H&W ('96) 18-23	25

[4] De NHG standaarden worden gepubliceerd in Huisarts & Wetenschap (H&W) met de samenvattingskaart NHG-standaard als bijlage (2 á 6 A5). De opgegeven aantallen pagina's (Pag.) zijn exclusief noten.

Titel (jaar)	Aantal Pag.	Doel	Bron	Pag. in dit rapp.
Lichamelijke overbelasting, Handboek SMB, Werkstress en - . Protocollen voor sociaal-medische begeleiding (1995) (uit roulatie genomen)	91	begeleiden; in het kader van certificering duidelijk beschrijven van werkwijzen en procedures	SKB	20
Lumbosacraal radiculair syndroom (1996)	5	diagnostiek en behandeling	H&W [5] ('96) 78-82	26
Lumbosacraal Radiculaire Syndroom, Diagnostiek en behandeling van het - (1995)	?	diagnostiek en behandeling	CBO	26
Medplan arbeidsrevalidatie therapie		revalidatie: multidisciplinair, jobcoach, na 2 weken verzuim, evt psychotherapeut	De Gezonde Zaak, training en therapie	27
Fysergo (1998)	-	interventie, diagnostiek, behandeling	Fysergo B.V.	28
Nek- of rugklachten, Handboek Rug Advies Centrum - Biedt mensen met - weer een toekomst. (z.j.)	59	revalidatieprogramma; multidisciplinair, tijdcontigent, 'graded activity', ca. 4 weken	RAC	29
RSI, Handboek - : richtlijnen voor preventie en reïntegratie (1997)	31	preventie / reïntegratie; ondersteuning arbodeskundigen bij RIE, gericht werkplekonderzoek en sociaal-medische begeleiding van werknemers met RSI	SKB	22
Rugklachten, Chronische aspecifieke - (CAR). Verzekeringsgeneeskundige Standaard (conept mei 1997)	16	WAO-beoordeling	LISV	23
Schouderklachten (1990)	7	diagnostiek en behandeling	H&W ('90) 196-202	26

[5] zie vorige voetnoot.

Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen				
Alcoholgebruik, problematisch (1998)	?	diagnostiek en behandeling	NHG standaard-boek (najaar '99)	35
Angststoornissen (1997)	6	diagnostiek en behandeling	H&W [6] ('97) 167-172	34
Arbeidshulpverlening, Diverse methodieken - .	-	begeleiden / reïntegratie; hulpverlening bij psychische problematiek te gevolge van arbeidsproblemen	diverse RI-AGG'S	37
Depressie (1994)	2	diagnostiek en behandeling	H&W ('94) 482-486	34
Psychische aandoeningen, Registratierichtlijnen voor de diagnostiek van beroepsgebonden - (feb. 1998)	19	diagnose / beoordelen; vaststellen diagnostische criteria voor psychisch aandoeningen in relatie tot het werk	NCvB /Coronel/AMC	31
Psychische klachten, Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij - (1996)	78	begeleiding / reïntegratie; zoeken naar richtlijnen voor sociaal-medische beoordeling en begeleiding bij psychische klachten	NCvG	32
Psychische klachten	-	(in ontwikkeling)	SKB/NVAB	32
Psychische stoornissen, 'Onderzoeksmethoden bij - (stemmings-, angst, somatoforme, aanpassings- en persoonlijkheidsstoornissen)' (1997)	46	beoordelen; de standaard beoogt de kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling te verhogen in het kader van AAW/AOW	LISV	33
Psychotherapie, Medplan - (1998)	-	begeleiden / reïntegratie; mensen via een korte gestructureerde behandeling helpen met terugkeer op het werk	IWS/Un. Utrecht De Gezonde Zaak, training	36

6 zie vorige voetnoot.

			en therapie	
Bedrijfsmaatschappelijk werk		Begeleiden/reïntegratie, teamvorming, verwijzen, thuiszorg, kinderopvang, etc.	BMN (EMN en GIMD)	35
Verslaafden aan opiaten (1986)	2	diagnostiek en behandeling	CBO	35
Werkstress, Handboek SMB. - en Lichamelijke overbelasting. Protocollen voor sociaal-medische begeleiding, (1995)	91	begeleiden; in het kader van certificering duidelijk beschrijven van werkwijzen en procedures	SKB	32
Algemeen, geen specifieke diagnose(groep)				
Arbeidsexploratieproces, Kenmerken van het - (-procedurebeschrijvingen RCA -) (1998)	9	begeleiden / reïntegratie;onderzoek, planning en uitvoering revalidatie	RCA	47
Arbeidsmedische Beoordelingen, De standaard - (conceptversie: 7 sept. 1997)	37	beoordelen; hulpmiddel bij vaststellen van arbeidsmogelijkheden	NVVG	40
Arbeidsongeschiktheidscriterium, Richtlijn Medisch - (1996)	26	beoordelen; formuleren van uitgangspunten voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling	LISV	41
Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts. Verzekeringsgeneeskundige standaard (feb. 1998)	36	stroomlijnen gegevensbeheer onder medisch beroepsgeheim verzekeringsarts	LISV	42
'Beoordeling reïntegratie-inspanningen werkgever', Arbeidsdeskundige Standaard - (1998)	25	beoordelen; formuleren van nieuwe arbeidskundige beleidskaders / bevorderen dat de reïntegratie op een zo adequaat mogelijke manier plaatsvindt	LISV	43
Beroepsziekten, Registratierichtlijnen - (1998)	289	registratie stimuleren en uniformeren / informatie m.b.t. relatie tussen gezondheids- aandoeningen en arbeid en instrumenten	NCvB/Coronel /AMC	38
Communicatie met behandelaars, Standaard - (1996)	19	samenwerking; stroomlijnen van informatie-uitwisseling met behande-	LISV	44

		lende artsen		
'Dezelfde oorzaak', toegenomen arbeidsongeschiktheid (1996)	3	beoordelen; verzekeringsartsen ondersteunen bij een eenduidige uitvoering van de beoordeling van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten	LISV	45
Geen duurzaam benutbare mogelijkheden, Standaard - (1996)	35	beoordelen; vergroten van het inzicht in en van uniformiteit van de oordeelsvorming van de verzekeringsarts	LISV	45
Paswerk: praktijkboek voor individuele arbeidsaanpassing van arbeidsongeschikte werknemers (1992).	73	begeleiden / reïntegratie; aanpassen van functies en werkplekken van werknemers met gezondheidsproblemen (recent uitgebracht in vier sector-specifieke versies)	TNO Arbeid	38
Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS (1996)	9	samenwerking; de kwaliteit van de samenwerking tussen VA en AD bij beoordelingen te verbeteren	LISV	46

4. Catalogus van richtlijnen, standaarden, procedures

4.1 Diagnosegroep Ziekten van botspierstelsel [CAS- L]

4.1.1 Bedrijfsgeneeskundige praktijk

Titel	Bewegingsapparaat, De bovenste extremiteit, Richtlijnen voor de vaststelling van arbeidsgebonden aandoeningen aan het - (registratierichtlijn). (91 pags.)
Diagnose (groep)	Bewegingsapparaat, arbeidsgebonden aandoeningen aan de bovenste extremiteit / BGZ
Bron	Nederlands Centrum van Beroepsziekten (NCvB), Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam/ ERGOcare, Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam Auteurs: Sluiter JK, Visser B, Frings-Dresen MHW. Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam. Tel. 020 566 27 35.
Samenvatting	Rapport is resultaat van een project met als doel het ontwikkelen van een richtlijn voor de vaststelling van arbeidsgebonden aandoeningen aan de bovenste extremiteit die voldoet aan technische eisen (betrouwbaarheid en validiteit) en operationele eisen (eenvoudig en mogelijk binnen de tijdsbesteding van het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur). Per aandoening zijn de wetenschappelijke onderbouwing en de differentiaaldiagnostische tests beschreven. Hiervoor is een literatuuronderzoek uitgevoerd. Per aandoening mocht de richtlijn niet meer dan 2 pagina's omvatten vanwege de operationele eisen. Beschreven aandoeningen en richtlijnen: - Carpaal Tunnel Syndroom; - Compressie n.ulnaris: Cubitale Tunnel Syndroom / Guyon Kanaal Syndroom; - Quervain; - Vibration Induced White Finger / Hand Arm Vibratie Syndroom; - Epicondilitis lateralis / medialis Cubitii; - Rotator Cuff Syndroom; - Arthrosis Deformans schouder / elleboog / pols-hand; - Thoracic Outlet Syndroom; - Radiculair Syndroom Cervicale Wervelkolom; - Arthrosis Deformans Cervicale Wervelkolom; - Tension Neck Syndroom; - (Cervico-)Brachialgie
Globale stappen	De richtlijn is opgebouwd aan de hand van het beslissingsschema voor de diagnostiek van beroepsziekten van het NCvB. Drie stappen: 1) vaststellen van ziekte (definitie; klinisch beeld; informatie over aetiologie,

	pathofysiologie en -genesis; functieonderzoek [omschrijving testen, diagnostische waarde]; predisponerende factoren; prevalentie- en/of incidentiegegevens populatie); 2) vaststellen van de relatie met arbeid (risicofactoren: houdingen, bewegingen, kracht, expositieduur, overige); 3) beoordeling en registratie / rapportage (beslisregels voor registratie als arbeidsgebonden aandoening).
Titel	lage rugklachten, Richtlijnen voor de bedrijfsgezondheidszorg. Begeleiding door bedrijfsartsen bij werknemers met -. (1995) (31 pags.)
Diagnose (groep)	lage rugklachten / BGZ
Bron	auteurs: Verbeek JHAM, Weide WE van der. Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam. Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam. Tel. 020 566 27 35. Uitgegeven bij DELWEL in uitvoering bedrijfsgezondheidszorg.
Samenvatting	Het resultaat van de ontwikkeling van richtlijnen met een groep bedrijfsartsen in de bouwnijverheid en de gezondheidszorg. Bedoeld voor bedrijfsartsen, maar ook geschikt voor overdracht aan andere disciplines. De richtlijnen dienen bij te dragen tot een gestandaardiseerde werkwijze, gebaseerd op recente wetenschappelijke kennis. Richtlijnen kunnen het proces van sociaal-medische begeleiding structureren en beheersen. Met name voor de diagnostiek is een concreet stappenplan ontwikkeld met een voorschrijvend karakter, zoveel mogelijk gebaseerd op literatuur. De richtlijnen voor de beoordeling van de werksituatie en het opstellen van het begeleidingsplan hebben een meer beslissingsondersteunend karakter. In opdracht van de NVAB wordt deze richtlijn vernieuwd.

Globale stappen	1 Probleeminventarisatie: 1.1 aard rugklachten: drie diagnosecategorieën • aspecifieke rugpijn bij uitsluiting van andere ziektebeelden; • de wortelcompressiesyndromen; • atypische rugpijnklachten waarbij ook algemene ziekteverschijnselen aanwezig kunnen zijn; 1.2 bijkomende problemen; door welke ander oorzaken worden pijnklachten in stand gehouden? 1.3 curatieve behandeling: evaluatie • aspecifieke rugpijn bij uitsluiting van andere ziektebeelden; • de wortelcompressiesyndromen; • atypische rugpijn; 1.4 werksituatie: • bespreken van taken w.o. houdingen en bewegingen, werk- en rusttijden, kennis en vaardigheden, taakinhoud en omgeving; • inschatten van belasting; • werkplekonderzoek; • organisatie werk: houding leiding, praktische problemen; en • oplossingsmogelijkheden: hulpmiddelen, taakverlichting/roulatie en aanpassing werktijden; 1.5 probleemdiagnose; 2 Begeleidingsplan: • voorlichting (geruststelling) en werkhervattingsadvies; • overleg over behandeling (tijdcontigent i.p.v. pijncontigent); • overleg met leidinggevende (aanpassingen); 3 Vervolgconsulten: • opbouw vertrouwensrelatie; • snel en frequent contact met bedrijfsarts; • bij dreigende chroniciteit: beoordeling en begeleiding door specifiek interventiecentrum.
Titel	Lichamelijke overbelasting, Handboek SMB. Werkstress en -. Protocollen voor sociaal-medische begeleiding, 1995
Diagnose (groep)	lichamelijke overbelasting / BGZ
Bron	Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg Entrada 202, 1096 EE Amsterdam. Tel. (020) 690 40 46. Auteurs: Dijkstra EJ, Lebbink M, Weel AHN.

Samenvatting	Dit handboek wordt op dit moment niet meer door SKB uitgegeven. Het handboek bevat voorbeeldprotocollen voor de sociaal-medische begeleiding bij lichamelijke overbelasting en werkstress en stappenplannen voor de invoering van protocollen. De voorgestelde werkwijze is deels gedateerd. Het werd samengesteld op basis ervaringen opgedaan in een aantal experimenten met bedrijfsgezondheidsdiensten en bedrijfsverenigingen (BV) onder begeleiding van de voormalige Stichting O&O PLUS (Rijdt-van de Ven e.a. 1993). Door de veranderingen van de laatste jaren in wetgeving en in de relatie tussen arbodiensten en uitvoeringsinstellingen is het niet meer actueel, met name m.b.t. de fasering van de begeleiding in relatie tot uitvoeringsinstellingen.
Globale stappen	De volgende stappen worden beschreven en in een schema wordt wat er moet gebeuren, hoe en met wie samengevat: 1) voorbereiding (2 weken na ziekmelding): rapporteer aan UVI voorheen BV, roep werknemer op, maak globale tijdsplanning; 2) probleemverkenning (tussen 2 en 4 weken na ziekmelding) met werknemer: verhaal werknemer, concrete redenen om niet te werken, voorgeschiedenis, arbeidssituatie, andere stressoren (bij werkstress), overbelasting buiten werk (bij lichamelijke overbelasting), reactie op situatie, beoordeling lichamelijke toestand (bij lichamelijke overbelasting) en curatieve behandeling; 3) overleg (vóór 6 weken): met huisarts of andere behandelaar, werkgever, intercollegiaal; werkplekonderzoek (bij lichamelijke overbelasting); 4) conclusie: duur en ernst van verzuim schatten, beoordeling hiervan voorleggen aan werknemer, besluiten of werkhervatting mogelijk is bij huidige werkgever, benoem voorwaarden tot werkhervatting bij huidige werkgever; 5) (voorlopig) reïntegratieplan voorheen terugkeerplan (vóór 13 weken): bepaal of verwijzing noodzakelijk is, adviseer over manier van omgaan met klachten, - over gedeeltelijke werkhervatting, benoem eigen rol, overleg om tegenstrijdige adviezen te voorkomen, maak terugkeerplan, adviseer over belastbaarheid van werknemer, signaal evt. collectieve risico's, rapporteer aan BV, overleg als er sprake is van aangepast werk; 6) (volledig) reïntegratieplan vóór 26 weken (momenteel 35 weken): maak en verstuur reïntegratieplan; 7) afsluiting: sluit begeleiding af bij werkhervatting bij eigen werkgever en daar begeleiding over als werkhervatting bij eigen werkgever plaatsvindt; 8) registratie: registreer gegevens en afspraken.

Titel	RSI, Handboek - : richtlijnen voor preventie en reïntegratie. 1997 (31 pags.)
Diagnose (groep)	repetitive strain injuries / BGZ
Bron	Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg Entrada 202, 1096 EE Amsterdam. Tel. (020) 690 40 46. Auteurs: Bulthuis BM, Hoogendoorn JE, Dijkstra L.
Samenvatting	Richtlijnen bestemd voor ondersteuning van arbodeskundigen (bedrijfsartsen, bedrijfsverpleegkundigen, arbeidshygiënisten, ergonomen en bewegingswetenschappers) bij risico-inventarisatie en -evaluatie, gericht werkplekonderzoek en sociaal-medische begeleiding van werknemers met RSI. Het Handboek bevat informatie over achtergronden, oorzaken, kenmerken van en therapieën voor RSI, evenals over de risicofactoren in het werk die van invloed kunnen zijn op ontstaan en in stand blijven van RSI en RSI-gerelateerde klachten.
Globale stappen	De Richtlijn Sociaal Medische Begeleiding (SMB) in het Handboek bevat samengevat de volgende stappen: 1) voorbereiding: overleggen over herkenning; oproepen werknemer; globale tijdsplanning maken; 2) probleemverkenning: laat werknemer verhaal vertellen; redenen om niet te werken concretiseren; voorgeschiedenis bespreken; arbeidssituatie verkennen; overbelasting buiten werk onderzoeken; reactie werknemer op situatie onderzoeken; beoordeling lichamelijke toestand en curatieve behandeling beoordelen; 3) overleg: met alle betrokken overleggen; werkplekonderzoek verrichten; 4) werkhervatting: werknemer opnieuw voor spreekuur oproepen; mogelijke werkhervatting bij huidige werkgever beoordelen; voorwaarden tot werkhervatting bij huidige werkgever benoemen; situatie van werknemer in relatie tot zijn werk beoordelen (stel vast waarvan sprake is: a] werknemer is hersteld en er zijn inmiddels (door werkgever) adequate maatregelen getroffen; b] werknemer is hersteld, maar er zijn nog geen of onvoldoende preventieve maatregelen getroffen; c] werknemer is nog niet hersteld), (gedeeltelijke) werkhervatting (in passend werk) adviseren, aan bedrijfsvereniging rapporteren, vervolgrapportage maken, begeleiding voortzetten; 5) afsluiting: begeleiding afsluiten als werknemer werk hervat bij eigen werkgever; begeleiding overdragen als werknemer werk niet hervatting bij eigen werkgever; 6) registratie: gegevens en afspraken in cliëntendossier.

4.1.2 Verzekeringsgeneeskundige praktijk

Titel	Rugklachten, Chronische aspecifieke - (CAR). Verzekeringsgeneeskundige Standaard (concept; mei 1997)
Diagnose (groep)	(lage) rugklachten / VG
Bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam. Tel 020 504 75 00
Samenvatting	15% van de uitkeringsgerechtigden is arbeidsongeschikt wegens chronische rugklachten. '(...) Er is in principe geen reden om op grond van CAR te besluiten tot volledige arbeidsongeschiktheid.' (p. 9) Doel van de standaard is WAO-beoordeling (gehele traject van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling tot en met opstelling van het belastbaarheidsprofiel): inschatting van het medisch gezien wél kunnen/mogen verrichten van omschreven (gangbare) arbeid door de cliënt die wegens CAR ongeschikt is voor zijn eigen werk (p. 8) Opmerkingen: zie ook andere standaarden LISV. Hoewel de standaard zich richt op de claimbeoordeling AAW/WAO bij CAR richt de verzekeringsarts zich ook op bevorderen van de reïntegratie-inspanning. Doel van de acties van de verzekeringsarts: rechtmatige claimbeoordeling, zo laag mogelijke uitstoot uit het arbeidsproces bij CAR, bijdrage aan optimale reïntegratie (zowel in wachttijd als AAW/ WAO-periode). *N.B. De LISV heeft de toepassing van de standaard in april 1998 voorlopig opgeschort in verband met de te verwachten volumeconsequenties van de gehanteerde normen.*
Globale stappen	Verzekeringsgeneeskundig onderzoek: 1) dossieronderzoek: welke belemmeringen? gedeeltelijke werkhervatting? planning m.b.t. reïntegratie? 2) beoordelingsgesprek: indeling in typen: psychogene CAR of somatogene CAR (neurogeen, discogeen, ligamentair, myogeen, arthrogeen, duraal) 3) lichamelijk onderzoek: testen ter verifiëring hypothesen 4) psychologische indruk: globaal of gericht conform de standaard onderzoeksmethoden psychische stoornissen 5) inschatten plausibiliteit: inconsistenties of discrepanties; herstelgedrag 6) informatie behandelende sector/expertise: functionele adviezen huisarts c.q. specialist? tijdscontingente behandeling? NHG-standaard toegepast? Overeenstemming over aard van de aandoening en inschatting geschiktheid? consultatie expert bij te grote onzekerheid

4.1.3 Diagnostiek en behandeling

Voor de diagnose(groep) botspierstelsel bestaan de volgende standaarden afkomstig uit het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing, de CBO-richtlijnen.
Het As/tri-rapport "Protocollen en Chronisch Zieken" (Weel e.a., 1997) concludeerde op basis van een screening dat de meeste protocollen geen enkele verwijzing bevatten naar het aandachtgebied 'arbeid'. Waar er wel een verwijzing naar bestond betrof dit vaak een terloopse opmerking, soms als etiologische factor voor een ziekte of aandoening; reïntegratie in de arbeid bij of na een (chronische) ziekte blijft vrijwel geheel buiten beschouwing. Bij de navolgende curatieve standaarden zijn betreffende opmerkingen over arbeidsaspecten uit genoemd rapport aangehaald.
Opmerking
Het recente "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (onder redactie van Willems, Croon en Koten, 1998) besteedt consequent aandacht per diagnose(categorie) aan de factor arbeid. Indien in dit onderwerp een diagnosecategorie is (of binnenkort wordt) opgenomen wordt dat eveneens vermeld.

>Arthritis, reumatoïde
• NHG-standaard 1994, M41.'Het beleid van de huisarts bij patiënten met RA is er (mede) op gericht de patiënt zijn zelfstandigheid te laten behouden. In de standaard wordt niet specifiek verwezen naar werk. Wel wordt in de bijlage melding gemaakt van voorzieningen die van belang kunnen zijn voor RA-patiënten; daarbij worden ook genoemd werkvoorzieningen/aanpassingen op de arbeidsplaats' (Weel, 1997 e.a., pag. 37).
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern aangekondigd over reumatische aandoeningen (C1).

>Enkeldistorsie
• NHG-standaard 1989, M04; geen arbeidsaspecten genoemd.
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) zijn katernen aangekondigd over: Aandoeningen van de onderste extremiteiten, inclusief beperkingen, lopen, zitten en staan (C5) en is verschenen Amputaties en prothesiologie (C6; sept. 1998).

>Epicondylitis
• NHG-standaard 1997, M60. Er wordt niet specifiek verwezen naar werk. Veroorzaakt door overbelasting van de polstrekkers c.q. -buigers. Duur en beloop variëren sterk. Gemiddelde duur van de klachten wordt geschat op driekwart jaar. Geen enkele behandelmethode bekort de duur van de klachten. Het beste is natuurlijke genezing af te wachten. Absolute rust van de arm is niet noodzakelijk (NHG-standaard samenvattingskaart).
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern aangekondigd over Aandoeningen van ellebooggewricht, onderarmen, polsgewrichten, handen en vingers (C2).

> Knieproblemen, Traumatische

• NHG-standaard 1998, M 66; geen arbeidsaspecten genoemd.

In twee derde van de gevallen is er sprake van een contusie of een distorsie en is het natuurlijk beloop gunstig, dat wil zeggen herstel in een paar weken. Bij 9% is er een bandletstel, bij 6% meniscusletsel en bij 3% een patella luxatie of fractuur. Deze letsels ontstaan meestal bij sportactiviteiten. In het algemeen is het beleid bij een intra-articulaire aandoening een herbeoordeling na een week en bij een slotstand of verdenking op een fractuur direct doorverwijzen. Eerste dagen rust en bij ernstige klachten krukken gebruiken. Bij afname klachten (pijn en zwelling) kan de belasting worden opgevoerd. Bij patiënten die hoge eisen aan hun knie stellen is fysiotherapie in de vorm van spierversterking en coördinatietraining gewenst.

> Knieproblemen, Niet-traumatische - bij volwassenen

• NHG-standaard 1998, M 67; Knieklachten zijn na rugklachten de meest voorkomende klachten van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk. Het natuurlijk beloop van extra-articulaire aandoeningen (bursitis en tendinitis) is meestal gunstig. In een aantal weken zijn de meeste patiënten klachtenvrij.

Bij de bursitis praepatellaris wordt een relatie met bepaalde beroepen gelegd te weten stratenmakers en stoffeerders. Als de klachten recidiveren worden kniebeschermers geadviseerd.

De meest voorkomende intra-articulaire aandoening is gonathrosis, waarbij overgewicht als belangrijkste risicofactor wordt beschouwd. Het verband met andere risicofactoren zoals een vroeger knietrauma of een menisectomie is minder duidelijk.

>Lage rugpijn

• NHG-standaard 1996, M54. 'In de inleiding van de standaard wordt vermeld dat lage-rugpijn aanzienlijke sociaal-economische gevolgen heeft in de vorm van ziektekosten en uitkeringen wegens ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Het beleid bij lage rugpijn is gericht op het bevorderen van normaal functioneren van de patiënt (werken, huishouden, hobbies enz.). Bij de behandeling wordt door de huisarts een geleidelijke opbouw van activiteiten waaronder werk (ondank de pijn) geadviseerd. De huisarts brengt ter sprake dat het mogelijk is dat een relatie bestaat tussen rugpijn en problemen op het werk en thuis.

Indien de klachten na 6 weken nog niet verdwenen zijn gaat de huisarts na of er sprake is van werkverzuim en welke dagelijkse activiteiten niet mogelijk zijn. Zo nodig informeert hij naar contacten met bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige. Hij bespreekt belemmeringen om weer aan het werk te gaan en zoekt samen met de patiënt naar oplossingen. Bij een eventuele verwijzing is het belangrijkste doel verbeteren van het functioneren of het bekorten van het ziekteverzuim.

Bij de controles worden de gevolgen van de klacht voor het dagelijks leven en het werk besproken.

Bij chronische lage-rugpijn (rugpijn die langer dan 12 weken bestaat of steeds recidiveert) is een belangrijk doel, o.a., het beperken van het ziekteverzuim. De huisarts zoekt samen met de patiënt naar een optimaal evenwicht tussen klachten en

functioneren in het dagelijks leven. Dit betekent soms aanpassingen in werk en activiteiten.
De voorlichting van de patiënt wordt afgestemd op de ervaren belemmeringen, waaronder ziekteverzuim en belemmeringen bij het werk. Soms moeten er hulpmiddelen of aanpassingen op het werk doorgevoerd worden. Ook bij chronische lage rug-pijn gaat de huisarts na of er sprake is van ziekteverzuim en overlegt zo nodig met bedrijfsarts of verzekeringsarts over het beleid' Weel e.a., 1997, pag. 38/39).
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern over Rugklachten (C4) aangekondigd.

>Lumbosacraal radiculair syndroom (o.a. Hernia nuclei pulposi)
•NHG-standaard 1996, M55. 'Volgens de standaard wordt de prognose ten aanzien van werkhervatting meer bepaald door het blijven bestaan van rugklachten dan door de klachten in het been. Indien factoren op het werk werkhervatting in de weg staan wordt overlegd met bedrijfs- of controlerend arts. In geval van chirurgische behandeling (i.p.v. conservatieve behandeling) nemen de klachten en het arbeidsverzuim op korte termijn sneller af.
In noot 36 bij de standaard wordt vermeld dat het onbekend is of de kans op een recidief groter is bij rugbelastende beroepen. De begeleiding kan daarom in principe gericht zijn op hervatting van de oude werkzaamheden, ongeacht de zwaarte van het werk. Het beroep van de patiënt blijkt niet van betekenis voor het herstel van de motorische uitval (noot 45)' (Weel e.a., 1997 pag. 39).

> Lumbosacraal Radiculaire Syndroom. Diagnostiek en behandeling van het -
• CBO-richtlijn (090695)

>Schouderklachten
• NHG-standaard 1990, M08. 'In de anamnese wordt gevraagd naar de rol van luxerende of provocerende factoren die een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de klachten. Daarbij wordt o.a. genoemd het beroep van de patiënt.
Bij de keuze voor verwijzing naar de tweede lijn in geval van een 'subacromiaal syndroom' wordt in de standaard vermeld dat het beroep en de arbeidsomstandigheden van de patiënt een belangrijke rol spelen' (Weel e.a., 1997. pag. 37).
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern over Nek- en schouderklachten (C3) aangekondigd.

4.1.4 Specifieke interventiecentra

Titel	ArbeidsRevalidatieTherapie, Medplan -.
Doelgroep	aandoeningen aan het bewegingsapparaat
Bron	De Gezonde Zaak, training en therapie, Postbus 4001, 6803 EA Arnhem. Tel 026-3201890
samen-vatting	Medplan ART is een reïntegratiemodel dat bestemd is voor werknemers die langer dan 2 weken afwezig zijn van hun werkplek, als gevolg van aandoeningen aan het bewegingsapparaat. ART gaat uit van een multi-disciplinaire aanpak, waarbij professionele begeleiding een vereiste is. De begeleiding wordt verzorgd door een team dat bestaat uit de bedrijfsarts, de ART-therapeut, de job-coach en eventueel de psychotherapeut. De bedrijfsarts speelt hierin een belangrijke en coördinerende rol: hij is de zogenaamde casemanager. Naast zijn signalerende functie, is hij de schakel waarover communicatie met en inschakeling van derden verloopt. De ART-therapeut is verantwoordelijk voor de instructie/behandeling van een werknemer die klachten heeft aan het bewegingsapparaat, voor zover deze instructie 'off the job' plaats vindt. De job-coach is verantwoordelijk voor de instructie en begeleiding die 'on the job' plaats vinden (direct op de werkplek). Hij heeft een grote rol bij de communicatie naar de werkgever tijdens de voorbereiding en de eerste fase van de reïntegratie. In een aantal gevallen kan een consult bij een psychotherapeut nodig zijn voor de beoordeling of een succesvolle reïntegratie mogelijk is vanuit een psycho-sociale achtergrond.
Globale stappen	*De behandeling* Met Medplan ART wordt er geprotocolleerd gewerkt. Op deze gestandaardiseerde manier wordt het gehele reïntegratieplan vastgelegd, waaraan ook tussentijdse rapportages en eindrapportages zijn gekoppeld. Middels de tijdens de intake verzamelde base-line gegevens wordt een inschatting verkregen van de belastbaarheid en wordt bepaald in welke arbeidsvaardigheden de werknemer beperkt is. Daarnaast wordt het belastingsniveau dat de functie met zich meebrengt in kaart gebracht. Op basis van deze gegevens wordt een uitgebreid, gepersonaliseerd reïntegratieplan vastgesteld, waarbij de werknemer uitgebreide voorlichting ontvangt. Hierbij wordt veel aandacht besteed aan de verantwoordelijkheid die de cursist zelf kan nemen t.a.v. zijn werkhervatting en wordt er veel aandacht besteed aan ergonomie. Een belangrijk onderdeel van het behandelplan is het uitvoeren van

werksimulaties met behulp van een specifieke werksimulator (ART-module). Op deze manier kan de werknemer in een gecontroleerde situatie oefenen op een goede uitvoering van de arbeidsvaardigheden waarin hij beperkt is. Het behandelplan bestaat uit een belastbaarheidsverhogend programma, dat volgens het principe van 'graded activity' opgebouwd. Dit betekent dat de belasting zeer geleidelijk wordt opgevoerd, waarbij de werknemer begint onder zijn 'base line' niveau, zodat zijn inspanningen hoe dan ook bekrachtigd worden. Actieve oefentherapie staat bij alle sessies centraal. Per sessie worden de vorderingen van de cursist bijgehouden, waardoor de vooruitgang zichtbaar wordt gemaakt.
Overige produkten: Medplan Revalidatie Therapie en Multidisciplinair Programma (MDP).

Titel	Fysergo
Doelgroep	klachten bewegingsapparaat
Bron	Fysergo B.V., Postbus 1625, 3000 BP Rotterdam Telefoon 010 511 25 29, Fax 010 511 48 07
Samenvatting	Fysergo B.V. (ISO 9002 gecertificeerd) is een landelijk werkende organisatie die diensten en producten aanbiedt op het gebied van bedrijfsfysiotherapie en bedrijfsergonomie. Fysergo werkt hierbij samen met arbodiensten, zorgverzekeraars en andere instellingen. Samen met het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie(KNGF) en in samenwerking met het revalidatiecentrum Heliomare worden re-integratie en trainingen voor werknemers met fysieke klachten geboden voor verschillende doelgroepen. Fysergo beschikt hierbij over een aantal centrale vestigingen verspreidt over een groot aantal regio's in Nederland, een net-werk van aangesloten fysiotherapiepraktijken en trainingscentra, alsmede over zogenaamde "Fysiobussen®" waarvan uit gewerkt wordt. Er wordt gewerkt vanuit een gecertificeerd beheers- en zorgsysteem, Fymis®, waaronder producten op het gebied van curatie, werkplekadvisering, (re-integratie) trainingen, ergonomie en kwaliteit zijn geprotocoliseerd. * Trainingen en/of programma's op maat van de klant behoren tot de mogelijkheid.
Globale stappen	Voorbeelden van producten en diensten van Fysergo. **1.** Curatieve bedrijfsfysiotherapie. Doelgroep : Werknemers met een beginnende klachten van spieren en gewrichten Inhoud : Snelle interventie, diagnostiek, behandeling en werk(plek)gericht advies Periode : Bij aanvang van de klacht t/m de eerste 6 weken. **2.** Individuele training on the job. Doelgroep : Werknemers met klachten van spieren en gewrichten, waarbij de werkmethode en het werkplekgebruik een

	risico vormen voor recidiveren. Inhoud : Intake, werk(plek) oriëntatie, werkplekadvies/instructie en training gericht op de aandoening. Periode : Na de acute fase van de spier en/of gewrichtsaandoening. **3.** Workhardeningstraining. Doelgroep : Werknemers met een verhoogd risico voor klachten van spieren en gewrichten en/of verhoogde fysieke belastingsrisico's op het werk(plek). Inhoud : Voorlichtings- en trainingsprogramma waarbij gewerkt wordt aan verbeteren van van het zelfmanagement van fysieke belastingsrisico's en de fysieke conditie. Periode : Niet in de acute periode van een aandoening. Overige produkten: Preventieve fysieke belastingstrainingen en Ergonomie advies/onderzoek/ontwerp-analyse.
Titel	nek- of rugklachten, Handboek Rug Advies Centrum - Biedt mensen met - weer een toekomst.(z.j.) (59 pags.)
Doelgroep	werknemers met a-specifieke rugklachten of Whiplash syndroom
Bron	Rug Advies Centra Nederland B.V. Soestdijkseweg Zuid 15, 3732 HC DeBilt. Tel.: 030 220 90 20 Fax: 030 220 90 29. Het RAC is geen instelling voor gezondheidszorg en valt dan ook niet onder de betalingsregels voor de gezondheidszorg. Het levert diensten in het kader van 'werken' en wel gericht op werkhervatting als sprake is van verzuim of arbeidsongeschiktheid. De expertise en het eventuele interventieprogramma kunnen door diverse UVI's deels vergoed worden.
Samenvatting	Doel: om uniformiteit in aanpak te waarborgen zijn protocollen ontwikkeld die jaarlijks aan de hand van gegevens uit wetenschappelijk onderzoek (evidence based) worden verbeterd, en bestemd voor gebruik door bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch adviseurs de protocollen van het RAC worden beschreven voor diverse preventieprogramma's, voor de intake (multifactorieel onderzoek), voor een rugtrainingsmodule en voor interventieprogramma's. Genoemde arbeidsaspecten: arbeidsconflict, problemen op het werk, men kan terug in oude functie. Tijdsaspecten • geen verzuim: primair preventieprogramma • < 6 weken verzuim: is beïnvloedbaar, hiervoor bestaat secundair preventieprogramma • á 10-12 weken verzuim: tijdgebonden aanpak gericht op activering; bij verwachting van chroniciteit multifactorieel onderzoek, anders monofactoriële aanpak • > 10-12 weken verzuim: 50% kans op blijvend arbeidsongeschikt; multifactorieel onderzoek leidend tot plan van aanpak om

Globale stappen	cliënt te begeleiden naar volledige werkhervatting. • preventieprogramma's: primair en secundair preventieprogramma resp. preventieve rugtraining en de persoonlijke preventietraining • multifactorieel onderzoek (intake) • rugtrainingsmodule: reactiveringsfase (4 wkn), reconditioneringsfase (4 wkn), reïntegratiefase (3 wkn) interventieprogramma's: * cognitieve module, * counselingmodule, * fysiek operante trainingsmodule, * psychodynamische module, * 'whiplash'-module, * werkreïntegratiemodule.

4.2 Diagnosegroep: Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen [CAS- P]

4.2.1 Bedrijfsgeneeskundige praktijk

titel	psychische aandoeningen, Registratierichtlijnen voor de diagnostiek van beroeps-gebonden - (februari 1998) (19 pags.)
diagnose (groep)	psychische aandoeningen, beroepsgebonden - / BGZ
bron	auteurs: Blonk RWB, Dijk FJH van. Nederlands Centrum van Beroepsziekten, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam. Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam. Tel 020 5665325.
samenvatting	Doel is het vaststellen van diagnostische criteria voor psychische aandoeningen in relatie tot het werk, met name het vaststellen van beroepsgebondenheid bij psychische aandoeningen: dit is het geval bij Post-Traumatische Stress Stoornis (PTSS) en Burnout/Overspanning (B/O)
globale stappen:	Differentiaaldiagnostiek: 1) uitsluiten van depressie en rouw reactie 2) uitsluiten van angststoornissen anders dan PTSS 3) Diagnostiseer een arbeidsgebonden PTSS indien de traumatische ervaring arbeidsgebonden is 4) controleer op distress symptomen 5) diagnostiseer een B/O indien de patiënt aan deze criteria voldoet 6) diagnostiseer een arbeidsgebonden B/O indien de stressoren in de arbeidssituatie liggen. Registratie richtlijn beroepsgebonden PTSS en ASS (Acute Stress Stoornis): a. Klinisch beeld: anamnese b. Blootstelling: confrontatie met traumatische ervaring in het werk, minimale blootstellingsintensiteit (niet te kwantificeren), minimale blootstellingsduur (niet te kwantificeren), duur van de klachten (langer dan 2 dagen en korter dan 4 weken na de gebeurtenis: ASS; langer dan 4 weken PTSS), latentietijd (ASS: minim. 2 dagen, maximaal 4 weken; PTSS: doorgaans binnen 3 maanden na gebeurtenis, maar kan ook maanden of zelfs jaren uitblijven) c. Beroepsgebondenheid: causale traumatische gebeurtenis gerelateerd aan het werk, mate van beroepsgebondenheid Registratie richtlijn beroepsgebonden B/O (Burnout/Overspanning): a. Klinisch beeld: anamnese b. Blootstelling: confrontatie met (een combinatie van) pro-

	blematische situaties (stressor) in het werk die een oplossing vereist van de persoon, maar waarvoor de persoon zijn of haar eigen oplossingsvaardigheden als onvoldoende ervaart Beroepsgebondenheid: stressoren gerelateerd aan werk van betrokkene
titel	psychische klachten, Richtlijnen voor de begeleiding van - (in ontwikkeling)
diagnose (groep)	psychische klachten / BGZ
bron	Netwerk SKB nr. 16 okt. 1998: Stichting Kwaliteits-bevordering Bedrijfsgezondheidszorg (J. van der Klink) in opdracht van Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg Entrada 202, 1096 EE Amsterdam. Tel. (020) 690 40 46.
titel	psychische klachten, Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij - (1996)
diagnose (groep)	psychische klachten / BGZ
bron	auteurs: Erp N van, Bijl R. Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (nu: Trimbosinstituut)
samenvatting	Doel: het zoeken naar richtlijnen voor sociaal-medische beoordeling en begeleiding bij psychische klachten. De richtlijnen zijn gebaseerd op een Delphi-onderzoek onder vertegenwoordigers van één beroepsgroep (23 bedrijfsartsen) naar normen voor de uitvoering van sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten. Het onderzoek wordt door de auteurs gezien als een aanzet voor (verdere) ontwikkeling van richtlijnen.
globale stappen	Er resulteerde een 36-tal richtlijnen, gegroepeerd onder vijf noemers: 1) beoordeling van de arbeidsgeschiktheid; 2) beoordeling van de mogelijkheid van terugkeer naar het werk; 3) prognose voor terugkeer naar het werk; 4) adviezen in het kader van de begeleiding; 5) beoordeling van het geschikte moment voor (gedeeltelijke) werkhervatting.
titel	Werkstress, Handboek SMB. - en Lichamelijke overbelasting. Protocollen voor sociaal-medische begeleiding, 1995
diagnose (groep)	werkstress / BGZ
bron	Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg

samenvatting	Entrada 202, 1096 EE Amsterdam. Tel. (020) 690 40 46. Auteurs: Dijkstra EJ, Lebbink M, Weel AHN. (NB. Dit handboek wordt op dit moment niet meer door SKB uitgegeven.) zie voor de globale opzet verder: diagnose(groep) lichamelijke overbelasting.

4.2.2 Verzekeringsgeneeskundige praktijk

titel	psychische stoornissen, 'Onderzoeksmethoden bij - (stemmings-, angst, somatoforme, aanpassings- en persoonlijkheids-stoornissen)'. (1997) Verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethode bij het vaststellen van het vermogen om te functioneren van mensen met psychische problemen. Standaard. (46 pags.)
diagnose (groep)	psychische klachten / VG
bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen, Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam. Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00.
samenvatting	Doel: de standaard beoogt de kwaliteit van de (sociaal-medische) beoordeling (in het kader van de schatting AAW/WAO) bij te verhogen en het handelen van de verzekeringsarts inzichtelijker, meer toetsbaar en meer stuurbaar te maken. Zo kan de standaard leiden tot een meer uniforme beoordeling en is het een instrument bij het streven naar meer rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor de cliënt. De standaard beschrijft het handelen van de deskundige en ervaren verzekeringsarts onder optimale omstandigheden (de 'state of the art') en de inhoudelijk en procedureel meest verkieslijke werkwijze van verzekeringsartsen in concrete beoordelingssituaties. 'Hoewel de standaard geen richtlijnen geeft voor het oordeel over de mogelijkheden om te functioneren, kan de standaard uiteindelijk toch bijdragen aan een meer rationele beslissing over het gewicht dat aan de bevindingen moet worden toegekend en helpen voorkomen dat de verzekeringsarts oordeelt op basis van intuïtie of 'klinische blik'. 'Mogelijkheden om te functioneren' is datgene wat men kan en niet kan in termen van mogelijkheden en beperkingen voor arbeid (belastbaarheid). In de bijlagen van de standaard worden verschillende gebruikte begrippen (bijvoorbeeld gesprekstechniek, dramadriehoek etc.) verder toegelicht en voorzien van literatuurreferenties.
globale stappen	De voorgestelde onderzoeksmethoden sluiten aan bij het arbeidsongeschiktheidsbegrip zoals uiteengezet in de richtlijn 'medisch arbeidsongeschiktheidscriterium' (zie aldaar in deze inventarisatie). Voor de onderzoeksmethoden worden de randvoorwaarden geschetst (attitude, deskundigheid van de vg, tijd en middelen), de valkuilen (observer-bias, overdracht en tegenoverdracht, dramadriehoek) en

de locatie. De standaardmethoden die de vg altijd gebruikt zijn:
1) dossieronderzoek
2) beoordelingsgesprek: doel, indicatie en uitvoering worden per onderdeel uiteengezet; onderdelen die aan de orde komen zijn: de mening van de cliënt, het dagverhaal, de anamnese en de opleidings- en arbeidsanamnese
3) psychiatrisch onderzoek
4) aanvullende methoden: gericht lichamelijk onderzoek, informatie bij de behandelende sector, bij de bedrijfsarts, interne consultatie (collega vg, arbeidsdeskundige), externe consultatie (maatschappelijk werker, psychiater of psycholoog, neuropsycholoog, de hetero-anamnese (bij personen uit directe omgeving cliënt), de proefplaatsing (bij eigen of andere werkgever, of in een arbeidsrehabilitatie-programma), vragenlijsten
5) rapportage.

4.2.3 Diagnostiek en behandeling

Voor de psychische aandoeningen en gedragsstoornissen bestaan slechts enkele standaarden afkomstig uit het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing, de CBO-richtlijnen.
Bij navolgende curatieve standaarden zijn opmerkingen over arbeidsaspecten, voorzover die in betreffende standaarden voorkomen, uit het reeds genoemde As/tri-rapport Protocollen en Chronisch Zieken (Weel e.a., 1997) aangehaald.
Het recente "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (onder redactie van Willems, Croon en Koten,1998) besteedt consequent aandacht per diagnose(categorie) aan de factor arbeid. Indien in dit onderwerp een diagnosecategorie is (of binnenkort wordt) opgenomen wordt dat eveneens vermeld.

>Angststoornissen
• NHG-standaard 1997, M62. In de anamnese wordt gevraagd naar de invloed van de klachten op het sociale functioneren, vermijden van bepaalde situaties of activiteiten en de relatie met stress, overbelasting, relatie- of werkproblemen, ingrijpende of traumatische gebeurtissen (NHG-standaard samenvatting).

>Depressie
• NHG-standaard 1994, M44. 'In de anamnese wordt geïnformeerd naar levens- en werkomstandigheden en eventuele problemen of veranderingen daarin, waaronder problemen op het werk en ziekmelding. In de noten wordt vermeld dat zowel milde als ernstige depressies gepaard kunnen gaan met beperkingen in het sociaal functioneren, verhoogd ziekteverzuim en een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid. Volgens de standaard hoeft de patiënt niet perse thuis te blijven en kan eventueel zijn werk voortzetten. Bij de begeleiding door de huisarts wordt het functioneren thuis en op het werk besproken' (Weel e.a., 1997; pag. 38).

• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern aangekondigd over Depressie (F6). Katernen over Surmenage (F2), Aandachts- en concentratiestoornissen (F3) en over Gedrags- en relatieproblemen (F4) zijn aangekondigd.

Verslavingen
>Alcoholgebruik, problematisch
• NHG-standaard 1991, M10. 'Bij vragen naar drinkgedrag komt alcoholgebruik op het werk aan de orde' (Weel e.a., 1997, pag. 36).
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Alcohol en drugs (F5; okt. 1997).

> Verslaafden aan opiaten. Consensustekst medisch beleid bij aan opiaten verslaafde gedetineerden.
• CBO-richtlijn (111286). 'Bevat een paragraaf over reclassering. Verder geen arbeidsaspecten genoemd ' (Weel e.a., 1997, pag. 40).
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Alcohol en drugs (F5; okt. 1997).

4.2.4 Specifieke interventiecentra

Titel	Bedrijfsmaatschappelijk Werk
Diagnose (groep)	Psychosociale problematiek in de werk- of privésfeer
Bron	* Bedrijfsmaatschappelijk Werk Nederland (BWN), tel./fax: 030 - 2935209/6709 Winthontlaan 200, Postbus 2453, 3500 GL Utrecht (hoofdkantoor) 48 vestigingen, ontstaan uit het algemeen maatschappelijk werk * Employee Management Nederland (EMN), tel./fax: 030 2670000/2899353 Winthontlaan 188, 3526 KV Utrecht, EMN vormt een onderdeel van de NTN groep, die staat voor zorgbemiddeling en coördinatie (o.a. wachtlijstbemiddeling, thuiszorg of kinderopvang) en voor bedrijfsmaatschappelijk werk heeft zij BWN gecontracteerd. * GIMD, tel./fax: 058-2153565/0185 Celsiusweg 6-a, Postbus 790, 8901 BN Leeuwarden (hoofdkantoor) en vijf regiokantoren in o.a. Groningen, Den Haag, 's Hertogenbosch en Leusden.. Deze instantie geeft ook een informatiebulletin uit.
Samenvatting	Doel: Een bedrijfsmaatschappelijk werker ondersteunt, adviseert, informeert, bemiddelt, vangt op en begeleidt bij problemen in de werk- of privé-sfeer Hierbij valt te denken aan de volgende werkgerelateerde problematiek: - Reorganisaties, overspannenheid, arbeidsconflict met collega of chef, opvang na seksuele intimidatie of bij een psycho-traumatische gebeurtenis.

- Beschrijven van consequenties voor betrokkene (collega's, werkgever, gehele bedrijf of derden);
- Bespreken van gevonden oplossingen met zowel werkgever als de werknemer.

Stap 3: Realisatie: het opstellen van een actieplan.

- Bepalen van wat, door wie (in te schakelen personen of instanties), wanneer wordt gedaan; welke kosten; eventueel productiviteitsverlies;
- Afspreken van evaluatiemoment; noteren van te verwachten problemen.

4.3.2 Verzekeringsgeneeskundige praktijk

titel	Arbeidsmedische Beoordelingen, De standaard - (concept). Onderzoeksmethoden naar mogelijkheden en beperkingen in het kader van arbeidsmedische beoordelingen (versie: 7 september 1997) (37 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG
bron	NVVG (opdrachtgever): Projectgroep Onderzoeksmethoden (PROM) o.l.v. J.H.B.M. Willems. Secretariaat NVVG, Oude Tielseweg 2, 4116 EA Buren (Gld.) Tel/fax: 0344 - 57 26 30.
samenvatting	Doelen zijn: bedrijfs- en verzekeringsartsen behulpzaam zijn bij het vaststellen van de arbeidsmogelijkheden bij werknemers die wegens gezondheidsproblemen uit het arbeidsproces zijn gevallen; inzichtelijk zijn voor cliënten en andere betrokkenen de standaard verschaft inzicht in de state of the art van het onderzoek zoals dat gestructureerd is in de praktijk van alle dag. De standaard wordt in 3 stappen gepresenteerd en gedocumenteerd. In bijlagen wordt achtergrondinformatie verstrekt omtrent het denkkader, de te maken keuzen, de afwegingen, en de uiteindelijke oordeelsvorming.
globale stappen	Gebaseerd op de WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH): *Oriëntatie*: tijd en plaats; historische oriëntatie; oriënterend gesprek. Op grond hiervan wordt een keuze gemaakt m.b.t. aard/omvang, o.a. afhankelijk van: verzuimduur, complexiteit casus, consequenties en eventuele acties, omkeerbaarheid van het proces, moment waarop arts wordt ingeschakeld. *Anamnese en onderzoek*: anamnese: medisch, psychisch/psychosociaal, biografisch, dagelijkse activiteiten, arbeidssituatie en familie, werkgever, overigen; onderzoek: lichamelijk, functiegericht, psychologisch/psychiatrisch, verwerkingsvermogen. Vervolgens bepalen of voldoende gegevens

	beschikbaar zijn om tot een arbeidsmedisch oordeel te komen: het vaststellen van een eventuele arbeidshandicap op basis van verzamelde gegevens. Zo niet, dan aanvullende gegevens nodig m.b.t. ziekte, stoornissen (bijv. door medisch-specialisten); m.b.t. beperkingen (bijv. door expertise- en revalidatiecentra); m.b.t. werkbelasting (bijv. bij werkgever, collega BA/VA, belasting in de privé-omgeving, op de werkplek, arbeidsdeskundige). *Arbeidsmedisch oordeel*: hervattingsadvies; interventie advies, dit bestaat uit a] toepassing wettelijke mogelijkheden, b] werkaanpassing, c] assessment, d] arbeidstoeleiding of e] duurbelasting testen; uitkeringsadvies.
titel	arbeidsongeschiktheidscriterium, Richtlijn Medisch - (26 pgs; sept. 1996) (26 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG
bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen, Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam, Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00
samenvatting	Doel van de richtlijn: formuleren van uitgangspunten voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, door interpretatie van het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium. De standaard beschrijft de plaats van het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium binnen het integrale ongeschiktheidscriterium. De interpretatie wordt besproken.
globale stappen	'Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met arbeid geld te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht, of in de omgeving daarvan, met arbeid gewoonlijk verdienen.' Het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium is '... rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken ...' Interpretatie van de elementen: 1) arbeidsongeschikt is hij die als gevolg van ziekte of gebreken niet in staat is: stoornissen op het niveau van het lichamelijk en geestelijk functioneren, beperkingen op het niveau van de gedragingen en activiteiten en handicaps op het niveau van de sociale rollen, toegespitst op de arbeidsrol (beperkingen dienen directe relevantie voor arbeid te hebben). Er is sprake van a.o. wanneer de VA op drie niveaus logisch samenhangende uitingen van ziekte constateert: consistentie. Als die er niet

en nazorg, gericht op (groepen) werknemers met arbeidsgerelateerde problematiek (SAGA)
- De cursus "Arbeid en Stress" voor cliënten van de Riagg (RIAGG Amsterdam-Zuid/Nieuw-West)

4.3 Algemeen, geen specifieke diagnose(groep)

4.3.1 Bedrijfsgeneeskundige praktijk

titel	Beroepsziekten, Registratierichtlijnen - (1997).
diagnose (groep)	niet specifiek / BGZ
bron	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten Coronel Instituut AMC Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam. Tel. 020 566 53 87.
samenvatting	'De registratierichtlijnen geven informatie met betrekking tot het causale verband tussen aandoeningen en blootstellingen in het werk en hebben tot doel de registratie te stimuleren en uniformeren' (pag. 7). De bundel bestaat uit de richtlijnen voor de vaststelling van een honderdtal beroepsziekten. Bij het melden van aandoeningen gelden de volgende overwegingen: a] incidentie of prevalentie; b] welke categorie? c] preëxistente aandoeningen en d] bedrijfsongeval of beroepsziekte?
globale stappen	De standaardopmaak vermeldt steeds de volgende aspecten: - de registratierichtlijnen: hierin worden duidelijke en praktisch hanteerbare criteria gegeven voor het al dan niet melden van een aandoening. Hierbij wordt de opmerking gemaakt dat voor beoordeling van compensatieclaims of juridische bewijsvoering om een causaal verband tussen blootstelling en ziektebeeld aan te tonen deze richtlijnen onvoldoende onderbouwd zijn. De beschrijving van het agens wordt gegeven de in de meest voorkomende vorm en evenals de meest algemene beroepsmatige toepassingen en blootstellingsbronnen. Bij de gezondheidseffecten en diagnostische overwegingen worden de belangrijkste aspecten van het ziektebeeld en de diagnostiek toegelicht.

titel	Paswerk : praktijkboek voor individuele arbeidsaanpassing van arbeids-ongeschikte werknemers. (1992) (73 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek bedrijfsgezondheidszorg / BGZ
bron	TNO Arbeid, Polarisavenue 151, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp. Tel. 023 554 93 93
samen-vatting	Doel van de methode is het aanpassen van functies en werkplekken van werknemers met gezondheidsproblemen en/of beperkingen. De

	methode is in principe geschikt voor alle functies en werksoorten en voor alle soorten aandoeningen en beperkingen. Het analyse-instrument kan worden gebruikt als onderdeel van een reïntegratie-procedure. Paswerk richt zich op het werk dat de werknemer op dat moment verricht, of waarvan deze op dat moment verzuimt. Het gaat om het creëren van oplossingen waardoor de werknemer dat werk (weer) kan doen, ook met een ziekte of aandoening. Bij Paswerk is vooral van belang welke gevolgen de ziekte of aandoening heeft voor het werk; minder belangrijk is wat de oorzaak is van de gezondheidsproblemen. De methode kan worden gebruikt in het onderhandelings-proces tussen werkgever (leidinggevende) en werknemer, hierbij geadviseerd door een deskundige van de arbodienst, in alle gevallen wanneer langer durende gezondheidsproblemen het werk beïnvloeden. Het is geen instrument waarmee een externe deskundige aangeeft wat er moet gebeuren. Recent zijn er sector specifieke versies ontwikkeld.
globale stappen	Er zijn drie na elkaar af te werken stappen; hierbij worden checklist-formulieren gebruikt om de gebruikers op ideeën te brengen: Stap 1: Analyse: overzicht maken van taken en problemen daarbij; - Wat is de functie, welke afdeling, met wie wordt samenge werkt? is er een tijdelijk of ander contract? - Wat was de reden om de analyse uit te voeren (langerdurend of frequent kort verzuim, gezondheidsklach ten)? - Wat is de voorgeschiedenis, en wat was er al ondernomen? - Zijn er persoonlijke omstandigheden die een rol spelen bij de problematiek of die oplossingen zouden vergemakkelij ken of verhinderen? - Wat zijn de kerntaken en wat zijn neventaken in de functie? - Welke functioneringsproblemen doen zich bij welke taak voor? - Per functioneringsprobleem analyseren of het probleem bestaat in termen van: kennis- en vaardigheden; werk- en rusttijden; taakorganisatie; lichaamshouding en beweging; mentale, perceptieve en emotionele belasting; fysieke en sociale omgeving; klanten, primair proces en context; han delingen; gebruikte middelen; te halen normen. Stap 2: Maatregelen: het zoeken naar oplossingen; - Bedenken van zoveel mogelijk oplossingen voor de gesig naleerde functioneringsproblemen; - Analyseren van de mogelijke oplossingen; - Voorstellen van aanpassingen van taken, de functie (samenstelling) of zoeken andere functie; - Maken van plan voor de realisatie voor voorgestelde aan passingen en maatregelen;

Globale stappen	Bij privéproblematiek valt aan het volgende te denken: - Begeleiding bij rouwverwerking, relatie- of gezinsproblematiek en advisering bij verslaving of financiële problematiek *Verwijzing*: de bedrijfsarts zal aan de hand van zijn eigen inschatting van de problematiek de werknemer doorverwijzen naar de bedrijfsmaatschappelijk werker. Deze doorverwijzing kan telefonisch of via een (fax)formulier plaatsvinden. *Het intakegesprek:* Het eerste consult zal bestaan uit een probleemverhelderend gesprek om tot een duidelijke werkdiagnose, hulpvraag of verwijzing te komen, waarna terugkoppeling met bedrijfsarts volgt. *De instrumenten of vervolgconsulten*: Bij privéproblematiek bestaan de volgende instrumenten: - bij structurele psychische problematiek doorverwijzing psycholoog (bv. RIAGG) - bij relationele problematiek overbrugging naar reguliere hulp (maatschappelijk werk) - bij financiële problematiek doorverwijzing naar lokale schuldhulpverlening - bij verslaving doorverwijzing naar CAD Bij werkgerelateerde problematiek hebben de consulten de volgende inhoud of doelen: - bij reorganisatie/overcompleet begeleiding verandering werksituatie - bij overspannenheid of stressklachten probleemdiagnose en structurering - bij arbeidsconflict consultatie, advies, begeleiding - bij seksuele intimidatie of een psychotraumatische gebeurtenis opvang, begeleiding, verwijzing. Het GIMD kan een vertrouwenspersoon beschikbaar stellen en ondersteunt bij het opstellen van beleid tegen seksuele intimidatie, agressie en geweld op de werkvloer. De meeste verwijzingen intern bij werkgerelateerde problematiek zijn naar leidinggevende, P&O , A&O-kundige en de bedrijfsarts.
titel	Psychotherapie, Medplan - .
diagnose (groep)	psychische klachten
bron	In opdracht van De Gezonde Zaak, training en therapie ontwikkeld door Instituut Werk en Stress (in samenwerking met de Universiteit Utrecht). Prof. Bronkhorstlaan 10, 3723 MB Bilthoven (dr. P.J.G. Schreurs). Tel. 030 2280115.
samenvatting	Doel: mensen, die nog maar kort uit het arbeidsproces zijn uitgevallen, middels psychologische begeleiding helpen met terugkeer op het werk. Het is een geprotocolleerd assessment- en behandelprogramma voor werknemers die verzuimen wegens werkgerelateerde psychische

	klachten, en is ontwikkeld voor gebruik door een landelijk netwerk van centra voor traing en therapie (De Gezonde Zaak , Postbus 4001 6803 EA Arnhem, tel. 026 - 320 1890). Het Medplan Psychotherapie biedt een kortdurende psychologische begeleiding welke gericht is op het verhelpen, verminderen en/of voorkomen van (psychische) klachten. Werkhervatting is hierbij een belangrijk aandachtsgebied. Indicaties: psychische klachten die voornamelijk binnen het Medplan Psychotherapie behandeld kunnen worden zijn: aanpassingsstoornissen, overspannenheid, burnout, depressie, paniek- en angststoornissen. Het Medplan Psychotherapie brengt structuur in het psychologische handelen bij psychische problematiek en speelt in op moderne trends ten aanzien van hulpverlening. Er is een eenduidig en doorzichtig systeem van psychodiagnostiek en behandeling. Er is uitgebreide cliëntenvoorlichting (zowel van de stoornis als van de behandeling). De actieve deelname van de cliënt wordt vergroot middels praktijkopdrachten en er is sprake van een inzichtelijk behandelproces zowel voor cliënt, voor behandelaar en voor de verwijzer.
globale stappen	Verwijzing: de bedrijfsarts zal aan de hand van zijn eigen inschatting van de diagnose (eventueel in overleg met de psychotherapeut) werknemers doorverwijzen naar Medplan Psychotherapie. Op vaste momenten wordt de bedrijfsarts geïnformeerd en/of wordt contact met hem gezocht voor overleg: bij aanmelding; na afronding van de diagnostische fase (vóór de eventuele start van de behandelingsfase); na afronding van de behandeling en voor de eventuele start van de verlenging van de behandeling. Behandeling: Voor verschillende klachten zijn protocollen gemaakt bestaande uit diverse behandelmodules, toegespitst op de specifieke problematiek van de cliënt. De protocollen zijn voor: overspanning, paniekstoornis en agorafobie, depressie, specifieke fobie, sociale angst, posttraumatische stressstoornis.

Titel	Arbeidshulpverlening, diverse methodieken - .
diagnose (groep)	arbeidsgerelateerde (psychische) problematiek
bron	diverse RIAGGS
samenvatting	doel is hulpverlening bij psychische problematiek ten gevolge van arbeidsproblemen Reeds operationele methodieken: - Een kortdurend hulpverleningsaanbod (maximaal 12 zittin gen), speciaal voor mensen met arbeidsgerelateerde proble matiek (RIAGG Westhage) - Een training "Terugkeer in de arbeidssituatie" (RIAGGS Stad Utrecht en West-Utrecht) - Diverse cursussen en trainingen, kortdurende behandelingen

	is, is er geen ongeschiktheid als gevolg van ziekte; hetgeen niet betekent dat er geen ziekte of gebrek bestaat. 2) dit gevolg moet rechtstreeks zijn: d.w.z. rechtstreekse gevolgen voor het kunnen hanteren van de eisen die de betreffende arbeid stelt. 3) dit gevolg moet vaststelbaar zijn: op basis van de beleving van de cliënt stelt de VA bij zijn onderzoek vast of de klachten aanleiding geven tot ongeschiktheid, doordat hij van het bestaan en de logische samenhang van stoornissen, beperkingen en handicaps overtuigd raakt. 4) dit vaststellen moet medisch zijn: d.w.z. op in reguliere gezondheidszorg aanvaarde (d.w.z. onder artsen en andere paramedische deskundigen algemeen geaccepteerde) wijze. 5) dit vaststellen moet objectief gebeuren: vaststellen dient a. toetsbaar te zijn (wordt vastgelegd volgens richtlijnen van het Rapportageprotocol van het Tica (Lisv); b. reproduceerbaar te zijn, d.w.z. vakkundige constatering van feiten die door gekwalificeerde beroepsgenoten ook zouden zijn waargenomen en die tot dezelfde vaststelling zouden zijn gekomen; c. consistentie: claim en klachten worden getoetst op onderlinge samenhang en wat bij verder onderzoek wordt waargenomen, eventueel aangevuld met die van anderen zoals bedrijfsartsen, werkgevers, behandelend artsen, (arbeids)deskundigen en collega's van cliënt. Bijzondere aandachtspunten zijn: - de diagnose (deze verschaft op zichzelf nooit recht op uitkering; het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium vereist het vaststellen van een consistent geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps; een diagnose zegt meestal weinig tot niets over het vermogen om met arbeid te kunnen verdienen), - de relatie tussen sociale en arbeidsgebonden problematiek en arbeidsongeschiktheid als uitvloeisel van ziekte of gebrek, - de begrippen 'objectief', 'consistent', 'oorzaak', - de problematiek rond 'moeilijk objectiveerbare' aandoeningen, - het onderscheid tussen niet kunnen/niet willen, - de beoordeling van psychiatrische/psychische aandoeningen en - wel kunnen, niet mogen: tot schade van de gezondheid werken.
titel	Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts. Verzekeringsgeneeskundige standaard (februari 1998) (36 pag.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG

bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam, Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00
samenvatting	Doel van de standaard: stroomlijnen gegevensbeheer onder medisch beroepsgeheim verzekeringsarts; met het opstellen van deze richtlijn wordt beoogd een eind te maken aan de onduidelijkheid over de status van gegevens, vallend onder het beroepsgeheim van de verzekeringsarts. De standaard geeft concreet aan hoe de verzekeringsarts gegevens moet hanteren die onder zijn medisch beroepsgeheim vallen. Dit geeft houvast voor de verzekeringsarts, duidelijkheid voor de betrokken cliënten, bedrijfsartsen, behandelend artsen en instanties en deskundigen waarmee de verzekeringsarts samenwerkt.
globale stappen	De volgende onderdelen worden uitgewerkt: 1) Uitgangspunten: beroepsgeheim, zwijgplicht, spreekplicht; 2) Gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de VA; 3) Medisch dossier: beheer alle gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim; 4) Rapportage: motivering met relevante gegevens; 5) Gebruik gegevens binnen de sociale verzekering: VA, andere deskundigen, kwaliteitszorg, gebruik bezwaarschriften; 6) Gebruik gegevens buiten de sociale verzekering: cliënt en/of zijn gemachtigde, bedrijfsartsen, rechterlijke macht (bestuurs- en civielrechtelijk), behandelaars, arbeidsbemiddelaars, regionaal directeur arbeidsvoorziening, medisch adviseurs particuliere verzekeringen, instanties 'Besluit gegevensverstrekking sociale verzekeringen 1997'; 7) Voorlichting. 8) In de toelichting worden alle onderdelen in detail uitgewerkt.

titel	'Beoordeling reïntegratie-inspanningen werkgever', Arbeidsdeskundige Standaard - (1998) (25 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG
bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00
samenvatting	Doel van de standaard: formuleren van nieuwe arbeidskundige beleidskaders en uitgangspunten voor beoordeling reïntegratie-inspanningen werkgever naar aanleiding van de gewijzigde wetgeving (Wulbz 1 maart 1996) en het nieuwe Lisv-model voor de poortwachtersfunctie (1 september 1997); doel is te bevorderen dat de reïntegratie op een zo adequaat mogelijke manier plaats vindt.

	Het domein van de standaard beslaat de beoordeling door de arbeidsdeskundige van de reïntegratie-inspanningen van de werkgever aan de hand van een reïntegratieplan. Die beoordeling start voor de arbeidsdeskundige bij ontvangst van het volledig reïntegratieplan (nog niet bij het voorlopig plan). De beoordeling eindigt wanneer er geen dienstverband meer is, wanneer vaststaat dat terugkeer bij de eigen werkgever niet mogelijk is of bij een geslaagde herplaatsing.
globale stappen	De beoordeling valt uiteen in drie onderdelen: beoordeling tijdigheid: wanneer het reïntegratieplan is ingediend direct na 13 weken arbeidsongeschiktheid of wanneer het is ingediend uiterlijk binnen 8 maanden, indien na 13 weken een voorlopig reïntegratieplan werd ontvangen; beoordeling adequaatheid: is er voldoende informatie om de inspanning te kunnen beoordelen? (beoordelingspunten: belasting eigen werk, beperkingen en mogelijkheden en de relatie tussen beide; belasting ander werk en de relatie met de beperkingen en mogelijkheden; de inspanningen en interventies van de werkgever en de visie van de werknemer) is de reïntegratie-inspanning voldoende? (beoordelingspunten: beperkingen en mogelijkheden en prognose; afweging belastbaarheid met beperkingen en mogelijkheden; inspanningen en interventie werkgever). Hierbij spelen een rol geen of wel hervattingsmogelijkheden, te ondernemen acties, de verwachtingen ten aanzien van de werkgever en passendheid van werk; beoordeling uitvoering reïntegratieplan: concrete check op daadwerkelijke uitvoering van voorgenomen reïntegratie-inspanningen.

titel	Communicatie met behandelaars, Standaard - (1996). Richtlijnen voor de communicatie tussen (op initiatief van) bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars. (19 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG
bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam, Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00
samenvatting	doel van de standaard is het stroomlijnen van de informatieuitwisseling met behandelende artsen (verwijzen, informatie opvragen). De standaard beschrijft 1] wanneer communiceer je?: de indicatiestelling; 2] waarover communiceer je?: de vraagstelling; en 3] hoe communiceer je?: de methodiek. De gebruikte begrippen worden toegelicht en verklaard en de reikwijdte van de standaard wordt aangegeven.
globale stappen	1 indicatiestelling: twee gebieden: inhoudelijk: arbeidsgezondheidskundige en gezondheidskundige indi-

	caties; cliënt is niet in staat feitelijke informatie geven, of slechts globale informatie geven, of de bedrijfsarts/verzekeringsarts betwijfelt de plausibiliteit van de informatie; formeel: cliënt appelleert aan uitlatingen van de behandelend arts, of dringt aan op overleg, of er is verschil in perceptie over de ernst van het probleem tussen cliënt en bedrijfsarts/verzekeringsarts of er dreigt een conflict tussen beide; vraagstelling: inhoud ervan wordt bepaald door de indicatie: welke feiten, welke interpretatie, welke meningen over mogelijkheden van cliënt om te functioneren en consequenties voor het beleid; methodiek: informed consent, machtiging, vorm communicatie en terugkoppeling aan cliënt.
titel	'Dezelfde oorzaak', toegenomen arbeidsongeschiktheid. (3 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG
bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam, Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00
samenvatting	Doel van dit procedurevoorschrift is verzekeringsartsen te ondersteunen bij een eenduidige uitvoering van de beoordeling van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten die aanspraak maken op hogere AAW/WAO uitkering (in kader van wet AMBER): met name de vraag of afgenomen mogelijkheden voortvloeien uit dezelfde (oorspronkelijke) of een andere oorzaak van arbeidsongeschiktheid.
titel	Geen duurzaam benutbare mogelijkheden, Standaard - (1996) (35 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG
bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00.
samenvatting	Doel van de standaard is het vergroten van het inzicht in en van de uniformiteit van de oordeelsvorming van de verzekeringsarts ten aanzien van die cliënten bij wie de mogelijkheden zo gering zijn dat arbeidskundige functieduiding niet zinvol is. Het principe is: áltijd functieduiding wanneer een cliënt een beroep doet op een arbeidsongeschiktheidsregeling. De standaard beschrijft een beperkte groep uitzonderingen op dit principe. De verzekeringsarts heeft als sociaalgeneeskundige de verantwoordelijkheid '... om tegenover het collectief van de premiebetalers duidelijk te maken dat de beslissing om in

	bepaalde gevallen niet over te gaan tot functieduiding, zorgvuldig tot stand is gekomen en op inhoudelijke goede gronden is genomen'.
globale stappen	De uitvoering vindt plaats door beantwoording van 2 hoofdvragen: 1) kan de cliënt zijn mogelijkheden nu benutten? en 2) kan de cliënt zijn huidige mogelijkheden duurzaam benutten? De verzekeringsarts legt de mogelijkheden altijd vast in het Functie Informatie Systeem (FIS). Er zijn vier uitzonderingssituaties mogelijk: IA] Er zijn geen duurzaam benutbare mogelijkheden (bij opname, bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid, onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren (zelfverzorging, het gezin, buiten gezin) en bij heronderzoek op wettelijke termijn of op indicatie; IB] nu geen benutbare mogelijkheden, maar op korte termijn wel (binnen drie maanden); II] nu wel benutbare mogelijkheden, maar aanmerkelijke verslechtering te verwachten (binnen drie maanden); III] blijvende wisselende mogelijkheden. Toepassing van de standaard: alle AAW/WAO, WAZ, Wajong beoordelingen. Conclusies dienen beargumenteerd terug te vinden te zijn in de rapportage.

titel	Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS (protocol) (1996) (9 pags.)
diagnose (groep)	niet specifiek / VG
bron	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen Postbus 74765, 1070 BT Amsterdam Gebouw Metropolitan, Buitenveldertselaan 3, 1082 VA Amsterdam, Tel.: 020 504 75 00
samenvatting	Doel van het protocol is de kwaliteit van de samenwerking tussen VA en AD bij beoordelingen te verbeteren.
globale stappen	Het proces van claimbeoordeling bestaat uit 9 stappen: 1) Start van de gevalsbehandeling (doel, traject, overleg VA en AD, informeren cliënt); 2) Vaststellen persoonsprofiel: functionele mogelijkheden (door VA); 3) Mondeling overleg tussen arbeidsdeskundige en verzekeringsdeskundige betreffende functionele mogelijkheden; 4) Vaststellen persoonsprofiel: overige kenmerken cliënt (door AD); 5) Vaststellen maatman; 6) Vaststellen potentiële arbeidsmogelijkheden; 7) Vaststellen arbeidsmogelijkheden; 8) Vaststellen resteren de verdiencapaciteit; 9) Informeren cliënt over maatman/maatmaninkomen, arbeids-

mogelijkheden, resterende verdiencapaciteit en mate van arbeidsongeschiktheid.

4.3.3 Diagnostiek en behandeling (huisartsgeneeskundige praktijk)

Hier zijn te noemen enkele NHG-standaarden voor de praktijkvoering van huisartsen: de standaard 'Randvoorwaarden verloskunde', voor 'Bereikbaarheid/ beschikbaar-heid', voor 'Medische verslaglegging' en die voor de 'Verwijsbrief'.

4.3.4 Specifieke interventiecentra

titel	arbeidsexploratieproces, Kenmerken van het - (- procedurebeschrijvingen RCA -) (9 pags.)
doel(groep)	mensen met een fysieke beperking (bijvoorbeeld ten gevolge van een ongeval of ziekte) of met niet aangeboren hersenletsel
bron	Revalidatie Centrum Amsterdam (RCA), Overtoom 283, 1054 HW Amsterdam, telefoon: 020 607 16 07, fax: 020 607 18 90; contactpersoon: drs. J.J. Visser
samenvatting	Doel: onderzoek, planning en uitvoering revalidatie. Algemeen doel is arbeidsexploratie in het vergroten van zelfstandigheid / hulpbehoevendheid m.b.t. kunnen werken. Tijdsperspectief: observatie op de afdeling arbeidsexploratie duurt in principe niet langer dan 6 weken; - [verder geen tijdsperspectief genoemd: is w.s. afhankelijk van gestelde doelen en van revalidant; wel wordt de inzet van middelen (frequentie en duur) en geplande / daadwerkelijke behandelingen achteraf geëvalueerd]. - maximaal een jaar na afronding van de arbeidsexploratie wordt de revalidant op tevredenheid geraadpleegd. Andere dienstverlening RCA: o.a. werkplekbezoek, onderzoek arbeidsmogelijkheden, eenvoudig of uitgebreid beroepskeuzeonderzoek, neuropsychologisch onderzoek, onderzoek psychische belastbaarheid, uitgebreid psychologisch onderzoek, training/opleiding, onderzoek en advies t.a.v. voorzieningen en aanpassingen
globale stappen	1 Aanmeldingsfase • aanmelden revalidant door verwijzer • algemene informatie aan revalidant omtrent gang van zaken binnen instelling • overeenkomen datum revalidatie onderzoek 2 Revalidatieonderzoekfase • instructie voor revalidatieteamleden klaarmaken en verspreiden • revalidatieonderzoek disciplines • opstellen revalidatieplan

- informeren / consulteren revalidant
- brief maken aan verwijzer
- planning
- dossier bijwerken

3 Behandelfase

- uitvoeren revalidatieplan
- teambespreking behandelfase
- dossiervoering
- informeren / consulteren revalidant
- observeren en evalueren veranderingen; actualiseren revalidatie-plan

4 Afrondingsfase

- vaststellen einde revalidatieprogramma
- informeren / consulteren revalidant
- teamoverleg afrondingsfase / opstellen plan voor afronding
- uitvoeren plan voor afronding
- schrijven en verzenden ontslagbrief

5 Nazorgfase

- dag van ontslag
- dossiervoering
- informeren / consulteren revalidant

6 Evaluatiefase

- evaluatie van de behandeling

raadpleging revalidant.

4.4 Overige diagnosegroepen

In de vorige paragrafen zijn de standaarden uitgewerkt voor de twee voor arbodiensten omvangrijkste diagnosegroepen: de ziekten van het botspierstelsel en psychische aandoeningen en gedragsstoornissen.
In deze paragraaf worden de bestaande standaarden uit resterende diagnosegroepen kort aangeduid.
Voor relevante arbeidsaspecten zie men de lijst met NHG-standaarden en CBO-richtlijnen afkomstig uit het al eerder aangehaalde Astri-rapport (Weel e.a., 1997). In laatstgenoemde onderzoek zijn de standaarden gescreend op arbeidsaspecten. Daarbij werd geconcludeerd dat "... de meeste protocollen voor de curatieve geneeskunde geen enkele verwijzing bevatten naar het aandachtsgebied 'arbeid'. Waar wel sprake is van vermelding van arbeidsaspecten betreft het vaak een terloopse opmerking. 'Arbeid' komt nogal eens ter sprake als etiologische factor voor een ziekte of aandoening. (Re)ïntegratie in de arbeid bij of na een (chronische) ziekte blijft vrijwel geheel buiten beschouwing." (Weel, e.a. 1997, p. 23).
Het recente "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (onder redactie van Willems, Croon en Koten, 1998) besteedt consequent aandacht per diagnose(categorie) aan de factor arbeid. Indien hierin een diagnosecategorie is (of binnenkort wordt) opgenomen wordt dat eveneens vermeld.

De hieronder vermelde standaarden staan, zoals steeds, gegroepeerd per diagnosegroep, volgens de CAS-systematiek.
Bij de genoemde curatieve standaarden zijn opmerkingen over arbeidsaspecten, voorzover die in deze standaarden voorkomen, uit het rapport Protocollen en Chronisch Zieken (Weel e.a., 1997; zie ook eerdere opmerkingen) aangehaald.
De NHG-standaarden M01 tot M30, die het eerste standaardenboek vormen, zijn thans in bewerking. De tweede druk van dit boek zal in het najaar van 1999 verschijnen.

Aandoeningen, niet elders geclassificeerd [A]:
Deze blijven hier grotendeels buiten beschouwing, vooralsnog ontbreken hier (curatieve) richtlijnen. Hieronder vallen o.a. de volgende ook bedrijfsgeneeskundig relevante aandoeningen: status HIV-positief; ziekte door HIV; laat gevolg infectieziekte; bevriezing; acute en chronische vergiftiging; toxische inhalatiekoorts; stralingsziekte; caissonziekte; overige gevolgen van luchtdruk en waterdruk; allergische reactie.

Ziekten van bloed en bloedvormende organen [B]:
>Bloedonderzoek
- NHG-standaard 1994, M40; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Bloedonderzoek bij verdenking op leveraandoeningen

• NHG-standaard 1992, M22. '(Aanvragen voor leverfunctietests vinden voor een groot deel plaats bij patiënten met klachten over moeheid)' (Weel e.a. 1997, pag. 35)

>Consensustekst Behandeling Hemofilie
• CBO-richtlijnen 230187. 'Stelling 17: "Alle hemofiliepatiënten dienen, zo mogelijk vóór de eerste boeldtransfusie, gevaccineerd te worden tegen hepatitis B. Deze vaccinatie dient vervolgens op gezette tijden te worden herhaald. (Weel e.a. 1997, pag. 42).

Ziekten van hart- en vaatstelsel [C]:

>Angina Pectoris
• NHG-standaard 1996, M43. 'Bij de beschrijving van het beleid ten aanzien van patiënten met angine pectoris wordt vermeld dat afhankelijk van het beloop en de ernst van de angine pectoris werkzaamheden hervat of voortgezet kunnen worden' Weel e.a., 1997; pag. 38).

>Cholesterol
• NHG-standaard 1991, M20; geen arbeidaspecten genoemd.
• CBO-richtlijnen Oktober 1991. 'Stelling 5: "Screening van de gehele bevolking op hypercholesterolemie is af te raden." (Weel e.a. 1997; pag. 43).

>Hypertensie
• NHG-standaard 1997, M17; geen arbeidsaspecten genoemd.
• CBO-richtlijnen 160390. 'Stelling 8: (in de toelichting) "De huisarts blijft voor opsporing en behandeling van hypertensie de belangrijkste persoon. .... Ook de bloeddruk gemeten door de bedrijfsgeneeskundige dienst, keuringsarts of bloedtransfusiedienst maakt hier deel van uit, en behoort kenbaar gemaakt te worden aan de huisarts' (Weel e.a., 1997; pag. 42).

>Hartfalen
• NHG-standaard 1995, M51; geen arbeidsaspecten genoemd.
• CBO-richtlijnen 170494. 'Stelling 10: "Het onderhouden van een optimale conditie en het, zo nodig, reconditioneren van patiënten met hartfalen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan hun kwaliteit van leven." In de toelichting: "... Het advies om een aangepast leven te leiden en (zwaardere) inspanning te vermijden, zal herzien moeten worden." (Weel e.a. 1997; pag. 43).

>Varices
• NHG-standaard 1993, M30. 'Volgens de standaard is de invloed van een staand beroep op het ontstaan van varices gering. In de standaard wordt bij de leefregels wel aangeraden om bij patiënten met een staand beroep te bespreken of er, naast het dragen van elastische kousen, aanpassingen in de werksituatie mogelijk zijn' (Weel e.a. 1997; pag. 36).

>Consensus hemorroïden
• CBO-richtlijnen 031293; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Consensus Preventie van diep-veneuze trombose
• CBO-richtlijnen 180389; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Perifeer arterieel vaatlijden
• NHG-standaard 1990, M13; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Consensus Hart- en Vaatziekten en Sportbeoefening
• CBO-richtlijnen 251188. '(In samenwerking met de NVAB)' (Weel e.a. 1997; pag. 42).
• Richtlijnen Hartrevalidatie 1995 Deel I en 1995/1996 Deel II. Uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting 2e druk 1997 (resp. 64 en 208 pags.) Nederlandse Hartstichting Bordewijklaan 3, 25 91 XR Den Haag. Tel. 070 315 55 55.
Uitvoerige en gedocumenteerde beschrijving van basiszorg en revalidatiemodules die patiënten na een cardiaal incident en ziekenhuisopname, na indicatiestelling en revalidatiescreening (geïllustreerd met flowcharts), kunnen volgen bij revalidatie-teams (bewegings-modules, voorlichtingsmodule en psycho-educatieve preventie-module). Hierbij wordt aandacht gegeven aan werkhervattingaspecten, hierbij relevante sociale wetgeving (anno 1995: TZ, TBA, Arbo, TAV) en is er aandacht voor de rol van de bedrijfsarts en de arbeidsdeskundige.

Opmerking: In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) zijn katernen verschenen over Cardiale aandoeningen (B1; mei 1997), Aandoeningen van het perifere vaatstelsel (B2; juli 1997), CVA (B3; mei 1998) en Aangeboren hartafwijkingen (B4; mei 1997).

Ziekten van huid, subcutis en adnexen [D]:
>Acne vulgaris
• NHG-standaard 1991, M15. 'In de anamnese wordt gevraagd naar de werkomgeving van de patiënt.' (Weel, e.a. 1997; pag. 35).

>Condylomata acuminata
• NHG-standaard 1995, M53; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Ulcus cruris venosum
• NHG-standaard 1991, M16; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Dermatomycosen
• NHG-standaard 1997, M64; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Eczeem, constitutioneel
• NHG-standaard 1996, M 37; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Bacteriele huidinfecties
• NHG-standaard 1998, M68. Bij de anamnese wordt ingegaan op beroepsexpositie, bijvoorbeeld bijtwonden bij dierenverzorgers, gevangenispersoneel en politiebeambten. Bij beleid wordt ingegaan op preventie en profylactische behandeling van bijtwonden.

>Psoriasis
• NHG-standaard 1996, M39; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Consensus Melanoom van de huid
• CBO-richtlijnen 150690. Herziening 110996.

Opmerkingen:
• In 1998 is door het Centrum voor Huid en arbeid/ISTI Arnhem de "Praktijkgids voor de huisarts en bedrijfsarts voor huid en arbeid" uitgegeven (140 pag.). Auteurs: W.P. Piebenga, bedrijfsarts en H.B. van der Walle, huidarts.
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Huidaandoeningen (H1; dec. 1996).

Endocriene ziekten [E]:
>Diabetes mellitus type II
• NHG-standaard 1989, M01; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Schildklier, functiestoornissen van de
• NHG-standaard 1996, M31; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Herziening consensus diabetische voet
• CBO-richtlijnen Februari 1991; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Consensus diabetische retinopathie
• CBO-richtlijnen 011191; geen arbeidsaspecten genoemd.
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Diabetes Mellitus (A5; mei 1998).

Zwangerschap, bevalling en kraambed [G]:
>Miskraam
• NHG-standaard 1997, M03; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Subfertiliteit
• NHG-standaard 1998, M25. In de anamnese wordt gevraagd naar de woon- en of werksituatie (ploegendienst, zeeman enz.) en (bij de vrouw) intensieve lichaamsbeweging (topsport, ballet als beroep enz.) (Weel e.a. 1997, pag. 36)

- Zwangerschap en kraambed

• NHG-standaard 1996, M32. 'In de standaard wordt vermeld dat in de loop van de zwangerschap klachten kunnen ontstaan die aanpassingen in de werksituatie kunnen vereisen.
In een aantal beroepen bestaat er een kans op contact met schadelijke stoffen of radioactieve straling. Dit geldt onder andere voor werkneemsters in chemische of farmaceutische industrie, operatiekamers, isotopenlaboratoria, drukkerijen en chemische wasserijen.
Bij de bespreking van morbiditeit samenhangend met de zwangerschap komt ter sprake dat een negatieve houding van collegae op het werk ten opzichte van de zwangere vrouw spanningen kan veroorzaken' (Weel e.a. 1997, pag. 37).

In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Zwangerschap en baring (G2; mei 1998) en over Gynaecologische aandoeningen (G1; sept. 1998).

Ziekten van oor en processus mastoideus [H]:
> Otitis externa
• NHG-standaard 1995, M49; geen arbeidsaspecten genoemd.

> Otitis media acuta
• NHG-standaard 1990, M09; geen arbeidsaspecten genoemd.

- Slechthorendheid
• NHG-standaard 1997, M61. In de anamnese wordt gevraagd naar omstandigheden waarin verminderd gehoor problemen geeft (werksituaties: vergaderingen, telefoneren) en of frequent verblijf in een lawaaiige omgeving op het werk het geval is. (NHG-standaard samenvattingskaart)
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Slechthorendheid en duizeligheid (E2; mei 1998).

Ziekten van zenuwstelsel [N]:
>Consensus Cerebrovasculair Accident
• CBO-richtlijnen 220391. 'Stelling 3: "... cognitieve functiestoornissen moeten bij het klinisch neurologisch onderzoek van patiënten met een herseninfarct worden gezocht, aangezien deze grote invloed hebben op o.a. de validiteit en op de directe verzorging en begeleiding van deze patiënten."' Weel e.a. pag. 43).
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Hersenaandoeningen (D4; dec. 1996).

>Dementiesyndroom
• NHG-standaard 1998, M21. 'Van een dementiesyndroom is sprake als aan een aantal criteria wordt voldaan. Eén van die criteria is dat de vastgestelde stoornissen een duidelijke negatieve invloed hebben op werk, sociale activiteiten en relaties van de patiënt.' (Weel e.a. 1997, pag. 35).

• CBO-richtlijnen 041188. 'Stelling 2: "... De vastgestelde stoornissen hebben een duidelijke negatieve invloed op werk, sociale activiteiten en relaties van de patiënt." ' (Weel e.a. 1997, pag. 42).

>Hersenletsel, herziening consensus ernstig traumatisch -.
• CBO-richtlijnen Februari 1991; geen arbeidsaspecten genoemd.
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Hersenaandoeningen (D4; dec. 1996).

>Migraine
• NHG-standaard 1991, M19; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Slapeloosheid en slaapmiddelen
• NHG-standaard 1992, M23. 'Bij de redenen om het chronisch gebruik van slaapmiddelen te staken wordt, o.a., genoemd het verminderde prestatievermogen overdag (verkeer, machines). Dit komt ook aan de orde bij de beschrijving van de effecten van benzodiazepines. Bij de beschrijving van kortdurende slapeloosheid wordt ingegaan op mogelijke oorzaken. Daarbij komen, o.a., aan de orde plotseling ontslag, verandering van baan of overbelasting op het werk.' (Weel e.a. 1997, pag. 36)

>TIA
• NHG-standaard 1996, M45; geen arbeidsaspecten genoemd.

Opmerking. In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) zijn katernen verschenen over Aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (D1; mei 1997), Multiple sclerose (D2; dec. 1996), Epilepsie (D3; juli 1997), Spasticiteit (D5; juli 1997) en Neuromusculaire aandoeningen (D8; juli 1997). Over Chronische pijn- en gevoelsstoornissen (D6) en Dwarslaesies (D7) zijn katernen aangekondigd.

In hetzelfde handboek wordt binnen het hoofdstuk overige categorieën aandacht besteed aan bijwerkingen van geneesmiddelengebruik op de belastbaarheid.
In 1998 is een richtlijn verschenen voor de Arbeidsgezondheidkundige begeleiding van werkers met oplosmiddelen van het ministerie van SZW.

Ziekten van ademhalingsstelsel [R]:
>Allergische en hyperreactieve rhinitis
• NHG-standaard 1996, M48. 'Bij de bespreking van aanvullend onderzoek wordt vermeld dat een bepaalde allergietest alleen in uitzonderingsgevallen wordt aangevraagd als het aantonen van die allergie (op gras- of boompollen) consequenties heeft voor het beleid zoals bij het kiezen van een beroep. In geval van een allergie samenhangend met het werk wordt in de standaard vermeld dat het noodzakelijk kan zijn maatregelen op het werk te bespreken.' (Weel e.a. 1997, pag. 38).

>Astma bij volwassenen en COPD: diagnostiek

• NHG-standaard 1997, M26. 'Bij vermoeden van CARA wordt in de anamnese ingegaan op werkverzuim en beroepsexpositie. Bij werkverzuim wordt bekeken of de klachten leiden tot school- of werkverzuim of dat de klachten leiden tot andere beperkingen in het dagelijks functioneren. Betreffende beroepsexpositie wordt een werk- en (hobby)anamnese met betrekking tot de blootstelling aan bepaalde stoffen, waaronder rubberprodukten en diverse organische stoffen afgenomen. Tot de risicoberoepsgroepen behoren o.m. schilders, chauffeurs, kappers, en bakkers.' (Weel e.a. 1997; pag. 35).

>Astma bij volwassenen: behandeling
• NHG-standaard 1997, M27b. 'Doelstelling bij de behandeling van de CARA-patiënt is, o.a., voorkomen en bestrijden van beperkingen in het functioneren. Bij uitlokkende factoren wordt wel 'allergie' genoemd maar wordt niet specifiek verwezen naar werkomstandigheden. In noot 1 bij de Standaard wordt vermeld dat wel voorkomende manifestaties als school- of werkverzuim door patiënten vaak niet gerapporteerd worden.' (Weel e.a. 1997; pag. 35).

>Influenza en influenzavaccinatie
• NHG-standaard 1996, M35; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Keelpijn, acute
• NHG-standaard 1990, M11; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Sinusitis
• NHG-standaard 1993, M33. 'Een verwijzing naar werkomstandigheden is de vermelding dat niet bewezen is dat werkomstandigheden sinusitis veroorzaken.' (Weel e.a. 1997, pag. 37).

>Consensus diagnostiek Atopisch Syndroom
• CBO-richtlijnen 080587; geen arbeidsaspecten genoemd.

Opmerking. In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Pulmonale aandoeningen (A6; dec.1996).
Van het Nederlands Astmafonds en het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten verscheen een Syllabus "Respiratoire aandoeningen en beroep" (auteur: B. Sorgdrager).

Ziekten van spijsverteringsstelsel [S]:
>Consensus follow-up colon- en rectumcarcinoom
• CBO-richtlijnen 231087); geen arbeidsaspecten genoemd.

>Diarree, acute
• NHG-standaard 1996, M34. 'Een verwijzing naar werkomstandigheden is te vinden in de beschrijving van patiënten met verhoogd besmettingsgevaar voor anderen, nl. personen die werkzaam zijn in de levensmiddelen- of horecasector, mensen die belast zijn met de beroepsmatige behandeling, verpleging of verzorging van andere

personen en personen die verblijven in een instelling (kinderdagverblijf en dergelijke) waar al twee of meer gevallen van acute diarree bekend zijn.
Als een mogelijk verband vermoed wordt met eten /drinken moet bij patiënten met acute diarree die werkzaam zijn in de levensmiddelen- of horecasector, dan wel beroepsmatig belast zijn met behandeling, verpleging of verzorging van andere personen aangifte gedaan werden bij de GGD. Bij patiënten met verhoogd besmettingsgevaar voor anderen is het gevaar anderen te besmetten sterk afhankelijk van de aard van de werkzaamheden of de verblijfssituatie. Volgens de richtlijn moet een afweging gemaakt worden tussen het besmettingsrisico voor anderen en de consequenties van werkaanpassing, ziekmelding of thuisblijven voor de persoon in kwestie. Geadviseerd wordt contact met voedsel en drinken in de werksituatie te vermijden. Als dat niet mogelijk is, wordt de patiënt geadviseerd zich ziek te melden.' (Weel e.a. 1997, pag. 37).

>Leveraandoeningen, bloedonderzoek bij verdenking op
• NHG-standaard 1992, M22. '(Aanvragen voor levenfunctietests vinden voor een groot deel plaats bij patiënten met klachten over moehied).' (Weel e.a. 1997, pag. 35).

>Maagklachten
• NHG-standaard 1996, M36; geen arbeidsaspecten genoemd
• In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern aangekondigd over Maag- en darmziekten (A4).

Ziekten van urogenitaalstelsel [U]:
>Amenorroe
• NHG-standaard 1996, M58. 'In de anamnese wordt gevraagd naar stress, zoals bijv. een nieuwe werkring.' (Weel e.a. 1997, pag. 35).

>Bloedverlies, vaginaal
• NHG-standaard 1992, M28; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Fluor vaginalis
• NHG-standaard 1996, M38; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Herpes genitalis
• NHG-standaard 1995, M52; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Incontinentie voor urine
• NHG-standaard 1995, M46. 'In de anamnese wordt gevraagd naar de gevolgen voor het dagelijks leven, o.a. ten aanzien van werk.' (Weel e.a. 1997, pag. 38).

>Mictie bij oudere mannen, bemoeilijkte
• NHG-standaard 1997, M42; geen arbeidsaspecten genoemd.

>PID (Pelvic inflammatory disease)

• NHG-standaard 1995, M50. 'In geval van een PID wordt door de huisarts rust geadviseerd, dat wil zeggen niet werken of verrichten van zorgtaken.' (Weel e.a. 1997, pag. 38).

>Prostraathypertrofie
• NHG-standaard 1997, M42; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Urethritis bij mannen
• NHG-standaard 1996, M56; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Urinesteenlijden
• NHG-standaard 1997, M63; geen arbeidsaspecten genoemd.

>Urineweginfecties
• NHG-standaard 1989, M05; geen arbeidsaspecten genoemd.

Ziekten van oog en adnexen [V]:
>Oog, het rode
• NHG-standaard 1996, M57. 'Als een mogelijke oorzaak voor het ontstaan van een rood oog wordt genoemd lassen zonder gebruik van een beschermende bril (lasogen).' (Weel e.a. 1997, pag. 39).

>Oogheelkundige diagnostiek
• NHG-standaard 1990, M12; geen arbeidsaspecten genoemd.
• Oogheelkundig onderzoek bij beeldschermwerkers. Richtlijnen geschreven door een oogarts en een bedrijfsarts (Punt & Van Dobbenburgh, 1994).
• SKB (H.Hees) ontwikkelt in opdracht van de NVAB richtlijnen voor oogonderzoek bij beeldschermwerk (voorjaar 1999).

In het "Handboek Arbeid en Belastbaarheid" (Willems e.a., 1998) is een katern verschenen over Oogaandoeningen (E1; sept. 1998).

5. Index

—A—

aanbevelingen 6; 8; 9; 10
Aandachts- en concentratiestoornissen 35
aandoeningen aan het bewegingsapparaat 27
Aandoeningen van de onderste extremiteiten, inclusief beperkingen, lopen, zitten en staan 24
Aandoeningen van ellebooggewricht, onderarmen, polsgewrichten, handen en vingers 24
Aandoeningen van het centraal zenuwstelsel 54
Aandoeningen van het perifere vaatstelsel 51
Aangeboren hartafwijkingen 51
aanpassen 17; 38
aanpassingen 24; 26; 39; 47; 50; 53
Acne vulgaris 51
Alcohol en drugs 35
Alcoholgebruik, problematisch 15; 35
Allergische en hyperreactieve rhinitis 54
Amenorroe 56
Angina Pectoris 50
Angststoornissen 15; 34
arbeidsexploratie 47
arbeidsexploratieproces, Kenmerken van het - (- procedurebeschrijvingen RCA -) 47
arbeidsgebonden aandoeningen 13; 18
arbeidsgerelateerde (psychische) problematiek 37
arbeidshulpverlening, diverse methodieken - 37
Arbeidsmedische Beoordelingen, De standaard 16; 40
arbeidsmogelijkheden 16; 40; 46; 47
arbeidsongeschiktheidsbegrip 33
arbeidsongeschiktheidscriterium, Richtlijn Medisch 41
ArbeidsRevalidatieTherapie 27
Arthrosis Deformans Cervicale Wervelkolom 18
Artritis, reumatoïde 13
aspecifieke rugpijn 20
Astma bij volwassenen behandeling 55
Astma bij volwassenen en COPD diagnostiek 54
atypische rugpijn 20
atypische rugpijnklachten 20

—B—

Bedrijfsgezondheidskundige praktijk 38
Bedrijfsmaatschappelijk Werk 35
Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts 16; 42
beroepskeuzeonderzoek 47
bewegingsapparaat 28
Bloedonderzoek 49
Bloedverlies, vaginaal 56
BOA 1; 5; 9
bovenste extremiteit 13; 18
Branche Organisatie van Arbodiensten 1; 5
Burnout/Overspanning (B/O) 31

—C—

Cardiale aandoeningen 51
Carpaal Tunnel Syndroom 18
casemanager 11; 27
Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing 1; 8; 24; 34
Centrum voor Huid en arbeid/ISTI 52
Cervixuitstrijken 2
Cholesterol 50
claimbeoordeling AAW/WAO 23; 46
Communicatie met behandelaars, Standaard 16; 44
compensatieclaims 38
Compressie n.ulnaris Cubitale Tunnel Syndroom / Guyon Kanaal Syndroom 18
Condylomata acuminata 51
Consensus Cerebrovasculair Accident 53
Consensus diabetische retinopathie 52
Consensus diagnostiek Atopisch Syndroom 55
Consensus hemorroïden 51
Consensus Melanoom van de huid 52
Consensustekst Behandeling Hemofilie 50
Consensusteksten 8
Coronel Instituut 18; 19; 31

—D—

De Gezonde Zaak 27
Dementiesyndroom 53
Depressie 15; 34; 35
Dermatomycosen 51
Dezelfde oorzaak', toegenomen arbeidsongeschiktheid 17; 45
Diabetes Mellitus 52
Diagnostiek en behandeling 14; 24; 26; 34; 47
Diagnostiek en behandeling (huisartsgeneeskundige praktijk 47
Diarree, acute 55

—E—

Eczeem, constitutioneel 51
Endocriene ziekten 2; 52
Epicondilitis lateralis / medialis Cubitii 18
Epicondylitis 13
Epilepsie 54

—F—

FLEX 5
Functie Informatie Systeem (FIS) 46
functieduiding 45
Fysergo 14; 28

—G—

Geen duurzaam benutbare mogelijkheden, Standaard 17; 45
Gynaecologische aandoeningen 53

—H—

Handboek Arbeid en Belastbaarheid 24; 26; 35; 49; 51; 52; 53; 54; 56
Hartfalen 50
Helpcare Standards Directory 11
Hernia nuclei pulposi 26
Hersenaandoeningen 53; 54
Hersenletsel 54
Herziening consensus ernstig traumatisch hersenletsel 54
Huidaandoeningen 52
Huisarts en Wetenschap 8

—I—

Incontinentie voor urine 56
Influenza en influenzavaccinatie 55
Instituut Werk en Stress 36
interventiecentra 2; 5; 12; 35; 47

—K—

Keelpijn, acute 55
klachten bewegingsapparaat 28
Knieproblemen 13; 25

—L—

lage rugklachten, Richtlijnen voor de bedrijfsgezondheidszorg. Begeleiding door bedrijfsartsen bij werknemers met - 19
Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen 23; 41; 43; 45; 46
Leveraandoeningen, bloedonderzoek bij verdenking op 56
LISV 7; 8; 9; 14; 15; 16; 17; 23

—M—

Maagklachten 56
medisch arbeidsongeschiktheidscriterium 33; 41; 42
Medplan 14; 15; 27; 36; 37
Medplan ART 27
Medplan Psychotherapie 36; 37
Mictie bij oudere mannen, bemoeilijkte 56
Migraine 54
Miskraam 52
mogelijkheden 10; 17; 33; 40; 41; 44; 45; 46
Multiple sclerose 54

—N—

Nationale Commissie Chronisch Zieken 9
NCvB 13; 15; 16; 18
Nederlands Centrum van Beroepsziekten 18; 31
Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 32
Nederlands Huisartsen Genootschap 1; 24; 34
Nederlandse Hartstichting 51
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie 51
Neuromusculaire aandoeningen 54
neuropsychologisch onderzoek 47
NIA TNO 38
NVAB 8; 9; 15; 19; 51
NVVG 8; 16; 40

—O—

Ontwikkeling richtlijnen 10
Oog, het rode 57
Oogheelkundige diagnostiek 57
Otitis externa 53
Otitis media acuta 53
Overige diagnosegroepen 49

—P—

PARAG
Platform Afstemming Richtlijnontwikkeling Arbeid en Gezondheid 8
particuliere verzekeraars 8; 11
PEMBA 5
Perifeer arterieel vaatlijden 51
PID (Pelvic inflammatory disease) 56
preventieprogramma's 29; 30
Procedures en instrumenten 9
Prostraathypertrofie 57
Psoriasis 52
psychische belastbaarheid 47
psychische klachten 9; 15; 32; 33; 35; 36; 37; 63
psychische klachten, Richtlijnen voor de begeleiding van 32
Psychische stoornissen 15; 23; 33

psychologisch onderzoek 47

—R—

RAC 14; 29
Radiculair Syndroom Cervicale Wervelkolom 18
REA 5
Registratie richtlijn beroepsgebonden PTSS en ASS (Acute Stress Stoornis) 31
reïntegratiemodel 27
reïntegratieplan 21; 43; 44
reïntegratieprocedure 38; 39
Revalidatie Centrum Amsterdam (RCA) 47
RIAGGS 37
Richtlijnen Hartrevalidatie 51
richtlijnontwikkeling 10
Rotator Cuff Syndroom 18
RSI 14; 22
Rug Advies Centra Nederland B.V 29
Rugklachten 14; 26

—S—

Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS 46
Schouderklachten 14; 26
Sinusitis 55
SKB 8; 9; 10; 14; 15; 16; 21; 32; 33
Slapeloosheid en slaapmiddelen 54
Slechthorendheid 53
Spasticiteit 54
Specifieke interventiecentra 35
Standaarden en richtlijnen 7
Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg 20; 22; 32
Subfertiliteit 52
Surmenage 35
Syllabi Consensusbijeenkomsten 8

—T—

Terminologie 7
Thoracic Outlet Syndroom 18
TIA 54
training/opleiding 47
Trimbosinstituut 32

—U—

Ulcus cruris venosum 51
Urethritis bij mannen 57
Urinesteenlijden 57
Urineweginfecties 57

—V—

Varices 50
Verslaafden aan opiaten. Consensustekst medisch beleid bij aan opiaten verslaafde gedetineerden 35
Verzekeringsgeneeskundige praktijk 23; 33; 40
Vibration Induced White Finger / Hand Arm Vibratie Syndroom 18
volledig reïntegratieplan 43; 44
voorlopig reïntegratieplan 44
voorzieningen 24; 47

—W—

werksituatie 19; 20; 50; 52; 53; 56
WMK 5
wortelcompressiesyndromen 20
WULBZ 5

—Z—

Ziekten van ademhalingsstelsel 2; 54
Ziekten van bloed en bloedvormende organen 2; 49
Ziekten van botspierstelsel 1; 2; 18
Ziekten van huid, subcutis en adnexen 2; 51
Ziekten van oog en adnexen 2; 57
Ziekten van spijsverteringsstelsel 2; 55
Ziekten van urogenitaalstelsel 2; 56
Ziekten van zenuwstelsel 2; 53
Zwangerschap en baring 53
Zwangerschap en kraambed 52
Zwangerschap, bevalling en kraambed 2; 52

6. Literatuur

AMSTEL R VAN, BUIJS PC. Voor verbetering vatbaar : de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding : een onderzoek naar belemmeringen voor die samenwerking en naar oplossingen daarvoor. Amsterdam : TNO ARBEID, 1997.

BERG M. Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices. Cambridge/London, MIT Press, 1997. Ook: Maastricht: dissertatie Universiteit Limburg, 1997.

BERG M. Problemen en potenties van het protocol: de voorwaarden om protocollen positief in te zetten. Med. Contact, jrg 51(1996)nr 11.

BRUINS SLOT JHW. PAGO voor alle werknemers. TBV, nr.5 (oktober 1997).

BUIS W, ACKER W VAN & BEEFTINK A, BEIJDERWELLEN L EN FELIX-SCHOLLAART B. Onbegrepen lichamelijke klachten: van individueel getob naar gezamenlijk aanpak. Medisch Contact jrg 53 (1998)nr 9.

BUIJS P. Sociaal-medische begeleiding. Dé aanpak van verzuim voor werkgevers en werknemers. Amsterdam: NIA, 1995.

CENTRAAL BEGELEIDINGSORGAAN VOOR DE INTERCOLLEGIALE TOETSING. Syllabi consensusbijeenkomsten; consensusteksten.Utrecht: CBO, 1985-1998.

DIJKSTRA EJ, LEBBINK M, WEEL ANJ. Handboek SMB. Werkstress en lichamelijke overbelasting. Protocollen voor sociaal-medische begeleiding. Amsterdam: SKB, 1995.

ERP, N van, BIJL R. Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten. Utrecht: NcGv, 1996.

EURELINGS-BONTEKOE EHM (red.). Protocollen: keurslijf of maatpak?: over diagnostiek en behandeling aan de hand van protocollen. NIP-sectie Amb. Geestelijke Gezondheidszorg, 1995.

GROL RPTM, EVERDINGEN JJE van, CASPARIE AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen: een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.

Harris JS. Development, use, and evaluation of clinical practice guidelines. American College of Occupational and Environmental Medicine's Committee on Practice

Guidelines, Arlington Heights, IL, USA. J.Occup.Environ,Med. 1997 Jan; 39(1): 23-34.

HOOGDUIN K. SCHAAP C. Indicatiestelling, protocollosering en resultaat. Dir Ther, jrg 17(1997)nr 2.

HULSHOF CTJ, WEEL ANJ. Richtlijnontwikkeling in de bedrijfsgezondheidszorg. Schets voor een infrastructuur. Amsterdam: SKB, 1996.

JONG O de. Bedrijfsartsen beroepen zich onvoldoende op hun professionaliteit. Arbo & Milieu, april 1998.

KAASENBROOD A. Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen. Utrecht: NcGv, 1995.

KRUIT EE. Weg met de Heilige Standaard. Huisarts en Wetenschap, 1989;32(13), p. 545

LAAN G van der e.a. Arbeidsgezondheidkundige begeleiding van werkers met oplosmiddelen. Den Haag, 1998.

LISV (OUWEHAND P, WOUTERS PHM). CAS Classificaties voor Arbo en SV. Classificaties van klachten, ziekten en oorzaken voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Utrecht: Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering, 1997.

MIERLO F VAN, NOORDANUS W, BOHLMEYER E. Arbeidshulpverlening in de Riagg. De rol van preventie nader belicht. Utrecht: Trimbosinstituut, 1997.

MILLER SI & PHILIPS KL. Chemical Dependancy Disorders: Guidelines for Review of Inpatient Therpay and Rehabilitation. Washington: APA, 1992.

Nederlands Huisarsten Genootschap. NHG-standaarden samenvattingskaarten t/m. maart 1998).

PIEBENGA WP, WALLE HB van der. Huid en arbeid. Praktijkgids voor de huisarts en de bedrijfsarts. Arnhem: Centrum voor Huid en Arbeid / ISTI, 1998.

PUNT H, DOBBENBURGH OA van. Besluit beeldschermwerk en het oogheelkundige onderzoek. Tijschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 1994;nr. 2:122-6.

ROTTEVEELE RJ, VANMOLKOT LML. Het intervisieprotocol. Houvast bij de hulpverlening aan chronische patiënten. Maandbl. Geest Volksgezh jrg 48(1993)nr 12.

RIJDT-VAN DE VEN, T van de, BAANE C, MEULEPAS M, VELTKAMP G. Handleiding voor het maken van een werkmodel voor de Sociaal-medische begeleiding door bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige bij lichamelijke overbelasting. Utrecht: O&O PLUS. Advisering over kwaliteit en gezondheidszorg. 1993.

RIJDT-VAN DE VEN T van de, BAANE C, MEULEPAS M, VELTKAMP G. Handleiding voor het maken van een werkmodel voor de Sociaal-medische begeleiding door bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige bij werkstress. Utrecht: O&O PLUS. Advisering over kwaliteit en gezondheidszorg. 1993.

RUG ADVIES CENTRUM. Biedt mensen weer een toekomst. Handboek. z.j.

STARMANS KACM, HOGERVORST VWG EN RIJEN MCR VAN. De behandeling van spanningsklachten. Werkafspraken in gezondheidscentra. Med. Contact jrg48(1993)nr 26/27.

VERBEEK JHAM, WEIDE WE VAN DER. Richtlijnen voor de bedrijfsgezondheidszorg. Begeleiding door bedrijfsartsen bij werknemers met lage rugklachten. Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Universiteit van Amsterdam, 1995
Zie ook de bundel: Uitvoering Bedrijfsgezondheidszorg / AMG. Den Haag: DELWEL, 1998.

VERSCHUREN T. Arbeidshulpverlening, handleiding afstemming Arbeidsproblematiek, RIAGG-Maastricht, 1995.

WEEL AHN, KOSTER MK & PRINS R. Protocollen en Chronisch Zieken. Een verkennende studie in opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Leiden: Bureau AS/tri, 1997.

WEEL AHN, FORTUIN RJ. Professionale richtlijnen voor artsen: een inventarisatie. Amsterdam: Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg, 1998.

WILLEMS JHBM, CROON NHTh, KOTEN J-W (red.). Handboek Arbeid en belastbaarheid. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1998.

WOOLS AMWM. Arbeidsongeschiktheid en modelvorming in de verzekeringsgeneeskunde bij de private sector. Scriptie in het kader van de opleiding Arts voor Arbeid en Gezondheid (AAG), uitstroomprofiel adviserend verzekeringsarts (AVA), cursus 1994-98. Leiden: TNO ARBEID, 1998.

WIJMEN FCB VAN, ALM LAGRO-JANSSEN. Richtlijn, plichtlijn? Professionele autonomie volgens de WGBO. Huisarts & Wetenschap 1998; 41(13).