

PROGRAMMA ONTWIKKELING, HERZIENING EN PRIORITERING VAN NVAB-RICHTLIJNEN, NVVG-RICHTLIJNEN EN VG-PROTOCOLLEN

augustus 2020

dr Teddy Oosterhuis

dr Irena Draskovic

prof dr Carel Hulshof

INHOUD

1 Inleiding.....	3
2 Methode.....	4
3 Resultaten	6
3.1 Inventarisatie richtlijnen en protocollen ouder dan 5 jaar	6
3.1.1 VG-protocollen en NVVG-richtlijnen	6
3.1.2 NVAB-richtlijnen	6
3.2 Review van de evidence en onderzoek naar de context.....	6
3.2.1 VG-protocollen	6
3.2.2 NVAB-richtlijnen.....	13
3.3 Bespreking prioritering herzieningen.....	17
3.4 Prioritering nieuwe onderwerpen voor richtlijnen	18
Tabel 1A Resultaten search en kennis updates VG-protocollen en NVVG-richtlijn	20
Tabel 1B Resultaten search NVAB-richtlijnen	22
Tabel 2. Prioritering gezamenlijke richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen	23
Tabel 3A Onderwerpen voor nieuwe richtlijnen.....	27
Tabel 3B Commentaar bij onderwerpen voor nieuwe richtlijnen.....	27
4 Nieuwe inzichten en innovaties op het gebied van richtlijnontwikkeling.....	29
4.1 Levende richtlijnen	29
4.2 Rapid Recommendations	29
4.3 Richtlijnen app.....	29
4.4 Richtlijnen opnemen in content management systemen en elektronische patiëntendossiers.....	29
4.5 Integratie van diverse vormen van evidence	30
4.6 Shared decision making en keuzehulpen	30
5 Plan van aanpak	31
Tabel 4 Plan van aanpak.....	32
Bijlage: overige tabellen.....	33
Tabel prioritering richtlijnen voor Bedrijfsartsen.....	33
Tabel niet-geprioriteerde richtlijnen.....	35

1 INLEIDING

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft sinds 1999 een groot aantal 'evidence based' richtlijnen ontwikkeld. Dit zijn deels monodisciplinaire en deels multidisciplinaire richtlijnen. De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) was betrokken bij de ontwikkeling van een reeks Verzekeringsgeneeskundige protocollen (VG-protocollen) die zijn gepubliceerd sinds 2007. De VG-protocollen zijn gebaseerd op beschikbare multidisciplinaire, curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en consensus van deskundigen. Daarnaast heeft de NVVG het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn en meegewerkt aan de ontwikkeling van enkele gezamenlijke richtlijnen met de NVAB en aan multidisciplinaire richtlijnen.

Een deel van de NVAB- en NVVG-richtlijnen is meer dan vijf jaar oud, en dit geldt ook voor alle VG-protocollen. Richtlijnen horen de actuele stand van de wetenschap weer te geven. Dit is een van de criteria van het AGREE II instrument, waarmee richtlijnen worden beoordeeld. Oudere richtlijnen voldoen vaak niet meer (geheel) aan dit criterium, omdat voortdurend nieuwe evidence beschikbaar komt op basis van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast kan ook de context waarin bedrijfs- en verzekeringsartsen werken zodanig wijzigen, dat de inhoud van de richtlijnen niet meer actueel is. Zowel veranderingen in evidence als veranderingen in context kunnen een reden zijn om richtlijnen te herzien.

Het is noodzakelijk om inzicht te krijgen in welke richtlijnen en protocollen in aanmerking komen voor herziening en ook welke prioritering hierin kan worden aangebracht. Het streven bij herziening is om ook de VG-protocollen om te zetten in evidence based richtlijnen. NVAB en NVVG hebben besloten samen te werken bij de herziening en ontwikkeling van evidence based richtlijnen waar dat relevant is. Waar mogelijk en noodzakelijk wordt ook met de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) samengewerkt.

Doelstelling van het programma ontwikkeling, herziening en prioritering van NVAB-richtlijnen, NVVG-richtlijnen en VG-protocollen:

1. Onderzoek naar de noodzaak en omvang van herziening en prioritering van NVAB-richtlijnen, NVVG-richtlijnen en VG-protocollen.
2. Opstellen van een Prioriteitsprogramma 2020-2025 op basis van de resultaten van het onder 1 genoemde onderzoek en de nieuwe onderwerpen die uit de Kennisagenda naar voren zijn gekomen. NVAB en NVVG stemmen op basis van dit programma ontwikkelings- en herzieningsactiviteiten op elkaar af en ontwikkelen, daar waar mogelijk, gemeenschappelijke richtlijnen.
3. Onderzoek naar de nieuwe inzichten en innovaties op het gebied van richtlijnontwikkeling die moeten worden meegenomen in het ontwikkeltraject.

2 METHODE

Van alle NVAB- en NVVG-richtlijnen en VG-protocollen is onderzocht of herziening nodig is. Uitgangspunt voor de VG-protocollen daarbij was om deze om te vormen tot richtlijnen. Dit onderzoek bestond enerzijds uit een review van de evidence en anderzijds uit een onderzoek naar de context. Daarnaast zijn de data geanalyseerd die zijn verzameld voor het opstellen van de Kennisagenda voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, en de data over richtlijnen die zijn verzameld in de ledenenquête van de NVAB. Deze informatie is gebruikt om voorstellen te doen voor de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen in aanvulling op de al bestaande.

Eerst is bepaald welke richtlijnen en protocollen ouder zijn dan 5 jaar bij de start van dit onderzoek, dat wil zeggen, richtlijnen en protocollen gepubliceerd voor 2014. Voor de NVAB-richtlijnen, NVVG-richtlijnen en VG-protocollen ouder dan 5 jaar is gezocht naar relevante Cochrane reviews en protocollen voor reviews in de Cochrane Library. Daarnaast is geïnventariseerd voor welke VG-protocollen al een kennis update beschikbaar is, en hoeveel systematische reviews daarin beschreven worden. Deze kennis updates zijn met subsidie van het UWV uitgevoerd in de periode 2015-2017 door verschillende onderzoeksinstituten.

Voor het onderzoek naar de context zijn interviews gehouden met projectleiders, en kern- of projectgroepleden die betrokken waren bij de ontwikkeling van de bewuste richtlijnen en protocollen. Indien zij niet beschikbaar waren voor een interview zijn onderzoekers op het gebied van de betreffende richtlijnen en protocollen benaderd en geïnterviewd. In de gestructureerde interviews zijn vijf vragen met vervolgvragen gebruikt:

1. Is er nieuwe evidence beschikbaar waardoor aanbevelingen moeten worden aangepast? Zijn er bijvoorbeeld veranderingen ten aanzien van effectiviteit van interventies?
2. Zijn er nieuwe interventies beschikbaar gekomen? Moeten hiervoor nieuwe aanbevelingen worden opgesteld?
3. Zijn er veranderingen in de ervaren knelpunten in de praktijk? Bijvoorbeeld door veranderde organisatie van zorg.
4. Zijn er veranderingen in beschikbare middelen in de zorg, financiën en organisatie van de zorg? Welke consequenties heeft dat voor de aanbevelingen?
5. Zijn er verandering in belangrijke normen en waarden met betrekking tot het onderwerp? Is daarom aanpassing van de aanbevelingen nodig?

Voor alle verouderde richtlijnen en protocollen is op basis van de interviews samengevat of er nieuwe evidence is en of deze nieuwe evidence naar schatting de aanbevelingen wezenlijk zal veranderen. Daarnaast is beschreven of er belangrijke veranderingen zijn in: de zorg (organisatie, kosten); normen, waarden en patiëntvoorkeuren; knelpunten in de praktijk; overige thema's die een andere scope of aanpak van de richtlijn vragen. Deze resultaten zijn gebruikt voor een voorstel tot prioritering van herziening van de protocollen en richtlijnen. Voor elk van de hiervoor genoemde domeinen is door de drie auteurs van dit rapport gescoord of dit naar verwachting leidt tot enige verandering (1 punt) of belangrijke verandering (2 punten) van een of meerdere aanbevelingen. De gemiddelde totaalscore per protocol of richtlijn is berekend (0-10 punten). De herziening van protocollen en richtlijnen is op deze manier geprioriteerd. Deze voorlopige prioritering is voorgelegd aan de leden van de Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap CROW van de NVAB en de

Wetenschapscommissie van de NVVG, en besproken. Op basis van deze bespreking is de definitieve prioritering vastgesteld.

In een ander project van de Kwaliteitstafel zijn de gegevens met betrekking tot de Kennisagenda verzameld onder verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, andere relevante beroepsgroepen en instanties zoals ministeries en onderzoeksinstituten. Deze gegevens zijn in dit rapport gebruikt om na te gaan of er belangrijke kennisvragen zijn over onderwerpen waar voor bedrijfs- en of verzekeringsartsen nog geen richtlijn of protocol voor gepubliceerd is. In de ledenraadpleging door middel van een enquête van de NVAB, hebben leden kunnen aangeven welke richtlijnen zij belangrijk vinden. De resultaten hiervan zijn ook gebruikt om te analyseren of er onderwerpen zijn die belangrijk worden gevonden waarvoor nog geen richtlijn beschikbaar is. Een overzicht met onderwerpen voor mogelijk nieuwe richtlijnen is voorgelegd aan de CROW en Wetenschapscommissie. Op basis van de bespreking is vastgesteld voor welke onderwerpen een nieuwe richtlijn nodig is.

3 RESULTATEN

3.1 INVENTARISATIE RICHTLIJNEN EN PROTOCOLLEN OUDER DAN 5 JAAR

Als eerste stap is onderzocht welke NVAB en NVVG-richtlijnen en VG-protocollen ouder zijn dan 5 jaar. Dit is gebruikt als eerste criterium voor mogelijke herziening.

3.1.1 VG-PROTOCOLLEN EN NVVG-RICHTLIJNEN

Er is vastgesteld welke protocollen en richtlijnen ouder zijn dan 5 jaar. Dit betreft de volgende VG-protocollen: Borstkanker en darmkanker, Angststoornissen, Borderline Persoonlijkheidsstoornis, Beroerte, Chronisch hartfalen, Hartinfarct, Whiplash associated disorder I/II, Artrose van heup en knie, Reumatoïde artritis, COPD, Schizofrenie en verwante psychosen, Chronische schouderklachten, Chronische nierschade en Participatiegedrag. De multidisciplinaire richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid, met de NVVG als een van de initiatiefnemers, is meer dan 5 jaar oud.

3.1.2 NVAB-RICHTLIJNEN

Er is vastgesteld welke NVAB-richtlijnen ouder zijn dan 5 jaar. Dit betreft: Preventie van beroepslethorendheid, richtlijnmodule Diabetes Mellitus, Obstructieve Slaapapneusyndroom en Werk – OSAS, Influenzapandemie in Arbeidsorganisaties, Influenza: Preventie en Outbreak Control, Werkdruk, Werk-privébalans, Agressie en geweld, Vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen, Computerwerk.

3.2 REVIEW VAN DE EVIDENCE EN ONDERZOEK NAAR DE CONTEXT

De verouderde protocollen en richtlijn worden hieronder beschreven, op volgorde van publicatiejaar. Per protocol of richtlijn wordt de evidence weergegeven die beschikbaar is gekomen sinds publicatie van het protocol of de richtlijn en de resultaten van de interviews over aanpassingen van aanbevelingen op basis van nieuwe evidence, beschikbaarheid van nieuwe interventies, of veranderingen in 1) knelpunten, 2) beschikbare middelen en 3) organisatie van zorg. De beschikbare evidence wordt daarna samengevat in Tabel 1A en 1B. De resultaten van de interviews, inclusief prioritering, worden samengevat in Tabel 2.

3.2.1 VG-PROTOCOLLEN

Borstkanker en darmkanker

De search in de Cochrane Library leverde 12 reviews op over borstkanker en 12 over darmkanker, en 1 review over terugkeer naar werkinterventies voor mensen met kanker. Er zijn 7 protocollen gevonden, deze waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk. Voor het VG-protocol Borstkanker is een kennis update uitgevoerd door het Athena Instituut van de Vrije Universiteit in 2017. Daar is 1 review gevonden over prognostische factoren voor werkgerelateerde uitkomsten en 1 review over interventies om werkgerelateerde uitkomsten te bevorderen. Daarnaast zijn meerdere primaire studies gevonden.

Er heeft een interview plaatsgevonden met dr. P. van Muijen, verzekeringsarts. Borstkanker en darmkanker zijn de twee meest voorkomende soorten kanker die worden gezien door de verzekeringsarts, en beide aandoeningen vormen een groot maatschappelijk probleem. Beide aandoeningen zouden in één richtlijn kunnen worden opgenomen als twee modules. De prognose van beide aandoeningen en interventies voor beide aandoeningen inclusief bijwerkingen daarvan zijn te verschillend om één verzekeringsgeneeskundige richtlijn over kanker te maken. De NVAB-richtlijn Kanker en Werk bevat onvoldoende aanbevelingen voor verzekeringsartsen, een specifieke verzekeringsgeneeskundige richtlijn is nodig. De effectiviteit van interventies is veranderd, en er zijn nieuwe interventies beschikbaar (onder andere 'personalised medicine'). Hiervoor is een herziening nodig. Aanbevelingen over het beoordelen van de mogelijkheden, de belangrijkste taak van de verzekeringsarts, zullen hierdoor naar verwachting niet veranderen. Shared decision making is een 'nieuwe' ontwikkeling bij de behandeling, en ook aandacht voor werk vanuit de curatieve sector is nieuw. Beide ontwikkelingen kunnen worden opgenomen in de richtlijn, maar zullen de wijze van beoordelen door de verzekeringsarts niet veranderen. Gedeeltelijke herziening en omvorming tot richtlijn is aan te raden vanwege de leeftijd van de protocollen en de beschikbaarheid van nieuwe evidence hoewel die de aanbevelingen vermoedelijk niet zullen veranderen.

Angststoornissen

De search in de Cochrane Library leverde 9 reviews op over diverse interventies. Deze reviews waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk. Er is een kennis update uitgevoerd door het Athena Instituut van de Vrije Universiteit in 2017. Deze kennis update rapporteert 17 andere systematische reviews gevonden. Slechts 4 artikelen in deze reviews richtten zich specifiek op angst en angst-gerelateerde klachten. Daarnaast zijn meerdere primaire studies gevonden.

Uit interview met F. Westerbos (verzekeringsarts, jurist) kwam naar voren dat wat Angststoornissen betreft, mogelijk nieuwe evidence beschikbaar is over de effectiviteit van de EMDR-interventie in de behandeling van PTSS (specifieke soort angststoornis). Volgens FW is het problematisch om Angst als 'single issue' te beschouwen in de ontwikkeling van de richtlijnen omdat het vaak gepaard gaat met Depressie of een ander psychisch probleem. Terwijl in de DSM-5 een strikte scheiding wordt gemaakt per aandoening, manifesteert angst zich in de praktijk als een spectrum van klachten wat ook van belang is voor de behandeling. Ook in de verzekeringsgeneeskundige praktijk wordt met een 'smalle blik' gekeken naar de Angststoornissen. Tegelijkertijd is er nieuw onderzoek bij de AMC met aandacht voor de Angst-klachten in de context van multimorbiditeit. Bij een toekomstige herziening van deze RL is dus een nieuwe aanpak aangewezen dat ook rekening houdt met co-morbiditeit.

Borderline Persoonlijkheidsstoornis

De search in de Cochranre Library leverde 3 reviews op over Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Deze reviews waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk.

Wat Borderline Persoonlijkheidsstoornis betreft, relevante nieuwe evidence suggereert dat er specifieke cognitieve defecten dan wel ontwikkelingsstoornissen mee gepaard gaan. Er heersen nogal particuliere opvattingen van individuele artsen t.a.v. mensen met Borderline diagnose/klachten. Vaak zijn deze mensen werkeloos, o.a. omdat het lastig is om hun functioneren te beoordelen. Ook is niet bekend hoe een verzekeringsarts met de behandelaars zou kunnen overleggen. In de regel vindt men dat mensen met Borderline diagnose 'moeilijke cliënten' zijn. Dit

suggereert dat de kwaliteit van zorg voor de (al dan niet) werkenden met Borderlinepersoonlijkheidsstoornis suboptimaal is en dat er nog veel winst te halen is met betrekking tot hun kwaliteit van leven en betrokkenheid in het werkproces.

RL-Borderline-persoonlijkheid geniet de voorkeur van FW v.w.b. prioritering van de herziening. De reden hiervoor is dat de aandoening vooralsnog slecht gedefinieerd is en er een (te) grote diversiteit in behandelingen te vinden is in de praktijk.

Beroerte

De search in de Cochrane Library leverde 58 reviews op. Er is 1 review gevonden over multidisciplinaire revalidatie met 4 studies met werkgerelateerde uitkomsten (niet gepooled in een meta-analyse). Er zijn 4 protocollen gevonden, deze waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk. Er is een kennis update uitgevoerd door het Coronel Instituut van het Amsterdam UMC in 2016. Er zijn twee reviews gevonden over het beloop, 6 reviews over prognostische factoren voor terugkeer naar werk, 2 reviews over interventies gericht op terugkeer naar werk. Daarnaast zijn meerdere primaire studies gevonden.

Er heeft een interview plaatsgevonden met dr. B.H.P.M. Donker-Cools, verzekeringsarts en onderzoeker bij het Coronel Instituut, Amsterdam UMC, auteur van één van de reviews over interventies gericht op terugkeer naar werk, auteur van richtlijnen over NAH en arbeidsparticipatie. De multidisciplinaire richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt momenteel herzien. Er is een voorkeur voor het integreren van herziene evidence en aanbevelingen voor verzekeringsartsen ten aanzien van beroerte in deze multidisciplinaire richtlijn NAH en arbeidsparticipatie (initiatiefnemer VRA). Het is ongewenst als er meerdere richtlijnen over NAH en arbeidsparticipatie naast elkaar bestaan, en er is geen klinische of verzekeringsgeneeskundige reden om naast een richtlijn over NAH en arbeidsparticipatie ook een richtlijn over beroerte en arbeidsparticipatie te ontwikkelen. De verwachting is namelijk dat de aanbevelingen voor beroerte niet anders zijn dan voor NAH op basis van andere pathologie.

Chronisch hartfalen

De search in de Cochrane Library leverde 2 reviews op. Deze reviews waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk.

Volgens de geïnterviewde VA F. Westerbos, is de vraag in hoeverre de nieuwe evidence en de gemeten veranderingen in de gezondheidszorg (bv. door nieuwe behandelingen) etc. daadwerkelijk de belastbaarheidsmaten beïnvloeden. Anderzijds, ook al is er evidence dat gemiddeld het aantal werknemers met lage belastbaarheid na HF daalt, wat betekent dat voor de beoordeling van individuele werknemers door de VA. M.a.w. wanneer verandert iemand van categorie (bv, LAAG → MATIG belastbaar). Vroeger was de prognose m.b.t. terugkeer naar werk na hartfalen heel slecht. Nu is het beter maar zijn er veel individuele verschillen in beperkingen. Ook, pas na de volledig revalidatie kunnen de rest-mogelijkheden vastgesteld worden.

Hartinfarct

De search in de Cochrane Library leverde 4 reviews op en 2 protocollen, deze waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk. Hiervan gaan 2 reviews over hartinfarct, de overige reviews en

protocollen over ischemische hartziekten. Er is een kennis update uitgevoerd door het Erasmus MC en het UMCG in 2015. Er zijn 78 artikelen geïncludeerd, daarvan waren 29 gericht op werkhervatting en er waren 49 systematische reviews.

Volgens de geïnterviewde VA F. Westerbos, wordt een hartinfarct pas relevant voor de VA-praktijk als het tot hartfalen leidt. Eerder zijn er meestal geen gevolgen voor werk. Nieuw zijn de genderspecifieke aandoeningen zoals Coronaire Micro-vasculaire Disfunctie (CMD) waar nog niet veel over bekend is. Het lijkt ernstige beperkingen te veroorzaken. Langzaam ontstaat er genderspecifieke Cardiologie wat ook in de richtlijn naar voren zou moeten komen.

Whiplash associated disorder I/II

De search in de Cochrane Library leverde 1 review op over whiplash, gepubliceerd in 2007, niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk. Er is een kennis update uitgevoerd door het Coronel Instituut van het Amsterdam UMC in 2015. Daar is 1 systematische review gevonden over het beloop van de klachten, 1 review van reviews en 9 reviews over prognostische factoren voor pijn en functioneren, geen review over prognostische factoren voor werkgerelateerde uitkomsten, 18 systematische reviews over interventies. Daarnaast zijn meerdere primaire studies gevonden.

Er heeft een interview plaatsgevonden met dr. J.L. Hoving, onderzoeker Coronel Instituut, betrokken bij de kennis update. Er is nu sterker bewijs voor aanbevelingen in het oorspronkelijke VG- protocol, maar er is geen reden tot verandering van aanbevelingen. Whiplash komt weinig voor, eventueel zou een richtlijn met daarin een combinatie van specifieke nekkklachten en whiplash zinvoller zijn, omdat de behandeling van beide aandoeningen niet veel verschilt. Bovendien zou dan een onderdeel over stagnatie moeten worden opgenomen, met daarin een beschrijving van psychosociale prognostische factoren voor chronische aandoeningen (review Vooijs et al). Met andere woorden, de richtlijn Chronische ziekten zou als module moeten worden ingepast in de richtlijn. Dit geldt overigens voor alle richtlijnen. Misschien is een nieuwe richtlijn over SOLK zinvoller dan het updaten en omvormen tot richtlijn van het VG-protocol Whiplash.

Artrose van heup en knie

De search in de Cochrane Library leverde 11 reviews op. Geen van de reviews was specifiek gericht op (terugkeer naar) werk.

Er heeft een interview plaatsgevonden met dr. P.P.F.M. Kuijer, onderzoeker Coronel Instituut, Amsterdam UMC, onder andere op het gebied van artrose en werk. Na 2010 is er veel nieuwe evidence beschikbaar gekomen over werk als risicofactor, en werk als uitkomstmaat. Deze evidence verandert de aanbevelingen. Met name over prognostiek: wie herstelt wel/niet, daar is nu veel specifiekere informatie over. Het is duidelijk geworden op basis van nieuwe evidence dat knie en heup niet samengenomen kunnen worden in aanbevelingen, knie-artrose is veel complexer tav werk, en er moet veel meer moeite worden gedaan voor herstel. Beide onderwerpen kunnen wel samen in één richtlijn. Knie-artrose geeft van alle aandoeningen de meeste toename in ziektelast in Nederland de komende jaren, en leidt dus tot veel kosten en tot productieverlies. Bovendien is knie-artrose niet te genezen. Dit is een belangrijke reden voor herziening en ontwikkeling van een richtlijn voor verzekerings- en bedrijfsartsen. Er zijn nieuwe interventies beschikbaar gekomen, zoals bijvoorbeeld 'goal attainment' en het gebruik van de app Ik herstel. In die app staat dat de werknemer contact

moet opnemen met de bedrijfsarts. Een goede, gezamenlijke, richtlijn is dan belangrijk. Een belangrijke vraag van de onderzoeksagenda van de NOV t/m 2021 is of samenwerking van orthopedisch chirurgen en bedrijfsartsen leidt tot betere zorg(uitkomsten). Er is inmiddels een projectgroep gestart (Kuijjer is deelnemer). Dit zou een belangrijk onderdeel van de herziene, gezamenlijke richtlijn zijn.

Reumatoïde artritis

Er is een multidisciplinaire richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid waarvan de NVVG de initiatiefnemer is.

De search in de Cochrane Library leverde 1 review op naar preventie van verlies van werk. Daarnaast zijn 17 andere reviews en 1 protocol gevonden, niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk.

Er heeft een interview plaatsgevonden met dr. J.L. Hoving, onderzoeker Coronel Instituut, betrokken bij zowel de ontwikkeling van het VG-protocol en de richtlijn, als de Cochrane review over preventie van verlies van werk. Die laatste zal moeten worden geüpdatet, er zijn in ieder geval 3 nieuwe RCTs beschikbaar, waaronder 1 Nederlandse RCT (Anema et al) waaruit blijkt dat 'participatory ergonomY' niet effectief was. Target at work is een belangrijke nieuwe interventie, getest is onder ziekenhuispersoneel in Nederland. Dit houdt in dat zorgverleners aan patiënten vragen: heeft u werk, hoe gaat het met het werk, wat kan ik voor u doen ten aanzien van werk. Biologicals in combinatie met voorlichting hebben gezorgd voor effectievere behandeling. Verder is er veel nieuwe evidence, maar zal dit niet leiden tot veranderingen in conclusies/aanbevelingen. Nieuwe ontwikkelingen: er is een coaching-opleiding, om mensen met reuma met werk te ondersteunen. Hier is ook financiering voor (zie website reumabond). Men wil steeds meer ervaringsdeskundigen inzetten in de zorg en de patiënt staat steeds centraler. Reumaconsulten (in ziekenhuizen) hebben ook steeds meer aandacht voor werk. Deze ontwikkelingen zouden moeten worden opgenomen in een nieuwe richtlijn.

COPD

De search in de Cochrane Library leverde 16 reviews op. Deze reviews waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk. Er was echter wel 1 review over mucolytica versus placebo bij chronische bronchitis of COPD, met 9 studies in een meta-analyse met als uitkomst "sick days".

Interview werd gehouden met F. Brouwer (bedrijfsarts). Voor wat betreft relevante evidence vanuit de VA-praktijk zou Mediprudentie en jurisprudentie gebruikt kunnen worden. Gezien de hoge incidentie van COPD is het een relevant onderwerp.

In de praktijk is het zo dat er door de jaren heen een afwisseling plaats vindt in de mate van samenwerking en duidelijkheid m.b.t. de rolverdeling tussen de BA's en VA's. 10 of acht jaar geleden, toen de VG-protocollen werden gemaakt, gingen de BA's/VA's meer uit elkaar qua rolverdeling (BA – begeleiding; VA-beoordeling). Nu is er behoefte aan meer samenwerking en wederom groeien ze meer naar elkaar toe. Dat kan van invloed zijn op de toepassing van richtlijnen/protocollen.

Wat veranderingen in de zorg betreft is digitalisering belangrijk. Het brengt nog steeds de tweedeling in tussen de digibeten en niet-digibeten en dat brengt een tweedeling in de toegang/gebruik RL/protocollen met zich mee.

Schizofrenie en verwante psychosen

De search in de Cochranre Library leverde 41 reviews en 2 protocollen op over schizofrenie en schizofrenie spectrum stoornissen. Deze reviews waren niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk. Er was echter wel 1 review met 2 studies in een meta-analyse met als uitkomst “employed”.

Interview werd gehouden met J. van Weeghel, psychiater (Bijzondere leerstoel Rehabilitatie en participatie van mensen met ernstige psychische stoornissen, Tilburg University, Tranzo; betrokken bij de RL-ontwikkeling) die van mening is dat de huidige richtlijn nogal verouderd is. Er is veel nieuwe evidence, vooral op het gebied van arbeidsreintegratie; er zijn ongeveer 30 nieuwe RCT's bij gekomen. Een belangrijke nieuwe interventie, geïmplementeerd door UWV, is 'Individual Placing and Support' (IPS). In combinatie met cognitieve revalidatie en remediatie (een doelgerichte interventie om de terugkeer naar werk/studie te bevorderen) zijn er positieve effecten gevonden op geheugen, concentratie en functioneren in het dagelijks leven. Het vertrekpunt hierbij zijn de studie/arbeidswensen van mensen met Schizofrenie. De IPS-interventie houdt o.a. in: psychoeducatie in bedrijven en herontwerp van werktrajecten d.w.z., het opnieuw inrichten van taken om deze toegankelijk te maken voor mensen met Schizofrenie. Daarom vereist een succesvolle re-integratie de samenwerking/-samenwerkingsverbanden tussen meerdere maatschappelijke sectoren. Mede daardoor, valt het niet altijd mee om het gefinancierd te krijgen.

Met betrekking tot normen en waarden, een van de dilemma's voor de werknemers met Schizofrenie is 'disclosure ja of nee'. Het is een worsteling waarbij gebruik gemaakt kan worden van beslisronde als hulpmiddel. Daarbij is coaching nodig en dat zou o.a. in de nieuwe RL moeten komen als aandachtspunt. Daarnaast, Schizofrenie heeft nog steeds een groot stigma en een reactie van werkenden daarop kan zijn 'why try'; de huidige situatie is nogal ontmoedigend met betrekking tot het zoeken/vinden van werk. Een vroeger standpunt van UWV en andere betrokken organisaties is dat schizofrenie en werk niet samengaan. Nu is dat gelukkig veranderd. Werk heeft namelijk positief effect op mensen met schizofrenie.

Knelpunten worden op dit moment vooral ervaren bij de implementatie van de IPS-interventie. Het is een complexe methodiek voor een integrale behandeling. Zowel de behandelaar(s) als werk-partners moeten op een lijn zien te komen om de interventie te laten werken. Veranderingen van opvattingen/vooroordelen over Schizofrenie gaan heel langzaam, wat ook een knelpunt is voor de gewenste veranderingen in de praktijk. Tegelijkertijd is werk heel belangrijk ook voor mensen met schizofrenie.

Chronische schouderklachten

De search in de Cochranre Library leverde 1 review op naar chronische schouderklachten. Deze review was niet specifiek gericht op (terugkeer naar) werk.

In een interview met F. Westerbos werd geen nieuwe evidence genoemd. Wat veranderingen in de praktijk betreft, mogelijk worden er meetbaar minder operaties uitgevoerd, bijvoorbeeld bij cuff-rupturen en labrumletsels. In zijn ervaring, hebben de VA's soms de opvatting dat de 'Frozen Shoulder' klachten altijd overgaan en dat klopt niet.

Chronische nierschade

De search in de Cochrane Library leverde 4 reviews op. Deze reviews waren niet gericht op (terugkeer naar) werk.

Interview werd gehouden met A. Sterk (BA, VA). Gezien de leeftijd van dit protocol is het te verwachten dat er nieuwe literatuur is en dat er veranderingen zijn in technieken. Mogelijk zijn er ook nieuwe interventies. Het is een relatief kleine groep werkenden met deze aandoening. Echter, incidentie gegevens zijn mogelijk verouderd. In de praktijk wordt er bij twijfel eerder naar Mediprudentie gekeken dan naar het protocol. Het is op dit moment niet bekend waarom nierschade uitval van werk veroorzaakt. Het lijkt erop dat er geen medische redenen zijn daarvoor. Het zou de moeite waard zijn om te onderzoeken waar het aan ligt (bv. kijken naar Mediprudentie).

Een mogelijke reden om dit onderwerp te prioriteren is dat er relatief vaak instroom is in WIA vanuit deze groep (bij benadering, in de top 15). Het is misschien niet een hele grote groep van werkenden met deze aandoening maar, incidentiedata zijn verouderd; mogelijk zijn de cijfers nu hoger i.v.m. een groter aandeel van oudere werknemers in het werkproces. Bij nierschade als comorbiditeit (bv. hart en vaten), zijn de klachten evident en hard wat misschien een goede reden is om dit onderwerp te prioriteren. Het omzetten van het protocol in een nieuwe richtlijn zou ten goede komen aan kennisverspreiding, begeleiding in de praktijk en samenwerking.

Het Nierschade protocol is monodisciplinair wat te smal is voor deze aandoening omdat de redenen voor uitval ook psychosociaal van aard kunnen zijn. Ziektebeleving is vaak belangrijker dan de objectieve kenmerken van de ziekte. Dat vereist individuele benadering van klachten en focus op zowel werkbeleving als ziektebeleving en context. Er is tevens aandacht nodig voor de samenwerking met bedrijfsartsen voor de begeleiding en preventie van uitval.

Participatiegedrag

De search in de Cochrane Library heeft geen reviews opgeleverd.

Interview werd gehouden met J. Faas (VA). Oorspronkelijke evidence voor het huidige protocol (2010) was heel mager. In plaats daarvan werd een enquête gehouden onder de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch adviseurs. De term *participatiegedrag* is enigszins in opspraak gekomen; in plaats daarvan wordt recentelijk de term *herstelgedrag* gebruikt. Nieuwe evidence is ook te vinden in Casus dBase en heeft betrekking op omgang met herstelgedrag. Het protocol Participatiegedrag is problematisch omdat het onderwerp participatiegedrag/-herstelgedrag gezien wordt als politiek en niet als domein van artsen. Het is destijds ook niet prettig geland bij het UWV om logistieke (efficiëntie) reden: te veel contactmomenten in het stappenplan. Tevens, UWV heeft geen actieve rol gespeeld in de implementatie van het protocol. Er zijn ook geen aparte implementatie inspanningen geleverd. Het zou niet zinvol zijn om er een richtlijn voor te ontwikkelen zonder een gedegen implementatieslag. In de afgelopen 10 jaar sinds het protocol is uitgebracht zijn veranderingen gekomen in terminologie, functienamen, wetten e.d., wat tevens een update dicteert.

Het is wel een goed protocol in de zin dat de betrokken beroepsgroepen zich sterk zouden kunnen maken voor meerdere contactmomenten met de cliënt (werkende; in ziektewet), anders heb je geen inzicht in de effecten van je aanpak en geen feedback. Dat in tegenstelling tot de wens van het UWV om juist de ruimte krijgen om het protocol niet toe te passen. Tevens willen de verzekeringsartsen graag aandeel hebben in de begeleiding van werkenden bij herstel.

Een knelpunt in de praktijk is dat de samenwerking met bedrijfsartsen niet makkelijk tot stand te brengen is. Bij een eventuele toekomstige implementatieslag is het gewenst om de VA-zorg eerder te betrekken namelijk al in het 1^{ste} en 2^{de} jaar en niet pas later.

Veranderingen in de zorg zijn niet groot en 'te hanteren'. Wat normen en waarden betreft, als mensen in de uitkering/WIA belanden, krijgen ze een passieve rol. Ze moeten lang wachten op uitnodiging voor de herbeoordeling; dat zou strakker moeten met meer frequente afspraken.

3.2.2 NVAB-RICHTLIJNEN

De richtlijnen worden hieronder beschreven, op volgorde van publicatiejaar. Per richtlijn wordt de evidence weergegeven die beschikbaar is gekomen sinds publicatie van de richtlijn en de resultaten van de interviews over aanpassingen van aanbevelingen op basis van nieuwe evidence, beschikbaarheid van nieuwe interventies, of veranderingen in 1) knelpunten, 2) beschikbare middelen en 3) organisatie van zorg.

Preventie van beroepslethorendheid

De search in de Cochrane Library heeft een review opgeleverd gericht op preventie van slechthorendheid in de werksituatie.

Er heeft een interview plaatsgevonden met dr. B Sorgdrager, bedrijfsarts en onderzoeker bij het Coronel Instituut, Amsterdam UMC, betrokken bij ontwikkeling van de richtlijn. De meest recente Cochrane review over preventie (bronbestrijding) heeft geen nieuwe inzichten opgeleverd. Voor screening op gehoorverlies/schade is wel nieuwe evidence, onder andere in de vorm van twee recente proefschriften (2019 en 2020), die mist in de richtlijn. Hier is herziening van de richtlijn noodzakelijk. Herziening is ook gewenst ivm de beschikbaarheid van nieuwe technieken ten aanzien van gehoorbescherming (communicatie in lawaai versus bescherming tegen lawaai) en het communiceren via oortjes (bijvoorbeeld bij de politie). Er is veel onderzoek gedaan maar er is ook veel 'experience based' kennis over optimale bescherming. Hier is herziening zeker gewenst.

De richtlijn wordt slecht gevolgd, ondanks wettelijke verplichtingen ten aanzien van gehoorbescherming. Het is onderbelicht bij werkgevers en bedrijfsartsen. Er wordt daarom weinig aan preventie gedaan. In de bouw en bij de politie staat dit wel hoog op de agenda, maar in andere sectoren niet. Naast herziening is implementatie van de richtlijn dus erg belangrijk.

Diabetes mellitus/Diabetes en werk

De search in de Cochrane Library heeft 18 reviews opgeleverd. Twee daarvan zijn gericht op werk m.n. op effecten van fysieke activiteit op 'fasting plasma glucose' en op werk praktijk en beleid m.b.t. inzet van verschillende interventies (dieet, aanpak overgewicht, fysieke activiteit).

Interview werd gehouden met E. Jurgens (bedrijfsarts, lid projectgroep RL-module Diabetes en Arbeid). Volgens EJ heeft de RL Diabetes en Arbeid hoge prioriteit om herzien te worden. In eerste instantie is er veel nieuwe evidence m.n. in diagnostiek en interventies. Door vroegtijdige ontdekking kunnen de complicaties worden voorkomen. Door betere therapie (glucose regulatie) treden er aanzienlijk minder complicaties op. Nieuwe interventies betreffen o.a. meer bewegen en fysiotherapie. Omstandigheden in de BA-zorg zijn veranderd door grotere inzetbaarheid van mensen

met DM. Problematisch is dat er op dit moment in Nederland 500 000 – 750 000 mensen zijn met ‘pre-diabetes’. Interessant is dat 70% daarvan geen diabetes krijgt. Dat komt mogelijk door de leefstijl aanpassingen; oorzaken/gevolgen daarvan zijn zeer relevant voor arbeid. Bijvoorbeeld, het is goed om te weten dat er ook met een goede glucose regulatie complicaties kunnen optreden. Een alarmerende nieuwe trend is dat diabetes Type II op steeds jongere leeftijd voor komt. Een van de risicofactoren is obesitas bij jonge kinderen. De gevolgen hiervan zijn dat de periode waarin mensen met diabetes zorg nodig hebben steeds langer is en dat het een risicofactor is voor de hart- en vaatziekten en hartfalen wat ook hoge kosten van de zorg met zich meebrengt. Er zijn tevens nieuwe inzichten m.b.t. diagnostiek van het ontstaan dan wel van ontregeling van DM. Werkstress is een van de risico factoren daarvoor (mentale stress, naast de metabole en de oxidatieve stress) en voor het ontstaan van complicaties. Wat er in de huidige richtlijn ontbreekt (is niet expliciet vermeld) is comorbiditeit met depressie (via leefstijl en/of persoonlijkheidstype D). Er is een nieuwe vragenlijst gemaakt om zorg op maat te kunnen leveren, gericht op het in kaart brengen van de behoeften van werkenden met DM. De centrale vraag hierbij is ‘Hoe hanteert deze werknemer zijn DM in dit werk en onder deze omstandigheden?’. Maatwerk zorg is niet makkelijk maar wel mogelijk. Nieuwe evidence heeft grote gevolgen voor de aanbevelingen in de huidige RLM; focus is op blijven functioneren ondanks diabetes.

Nieuw in de organisatie van de zorg is dat er in de eerstelijnszorg jaargesprekken met de huisarts zijn bijgekomen. Huisarts en patiënt maken gezamenlijk plan voor het komend jaar. De uitvoering en begeleiding ligt in de handen van de POH en DVK (diabetesverpleegkundige). Echter, op dit moment komt werk er niet in voor. EH onderstreept het belang van betrekken van de BA's hierin. Dat zou expliciet in de RL moeten worden ingebouwd. Omstandigheden voor de werkenden met DM zijn verbeterd door de komst van betere insulinepomp met sensor waardoor het makkelijker is om glucose niveau te monitoren en tijdig in te grijpen.

De voornaamste knelpunt in de praktijk betreft Arbo-curatieve samenwerking. Werk zit er nu niet bij. Bijvoorbeeld, internisten behandelen en geven advies aan mensen met DM, o.a. met betrekking tot aanpassingen op het werk. Echter, communicatie hierbij is in een richting. Het zou beter zijn om samen te werken met de BA's en de verschillende perspectieven/expertises te combineren.

Negatieve attitudes bestaan voornamelijk t.o.v. mensen met DM Type II. Patiëntenvereniging vertegenwoordigt op dit moment vooral de oudere populatie zonder kijk op de werkomstandigheden van jongere mensen met DM. Nieuwe RLM Diabetes en Arbeid zou o.a. rekening moeten houden met co-morbiditeit met Depressie en het zou beter afgestemd moeten zijn op andere richtlijnen over chronische aandoeningen. Op dit moment wordt er weinig rekening gehouden met (het in kaart brengen van) de behoeften van werkenden met DM.

Obstructieve Slaapapneusyndroom en Werk - OSAS

In de Cochrane Library zijn geen reviews gevonden.

Er heeft een interview plaatsgevonden met mw D.N. Visser, bedrijfsarts, betrokken bij ontwikkeling van de richtlijn. Herziening van de richtlijn heeft geen prioriteit. Er is weinig nieuws, geen nieuwe resultaten van onderzoek die aanbevelingen zouden veranderen. Bedrijfsartsen hebben meegewerkt aan een Philips onderzoek waarbij medewerkers gescreend zijn, om de prevalentie van OSAS te onderzoeken. De resultaten hebben geen invloed op de aanbevelingen van de richtlijn. Ook de

Apneuvereniging meldt geen nieuwe ontwikkelingen zoals nieuwe interventies. De meest recente FMS-richtlijn OSA uit 2018 verwijst nog steeds naar deze NVAB-richtlijn OSAS waar het gaat over werk.

Influenzapandemie in Arbeidsorganisaties/Influenza: Preventie en Outbreak Control

In de Cochrane Library is een review gevonden over de effectiviteit van vaccinatie van zorgprofessionals.

Interview werd gehouden met J. Maas (bedrijfsarts). Volgens hem is er nieuwe evidence, zoals Cochrane reviews beschikbaar, ook met betrekking tot gedrag van mensen bij influenzapandemie. Tot nu toe was de focus op vaccinatie als belangrijke interventie. Nu worden er meer interventies aan toegevoegd zoals het dragen van mondkapjes dragen en desinfectie van handen. De genoemde interventies werken beter als ze gecombineerd worden ingezet.

Een van de ervaren knelpunten in de praktijk is dat evidence m.b.t. effectiviteit van vaccinatie niet eenduidig is. Juridisch gezien zijn mensen niet verplicht om zich te vaccineren. Door veranderingen in de maatschappelijke context ontstaat er een andere manier van kijken naar de juridische context van vaccinatie. Politiek geeft wel meer urgentie aan vaccinaties maar daardoor alleen gaat de percentage vaccinatie niet per se omhoog. In die zin is de 'knelpunt' in de wetgeving (niet verplichte vaccinatie).

Wat normen en waarden betreft is de focus van bedrijfsartsen steeds meer naar verzuim verschoven. Nieuwe interventies tegen influenza hebben geen effect op verzuim. Echter, als focus verlegd wordt naar de gezondheid en preventie dan zou ook de rol van de bedrijfsarts kunnen verschuiven naar preventie van infectieziekten in het algemeen. Het zou handig kunnen zijn om als er een blauwdruk voor vaccinatie en werk zou komen

Enkele redenen om deze richtlijn te prioriteren zijn 1. Beschikbaarheid van nieuwe interventies (mondkapjes, hygiëne); 2. Nieuw gezondheidsraadadvies m.b.t. infectiepreventie dat een onderdeel moet worden van de richtlijn; 3. Onderwerp breder trekken naar infectiepreventie in het algemeen en focus verleggen naar preventie.

Werkdruk

In de Cochrane Library zijn 3 reviews gevonden m.b.t. effectiviteit van interventies om de werkdruk(effecten) te verminderen. Er zijn effecten onderzocht op organisaties, werknemers, managers en op preventie van werkdruk.

Interview werd gehouden met H. Tweehuysen (A&O psycholoog, medeauteur RL Werkdruk). In onderzoek naar werkdruk is de nadruk verschoven van stressoren naar energiebronnen en naar balans tussen de 'resources & demands'. Relevant onderzoek hiernaar is verricht door o.a. Jori Scherp (Play for Work Design, EUR). Interventies veranderen zodanig dat ook de aanbevelingen aangepast moeten worden.

Een verandering in de praktijk is dat werkdruk steeds vaker wordt gediagnosticeerd wat de noodzaak voor een 'up-to-date' richtlijn onderstreept. Waar mensen zich vroeger wel voor schaamden als ze werkdruk-klachten hadden is dat nu niet meer het geval. Doordat het steeds vaker voor komt, loopt

coördinatie en overzicht achter de feiten aan. Bedrijfsartsen hebben moeite om er een lijn in te vinden.

Mooie aan de huidige richtlijn Werkdruk is dat het al interdisciplinair is. Het aantal disciplines mag nog meer uitgebreid worden naar bv. psychologen. Coördinatie van de zorg verdient speciale aandacht.

Werk-privébalans

In de Cochrane Library zijn geen reviews gevonden.

Interview werd gehouden met H. Tweehuysen (A&O psycholoog, medeauteur RL Werkdruk). Nieuw in de literatuur over dit onderwerp is de 'Job Demand Theorie' van Luc Doorenbos. Werk kan overbelasting veroorzaken maar het kan ook ingezet worden als een mogelijke oplossing voor overbelasting of andere psychische problemen. Focus is op het vinden van waar het energieverlies in zit (nog niet in de richtlijn); waarschijnlijk niet op alle aspecten van het werk.

Er vindt steeds meer verschuiving plaats naar een goed balans tussen werk en privé. Het wordt steeds meer bespreekbaar ('privé doet ook mee'). Ook bij beroepen met traditioneel hoge werkdruk en slecht balans werk- privé zoals bij medisch specialisten. Mogelijk komt dat door dat er steeds meer vrouwen in werken die liever een goed werk-privé balans hebben. Ook mannen letten daar steeds meer op.

Agressie en geweld

In de Cochrane Library zijn geen reviews gevonden.

Er heeft een interview plaatsgevonden met drs. H. Tweehuysen, A&O psycholoog, betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn. Agressie en geweld is een politiek belangrijk onderwerp, agressie is veel voorkomend en na geweld is ook PTSS steeds meer voorkomend. Er is mogelijk niet zoveel nieuwe evidence. Emotionele belasting is een van de heftigste stressoren die er zijn en waarvan mensen het slechtst herstellen, maar de relatie met agressie is niet onderzocht. Vermoedelijk is die wel belangrijk. Een nieuwe interventie die niet voorkomt in de richtlijn is EMDR. Het is een belangrijke interventie om naar te verwijzen, maar het is onduidelijk of er voldoende evidence is ten aanzien van effectiviteit. Er is relatie tussen persoonlijke talenten/drijfveren en omgaan met agressie. Dat kan gebruikt worden ter preventie ('job craften', energiebronnen gebruiken), de evidence is echter "dun". Mogelijk is een richtlijn (seksuele) intimidatie nog belangrijker en daar is politiek gezien ook meer vraag naar. Nu worden overal vertrouwenspersonen (juristen) ingesteld, maar er wordt niets aan preventie gedaan. Hiermee denkt men te hebben voldaan aan het voeren van beleid, maar dit is een onvoldoende aanpak.

Vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen

In de Cochrane Library zijn geen reviews gevonden.

Er heeft een interview plaatsgevonden met dr. P.P.F.M. Kuijer, onderzoeker Coronel Instituut, Amsterdam UMC, betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn. Met betrekking tot tiltraining is er weinig nieuws te verwachten wat betreft evidence, en er worden geen veranderingen verwacht in aanbevelingen. Het lijkt beter te wachten met een herziening tot er meer relevant onderzoek

beschikbaar is. Het gebruik van exoskeletten is op basis van de evidence minder veelbelovend dan aanvankelijk gedacht. Er zijn bovendien nog geen goede RCTs waardoor geen uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit. Bovendien blijken exoskeletten in de praktijk niet makkelijk werkbaar. Het exoskelet ondersteunt bij tillen, maar belemmert bij ander handelingen. Bij steeds wisselende handelingen is dit dus niet praktisch bruikbaar.

Computerwerk

In de Cochrane Library zijn geen reviews gevonden.

Interview werd gehouden met A. van der Beek (hoofd afd. Public and Occupational Health, VUmc, voorzitter werkgroep). Nieuwe evidence betreft onderwerpen zoals de rol van 'zit-sta balans' waarvoor vroeger geen evidence werd gevonden; nu is er ook een Cochrane review daarover beschikbaar (n.b. niet gevonden) en er zijn zit-sta interventies ontwikkeld. Ook de afwisseling tussen de verschillende apparaten zoals tablet, laptop en pc is belangrijk. Computerwerk is door (te) lang zitten een risico factor voor cardiovasculaire problemen en voor de rugklachten. Tegelijkertijd lijkt het erop dat het onderzoek naar de RSI-klachten gestopt is waardoor er geen nieuwe evidence meer is.

Door nieuwe evidence zijn sterkere aanbevelingen mogelijk dan in de huidige richtlijn. Er zijn waarschijnlijk geen veranderingen in de ervaren knelpunten in de praktijk.

Veranderingen in de organisatie van de zorg dan wel werk zijn dat er meer dynamisch wordt gewerkt met meer afwisseling. Er wordt meer gefietst en gelopen. Daarnaast zijn er ergonomische aanpassingen gedaan (pc, muis) waardoor er mogelijk minder RSI-klachten zijn. Zitballen bleken niet effectief en misschien zelfs schadelijk.

Veranderingen in normen en waarden zijn dat jongeren er op een andere manier mee omgaan. Tevens is het meer geaccepteerd dan vroeger dat mensen langer achter de computer/met beeldscherm werken.

De reden om deze richtlijn te updaten is dat vrijwel iedereen met computers/beeldschermen werkt, het is wijdverbreid. Indien er risico's aan verbonden zijn is het een grote groep dat eraan blootgesteld wordt. Bij een update is het relevant om de multidisciplinaire aanpak toe te passen.

3.3 BESPREKING PRIORITERING HERZIENINGEN

In een bijeenkomst van de CROW en Commissie Wetenschap van de NVVG is de prioritering besproken van de richtlijnen en protocollen die in aanmerking komen voor herziening. Naar aanleiding van deze bespreking is de prioritering enigszins aangepast en ook voorgelegd aan de GAV.

De commissies zijn overeengekomen dat bij herziening van het VG-protocol Participatiegedrag het protocol moet worden omgevormd tot een leidraad in plaats van een richtlijn. Deze leidraad kan door verzekerings- en bedrijfsartsen gebruikt worden.

Het VG-protocol Schizofrenie en verwante psychosen, en het VG-protocol Borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen volgens de commissies worden opgenomen in één nieuwe richtlijn over ernstige psychiatrische aandoeningen. De opbouw van deze richtlijn is dan

modulair. Uit de knelpuntenanalyse voor die richtlijn moet blijken welke aandoeningen worden geprioriteerd, en welke modules als eerst zullen worden herzien of nieuw ontwikkeld.

De VG-protocollen Darmkanker en Borstkanker kunnen worden herzien en geïntegreerd als module in de NVAB-richtlijn Kanker en werk. De VG-protocollen Chronisch hartfalen en Hartinfarct kunnen worden herzien en geïntegreerd als module in de NVAB-richtlijn Ischemische Hartziekten. Het VG-protocol COPD kan worden herzien en geïntegreerd als module in de NVAB-richtlijn Astma en COPD.

De rangschikking voor gezamenlijke richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen wordt dan als volgt:

1. Artrose van heup en knie
2. Diabetes Mellitus
3. Psychiatrische aandoeningen
4. Infectieziekten: outbreak management en terugkeer naar werk
5. Reumatoïde artritis
6. Chronische nierschade
7. Participatiegedrag (Leidraad)
8. Chronisch hartfalen en hartinfarct (modules)
9. Borstkanker en darmkanker (modules)
10. Angststoornissen
11. COPD (module)

Bovenstaande prioritering is opgenomen in Tabel 2. Voor bedrijfsartsen zijn bovendien de richtlijnen Werkdruk, Computerwerk en Preventie van beroepslethorendheid geprioriteerd (bijlage).

3.4 PRIORITERING NIEUWE ONDERWERPEN VOOR RICHTLIJNEN

Op basis van de ingediende onderzoeksvragen voor de Kennisagenda en resultaten van de ledenraadpleging over belangrijke richtlijnen zijn de onderwerpen geselecteerd voor mogelijke nieuwe richtlijnen. Voor veel van de onderwerpen waarover kennisvragen zijn ingediend of die belangrijk werden gevonden in de ledenraadpleging zijn al richtlijnen of protocollen beschikbaar.

Onderwerpen waarvoor een nieuwe richtlijn gewenst is zijn: ADHD/ADD/HD en autisme spectrum stoornis (ASS), cognitief functioneren, dementie, overgang, rouw, verslaving. Deze onderwerpen zijn ter commentaar en prioritering voorgelegd aan de wetenschapscommissies van de NVAB (CROW) en NVVG en aan de GAV. Op basis daarvan is de gezamenlijke prioritering vastgesteld. De prioritering per vereniging is weergegeven in Tabel 3a. Tabel 3b beschrijft de argumenten voor prioritering van de onderwerpen.

De prioritering voor nieuwe onderwerpen is als volgt:

1. ADHD/ADD/HD en autisme spectrum stoornis (twee modules in een richtlijn)
2. Cognitieve problemen
3. Verslaving
4. Dementie en Rouw (twee richtlijnen, gelijke prioritering)

Voor bedrijfsartsen is bovendien het onderwerp overgang geprioriteerd voor een nieuwe richtlijn. De prioritering van nieuwe onderwerpen voor richtlijnen is opgenomen in tabel 3.

Onderwerpen die wel belangrijk worden gevonden maar waarvoor al een multidisciplinaire richtlijn bestaat met voldoende aandacht voor werk zijn PTSS (Angststoornissen 2013) en SOLK (SOLK en Somatoforme Stoornissen 2011).

TABEL 1A RESULTATEN SEARCH EN KENNIS UPDATES VG-PROTOCOLLEN EN NVVG-RICHTLIJN

VG protocol	Cochrane review/protocol	Cochrane review, werkgerelateerd	Kennisupdate
Borstkanker en Darmkanker	12 reviews borstkanker 12 reviews darmkanker 1 review terugkeer naar werk interventies voor mensen met kanker 7 protocollen	1 review terugkeer naar werk interventies (1)	1 review prognostische factoren voor werkgerelateerde uitkomsten, 1 review interventies met werkgerelateerde uitkomsten (borstkanker)
Angststoornissen	9 reviews (inclusief 'panic disorder')	geen	17 reviews, 4 artikelen in deze reviews specifiek over angst
Borderline Persoonlijkeidstoornis	3 reviews	geen	nvt
Beroerte	58 reviews 4 protocollen	1 review met 4 studies met werkgerelateerde uitkomsten (niet in meta-analyse)(2)	2 reviews over beloop, 6 reviews over prognostische factoren voor terugkeer naar werk, 2 reviews over interventies gericht op terugkeer naar werk
Chronisch hartfalen	2 reviews	geen	nvt
Hartinfarct	4 reviews (inclusief 'ischaemic heart disease') 2 protocollen 'ischaemic heart disease'	geen	78 artikelen geïncludeerd, 29 gericht op werkhervatting, er waren 49 reviews
Whiplash associated disorder I/II	1 review (2007)	geen	1 review over beloop, 1 review van reviews en 9 reviews over prognostische factoren voor pijn en functioneren, 18 interventiereviews
Artrose van heup en knie	11 reviews	geen	nvt
Reumatoïde artritis en participatie in arbeid	18 reviews 1 protocol	1 review preventie verlies van werk(3)	nvt

COPD	16 reviews	1 review met 9 studies in meta-analyse met uitkomst "sick days"(4)	nvt
Schizofrenie en verwante psychosen	41 reviews 2 protocollen	1 review met 2 studies in meta-analyse met uitkomst "employed"(5)	nvt
Chronische schouderklachten	1 review	geen	nvt
Chronische nierschade	4 reviews	geen	nvt
Participatiegedrag	geen	geen	nvt

Referenties

1 de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 25;(9):CD007569.

2 Turner-Stokes L, Pick A, Nair A, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired 3 brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Dec 22;(12):CD004170.

3 Hoving JL, Lacaille D, Urquhart DM, Hannu TJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Non-pharmacological interventions for preventing job loss in workers with inflammatory arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 6;(11):CD010208. doi: 10.1002/14651858.CD010208.pub2.

4 Poole P, Sathananthan K, Fortescue R. Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 May 20;5:CD001287.

5 Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Dec 8;(12):CD000088.

TABEL 1B RESULTATEN SEARCH NVAB-RICHTLIJNEN

NVAB-richtlijn	Cochrane review/protocol	Cochrane review, werkgerelateerd
Preventie van beroepslethorendheid	1 review	1 review preventieve interventies. (1)
Diabetes en Werk	34 reviews	geen
Obstructieve Slaapapneusyndroom	geen	geen
Influenza	22 reviews	1 review effectiviteit vaccinatie zorgprofessionals (2)
Werkdruk	4 reviews	3 reviews preventie werkstress e.d.(3-5)
Werk-privébalans	geen	geen
Agressie en geweld	geen	geen
Vermindering van tilbelasting	geen	geen
Computerwerk	geen	geen

Referenties

1 Tikka C, AU: Verbeek J, Kateman E, Morata TC, Dreschler WA, Ferrite S. Interventions to prevent occupational noise-induced hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 7;7(7):CD006396..

2 Thomas RE , Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jun 2;(6):CD005187.

3 Kuster A, Dalsbø TK, Thanh BYL, Agarwal A, Durand-Moreau QV, Kirkehei I. Computer-based versus in-person interventions for preventing and reducing stress in workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Aug 30;8(8):CD011899.

4 Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 7;2015(4):CD002892.

5 Kuehnl A, Seubert C, Rehfuess E, von Elm E, Nowak D, Glaser J. Human resource management training of supervisors for improving health and well-being of employees. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Sep 25;9(9):CD010905.

TABEL 2. PRIORITERING GEZAMENLIJKE RICHTLIJNEN VOOR BEDRIJFS- EN VERZEKERINGSARTSEN

Richtlijn /protocol (leeftijd)	Criteria met effecten op de validiteit van de richtlijn			Overige criteria	
	Nieuwe evidence m.b.t. werk: interventies, behandeling etc.	Veranderingen in de zorg: organisatie, kosten e.d.	Normen en waarden, patiëntperspectief	Knelpunten in de praktijk	Nieuwe thema's, uitbreiding scope, andere aanpak nodig
1. Artrose heup en knie-VG (12)	-Nieuwe evidence verandert de aanbevelingen in belangrijke mate. -Er zijn nieuwe interventies, met nieuwe evidence, die leiden tot nieuwe aanbevelingen.	-Knie artrose gaat leiden tot grote toename kosten in de zorg (en kosten ivm verzuim / productieverlies).	-Orthopedisch chirurgen: veel aandacht voor werk en samenwerking met BA. Project gestart hiervoor obv kennisagenda orthopeden.	-Herstel in relatie tot werk voor knie artrose veel complexer dan gedacht. -Knie artrose geeft de meeste toename in ziektelast in Nederland de komende jaren van alle aandoeningen.	-Obv evidence duidelijk dat samennemen knie en heup in aanbevelingen onjuist is. Modulaire opzet nodig.
2. Diabetes Mellitus – VG (9) en Diabetes en Arbeid – NVAB (11)	-Veel nieuwe evidence m.b.t. diagnose en interventies; relevant voor de aanbevelingen.	-Nieuw in de 1 ^{ste} lijn: Jaargesprekken (HA, POH, DVK) – nog geen betrokkenheid BA.	-DM Type II – negatieve attitude. -Nieuw: discretere monitoring glucoseniveau makkelijker voor het werk.	-Arbo-curatieve samenwerking. -Problematiek van de jongere populatie mensen met DM niet vertegenwoordigt in de patiëntenvereniging.	-Nadruk verschuiven naar co-morbiditeit en bv. relatie met depressie. -Behoeften werkende in kaart brengen.
3. Psychiatrische aandoeningen module Schizofrenie – VG (12)	- Nieuwe evidence mbt arbeids-reintegratie (30-tal nieuwe RCT's). -Nieuwe interventie IPS gericht op 'werk op maat'. - Beiden relevant voor de RL.	-Gewenste verandering: samenwerkingsverbanden tot stand brengen met verschillende providers. -Moeilijk zorg te financieren omdat multiple instanties verbonden zijn aan de zorg.	-Dilemma over disclosure. -Stigma rondom Schizofrenie. -Verandert langzaam.	- Knelpunten in de implementatie van de IPS-interventie. -IPS vereist integrale behandeling.	-Psychoeducatie op de werkplek → stigma veranderen, taken herinrichten.

3. Psychiatrische aandoeningen module Borderline-Persoonlijkheidsstoornis- VG (11)	-Correlatie gevonden borderline met specifieke cognitieve defecten dan wel ontwikkelingsstoornissen → mogelijke effecten op aanbevelingen met betrekking tot behandeling	- Opvatting VA's: 'moeilijke cliënten' -Vaak werkeloos - Grote diversiteit behandelingen in de praktijk	- Bepaling functioneren kan beter - Samenwerking VA-BA verbeteren -- Slecht gedefinieerde aandoening	Vóór de herziening is het eerst nodig om het doel van de RL goed te bepalen; wat wil je mee in de praktijk.
4. Infectieziekten: outbreak management en terugkeer naar werk met diverse modules, onder andere de bestaande richtlijnen Influenza-pandemie in Arbeidsorganisaties/ Influenza: Preventie en Outbreak Control (8)	-Nieuwe evidence, zoals Cochrane reviews beschikbaar, ook met betrekking tot gedrag van mensen bij influenzapandemie. -Nieuwe interventies (mondkapjes, handen wassen). -Interventies combineren – meest effectief. -Relevant: interventies.	- Focus van bedrijfsartsen is op verzuim maar, nieuwe interventies tegen influenza hebben geen effect op verzuim.	-Door veranderingen in de maatschappelijke context is andere kijk gewenst naar juridische context van vaccinatie. -Evidence m.b.t. effectiviteit van vaccinatie is niet eenduidig. -Wet is het knelpunt: Politiek geeft meer urgentie aan vaccinaties maar daardoor alleen gaat de percentage vaccinatie niet per se omhoog.	-Verleggen focus naar gezondheid en preventie - ethisch verantwoord; dan verschuift ook de rol van de bedrijfsarts naar preventie van infectieziekten in het algemeen. - Het zou handig kunnen zijn als er een blauwdruk voor vaccinatie en werk zou komen. - Nieuw gezondheidsraadadvies m.b.t. infectiepreventie dat een onderdeel moet worden van de richtlijn.
5. Reumatoïde artritis – VG (12)	-Target at work is een belangrijke nieuwe interventie. Biologicals plus voorlichting: effectiever dan oudere interventies. Beide interventies leiden tot nieuwe aanbevelingen.	-Coaching-opleiding, om mensen met reuma met werk te ondersteunen. -Reumaconsulten (in ziekenhuizen) hebben steeds meer aandacht voor werk.	-Ervaringsdeskundigen worden meer ingezet in de zorg en de patiënt staat steeds centraler.	

	- Ook veel andere nieuwe evidence die aanbevelingen echter niet verandert.				
6. Chronische Nierschade – VG (11)	-Mogelijk is Mediprudentie relevant. -Incidentie cijfers mogelijk verouderd.		-Relatief vaak instroom in WIA vanuit deze groep. - Bij Nierschade als co-morbiditeit (bv. hart en vaten), zijn de klachten evident en hard.	- Protocol is monodisciplinair - te smal - Redenen voor uitval ook psychosociaal van aard - Ziektebeleving is belangrijker dan de objectieve kenmerken van de ziekte v.w.b. uitval. - Dat vereist individuele benadering van klachten en focus op werk- en ziektebeleving en context.	- Niet bekend waarom Nierschade uitval van werk veroorzaakt. Het lijkt erop dat er geen medische redenen zijn daarvoor. Het zou de moeite waard zijn om te onderzoeken waar het aan ligt (bv. kijken naar Mediprudentie).
. Participatie- Gedrag-VG (10) <u>wordt een Leidraad</u>	- Relevante evidence mogelijk te vinden in de Casus dBase. - Gebruik term 'herstelgedrag' i.p.v. 'participatiegedrag'.	- Veranderingen in de praktijk in terminologie: functienamen, wetten e.d., wat een update dicteert. - Veranderingen in de zorg zijn niet groot en 'te hanteren'.	-Focus op participatiegedrag/herstelgedrag is problematisch omdat het gezien wordt als politiek item en niet in het domein van artsen. -Betrokken beroepsgroepen moeten zich meer inzetten voor meerdere contactmomenten met de cliënt; anders geen inzicht in de effecten van aanpak.	- Protocol was niet prettig geland bij UWV om logistieke/efficiëntie reden: te veel contactmomenten in het stappenplan. - Geen aparte implementatie-inspanningen geleverd (UWV niet betrokken). - Samenwerking BA-VA moet vorm krijgen.	- Bij een ev. toekomstige implementatieslag gewenst om de richtlijn eerder bij de VA-zorg te betrekken - al in het 1ste en 2de jaar - Als mensen in de uitkering/WIA belanden, krijgen ze een passieve rol; moeten lang wachten op uitnodiging herbeoordeling; dat zou strakker moeten en vaker afspraken maken.
7. Chronisch Hartfalen – VG (12)	-Betere prognose CH patiënten.			-Wat betekent betere prognose voor de individuele beoordeling belastbaarheid?	- Veranderingen in de praktijk of in evidence betekenen niet automatisch RL herziening.

8. Hartinfarct – VG (12)	-Nieuw zijn ‘gender specific’ aandoeningen zoals Coronaire Micro-vasculaire Disfunctie (CMD).	-CMD (praktijk is al veranderd; RL loopt achter op de praktijk)	- HI is pas ‘interessant’ als het tot hartfalen leidt.	- Weinig bekend over de CMD.
9. Borstkanker - VG (13) 9.Darmkanker – VG (11)	-Evidence effectiviteit van interventies: veranderd. Nieuwe interventies beschikbaar. -Aanbevelingen zullen waarschijnlijk niet wijzigen.	-Nieuw: shared decision making en aandacht voor werk vanuit de curatieve sector bij de keuze voor interventies. -Aanbevelingen zullen waarschijnlijk niet wijzigen.	-Shared decision making wordt vaker toegepast, of zou toegepast moeten worden. -In de curatieve sector is meer aandacht voor werk.	-Beide aandoeningen zijn een groot maatschappelijk probleem.
10. Angststoornissen – VG (15)	- Effectiviteit EMDR-interventie in de behandeling van PTSS → effecten op behandeling.			- Behoeftte aan multimorbiditeits-aanpak; omdat angst in vivo nooit alleen voorkomt.
11. COPD (2008, 12)	-Mogelijk relevant is Mediprudentie en jurisprudentie.	-Digitalisering brengt tweedeling met zich mee v.w.b. digitale geletterdheid → leidt tot verschillen in gebruik richtlijnen.		-Samenwerking BA-VA vorm geven.

TABEL 3A ONDERWERPEN VOOR NIEUWE RICHTLIJNEN

Onderwerpen voor nieuwe richtlijnen	GAV	NVAB	NVVG
ADHD/ADD/HD	1	1	2
Autisme Spectrum Stoornis	2	2	1
Cognitieve beperkingen	3	3	3
Verslaving	4	5	4
Dementie	6	6	5
Rouw	5	7	6
Overgang	7	4	7

TABEL 3B COMMENTAAR BIJ ONDERWERPEN VOOR NIEUWE RICHTLIJNEN

Richtlijn op alfabetische volgorde	Individueel geleverd commentaar
ADHD, ADD, HD	<ul style="list-style-type: none"> - Relevant en komt vaker voor dan mogelijk bekend. - Vaak is het ook een van de oorzaken van psychische problemen. - Relevant vanuit VA-perspectief en komt vrij veel voor (ook verborgen in burn-out-verslaving, vastlopen op diverse levensgebieden zoals arbeid, relatie e.d.) - Bij voorkeur deze samen met ASS in 1 richtlijn vs. Liever verschillende RL – opbouw en indeling opnieuw overwegen als de RL wordt gemaakt - Ontwikkelingsstoornissen; modulaire opbouw. - Van belang omdat bij jongeren de afgelopen 10-15 jaar veel diagnostiek is gepleegd. Steeds meer werkenden zullen daardoor een dergelijke diagnose hebben gekregen. Een goede richtlijn zal helpen bij de begeleiding - Uiterst relevant voor de praktijk
Autisme	<ul style="list-style-type: none"> - Relevant, komt vaker voor dan mogelijk bekend. - Vaak is het een van de mogelijke oorzaken van psychische problemen - Relevant, komt vrij veel voor, zeer divers beeld, regelmatig i.c.m. overige problematiek, zoals verstandelijke beperking. Soms pas op latere leeftijd onderkend indien kinderen getest zijn. Is zeer divers, nieuwe inzichten t.a.v. functioneren (bij veel 'oude beeldvorming' bij VA), onderscheid in beoordeling & beleid jongeren vs. ouderen - Overwegen samenvoeging in één RL met ADHD/ADD/HD - Ontwikkelingsstoornissen
Cognitieve problemen	<ul style="list-style-type: none"> - Zeer relevant en zal naar verwachting nog veel relevanter worden gezien de aard van ons werk. Ook door de toename aan chronische ziekten is het de verwachting dat problemen op cognitief niveau belemmerend spelen. - Het gaat om betrouwbare beoordeling van het cognitief functioneren. - Een juiste vertaling naar arbeidsmogelijkheden, maar ook naar de recente evidence voor het verbeteren van cognitief

	<p>functioneren of hoe zo goed mogelijk om te gaan met beperkingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor de VA's, wel relevant, want vaak claimklachten op dit terrein lastig te beoordelen. - Goed NPO met validiteitstesten is wel gewenst maar hierover wordt vaak niet gerapporteerd. Wellicht als belangrijke leidraad op te pakken, gezien relevantie bij vele andere richtlijnen & aandoeningen (NAH, dementie, verslaving, PICS, ASS, ADHD, SOLK etc.) - Lijkt mij niet iets voor een aparte richtlijn, komt aandoening - specifiek al aan bod. Zit al in de NAH-richtlijn en hoeft niet nog een keer
Dementie	<ul style="list-style-type: none"> - Relevant en zal in de toekomst een groter probleem gaan worden. Kan vallen onder richtlijn cognitieve problemen of NAH. - Valt voor een deel onder cognitief en NAH. Als diagnose vaststaat niet zo "moeilijk". Soms in voortraject wel lastig zoals bij frontale dementie, micro-vasculaire dementie met disfunctioneren op meerder terreinen. - Met oplopende pensioenleeftijd toenemende prevalentie. Toenemend probleem vanwege veroudering van werknemers en groei van deze problematiek.
Overgang	<ul style="list-style-type: none"> - Relevant en komt vaker voor dan mogelijk bekend. - Vaak ook een verklaring voor psychische en fysieke problemen - NVVG: Zelden een relevant probleem, of als reden van ziekmelding. - Het is een fysiologisch gegeven. - AS: Belangrijk onderwerp. Overgangsklachten kunnen grote invloed hebben op het werk-functioneren. Is een veel voorkomend probleem, zeker in bepaalde sectoren
Rouw	<ul style="list-style-type: none"> - Relevant maar komt v.w.b. pathologie niet zo vaak voor. - Het betreft eerder goed werkgeverschap om hier correcte afspraken over te maken. - Herkennen pathologische rouw is het belangrijkste, en kan onder gebracht worden bij richtlijn depressie? - Relevant, soms complex, maar omwille van de door mij ervaren lage frequentie een lagere ranking. Samen met de RL- Psychische Problemen
Verslaving	<ul style="list-style-type: none"> - Relevant. Hierover zijn er voor bijv. alcohol en werk wel al diverse documenten beschikbaar. - Moeilijk qua beslissing 'aan het werk of niet'. Indien wel werken, wat is dan passend? En hoe dan de belastbaarheid te beoordelen begeleiding/ hulpmiddelen/ voorzieningen? - Behoeft aan meer evidence, onderscheid in soorten verslaving (GHB, cocaïne, alcohol, gamen)? - Welke behandeling is effectief? Welke factoren voorspellen terugval? Welke onderliggende aandoeningen komen vaak voor? - Veel voorkomend, te weinig onderkend, voor organisatiebeleid zijn wel handvatten, voor individuele situaties veel minder. Zeer relevante en hardnekkige problematiek met grote gevolgen voor arbeidsongeschiktheid.

4 NIEUWE INZICHTEN EN INNOVATIES OP HET GEBIED VAN RICHTLIJNONTWIKKELING

Meerdere nieuwe inzichten en innovaties beïnvloeden tegelijkertijd de mogelijkheden voor richtlijnontwikkeling. Niet alle ontwikkelingen zullen echter even snel leiden tot veranderingen in ontwikkel- of herzieningstrajecten van richtlijnen. Hierna volgt een korte schets van de meest opvallende ontwikkelingen, namelijk: levende richtlijnen, rapid recommendations, een richtlijnen app, het opnemen van aanbevelingen in elektronische patiëntendossiers en het integreren van diverse vormen van evidence.

4.1 LEVENDE RICHTLIJNEN

Voortdurend wordt nieuwe evidence gepubliceerd, waardoor aanbevelingen in richtlijnen niet altijd gebaseerd zijn op de meest recente wetenschappelijke inzichten. Levende richtlijnen kunnen een manier zijn om te zorgen voor meer up-to-date richtlijnen. Een platform dat gebruikt kan worden voor levende richtlijnen is MAGIC App (Vandvik). Dit is een digitale omgeving waarin richtlijn kunnen worden ontwikkeld of herzien, maar ook gepubliceerd. Er kunnen makkelijker delen van richtlijnen, bijvoorbeeld over één van de uitgangsvragen, worden herzien en gepubliceerd. Wanneer de kern- en projectgroep die de richtlijn ontwikkeld heeft, jaarlijks nagaat of een beperkte herziening nodig is, kan de richtlijn indien nodig worden aangepast. Hiervoor is het nodig dat de kern- en projectgroep na ontwikkeling of herziening van een richtlijn blijft bestaan, of tenminste enkele leden een groep vormen die verantwoordelijk blijven voor de richtlijn en jaarlijks de richtlijn beoordelen op noodzaak tot aanpassing.

4.2 RAPID RECOMMENDATIONS

Het duurt soms lang voordat nieuwe evidence wordt opgenomen in richtlijnen en gebruikt wordt in de praktijk. Daarom werken onder andere het tijdschrift BMJ en MAGIC samen in een onderzoeks- en innovatieprogramma genaamd Rapid Recommendations (BMJ). Het doel van dit programma is sneller en transparant relevante vragen uit de praktijk te beantwoorden op basis van nieuwe evidence. Inmiddels zijn voor 16 onderwerpen rapid recommendations gepubliceerd. Het Rapid Recommendations team identificeert studies die mogelijk leiden tot verandering van aanbevelingen voor de praktijk. Een team van onderzoekers zal in korte tijd een systematische review uitvoeren en de GRADE methodiek gebruiken om te komen tot aanbevelingen voor de praktijk. Deze aanbevelingen komen in aanmerking voor peer review voor publicatie in de BMJ en kunnen na publicatie worden opgenomen in richtlijnen. Wanneer rapid recommendations worden gepubliceerd die relevant zijn voor de bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde, kunnen deze worden opgenomen in richtlijnen van de NVAB en NVVG.

4.3 RICHTLIJNEN APP

Een aantal NVAB richtlijnen is opgenomen in de NVAB richtlijnen app. Er dient een evaluatie plaats te vinden van het gebruik van deze richtlijnen app, om te weten of hiermee in een behoefte van richtlijn gebruikers wordt voorzien. Als dit het geval is, kunnen meerdere richtlijnen, ook gezamenlijke richtlijnen, worden opgenomen in een richtlijnen app.

4.4 RICHTLIJNEN OPNEMEN IN CONTENT MANAGEMENT SYSTEMEN EN ELEKTRONISCHE PATIËNTENDOSSIERS

Er zijn mogelijkheden om aanbevelingen uit richtlijnen op te nemen in content managementsystemen (CMSen) en elektronische patiëntendossiers (EPDs). Dit vergroot mogelijk de kans dat aanbevelingen

uit richtlijnen worden opgevolgd. Er is echter sprake van een grote verscheidenheid aan CMSen/EPDs die gebruikt worden in de bedrijfsgezondheidszorg. Bijvoorbeeld MAGIC App biedt de mogelijkheid om gebruik te maken van een zogenoemd 'decision support system' (DSS), onafhankelijk van het systeem dat gebruikt wordt door de bedrijfsarts, of verzekeringsarts. Het gebruik van een DSS kan de implementatie van richtlijnen ondersteunen.

4.5 INTEGRATIE VAN DIVERSE VORMEN VAN EVIDENCE

Voor richtlijnen wordt gebruik gemaakt van diverse vormen en bronnen van evidence, om diverse soorten vragen te beantwoorden. Daarbij wordt ook gekeken naar alternatieven voor het meest gebruikte kwantitatief-epidemiologische onderzoek zoals kwalitatief onderzoek, het voorzorgprincipe of het logic of care model (Wieringa). Voor de vertaling van evidence naar aanbevelingen bestaan raamwerken zoals het GRADE Evidence to Decision Framework, waarin niet alleen evidence over bijvoorbeeld de effectiviteit van een interventie, maar ook de balans tussen gewenste en schadelijke effecten worden meegewogen, voorkeuren van zowel bedrijfs-/verzekeringsartsen als werkenden en werkgevers, en de maatschappelijke context. Deze raamwerken zijn nog in ontwikkeling, en moeten gevolgd worden, om bij herzienings- of ontwikkeltrajecten van richtlijnen te kunnen gebruiken. Bij de integratie van de diverse vormen van evidence is overigens ook een evenwichtige samenstelling van de projectgroep van belang, onder andere bij de bespreking van de verschillende overwegingen om te komen tot een aanbeveling.

4.6 SHARED DECISION MAKING EN KEUZEHULPEN

Gedeelde besluitvorming beoogt overeenstemming te bereiken over gepaste zorg, met een passende taakverdeling tussen behandelaar/begeleider, zorgvrager en eventuele derden (bijvoorbeeld mantelzorgers). Met name als er meerdere behandelopties zijn, zullen in richtlijnen de aanbevelingen ook meer gedifferentieerd moeten worden naar diverse gebruikersgroepen of patiënt/cliëntprofielen (personalised medicine) (van der Weijden). Ter ondersteuning hiervan kunnen keuzehulpen ontwikkeld worden die kunnen worden geïntegreerd tot een samenhangend geheel met richtlijnen voor zorgverleners, en met de zelfmanagementinstrumenten die beschikbaar komen voor de patiënt. Keuzehulpen besteden veel aandacht aan risicocommunicatie, en geven de numerieke gegevens over de schattingen van risico's en kansen op uitkomsten samen met de relatieve en absolute risicoreducties vaak grafisch weer, bijvoorbeeld door populatie- of pictogrammen.

Referenties

Vandvik PO, Brandt L, Alonso-Coello P, Treweek S, Akl EA, Kristiansen A, Heen AF, Agoritsas T, Montori VM, Guyatt G. Creating clinical practice guidelines we can trust, use, and share : a new era is imminent. *Chest* 2013;144 (2):s381-389.

www.bmj.com/rapid-recommendations

Wieringa S, Dreesens D, Forland F, Hulshof C, Lukersmith S, Macbeth F, Shaw B, van Vliet A, Zuiderent-Jerak T, on behalf of the AID Knowledge Working Group of the Guidelines International Network. Different knowledge, different styles of reasoning: a challenge for guideline development. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2018;23(3):87-91.

van der Weijden T, Pieterse AH, Koelewijn-van Loon MS, Knaapen L, Légaré F, Boivin A, Burgers JS, Stiggelbout AM, Faber M, Elwyn G. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. *BMJ Qual Saf.* 2013 Oct;22(10):855-63.

5 PLAN VAN AANPAK

Er is een gezamenlijk plan van aanpak ontwikkeld voor de herziening van NVAB-richtlijnen, gezamenlijke richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen en VG-protocollen tot integrale nieuwe evidence based richtlijnen. Het plan van aanpak bevat informatie over de prioriteitsstelling. Dit betreft een antwoord op de vragen:

- Welke richtlijnen en protocollen hebben de grootste urgentie voor herziening?
- Wat is de aard van de noodzakelijke herziening (volledig of gedeeltelijk), het tijdsplan en het benodigde budget.

Uitgangspunten voor dit plan van plan van aanpak zijn:

- De prioritering van herziening (zie tabel 2 Prioritering gezamenlijke richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen en in de bijlage tabel Prioritering richtlijnen voor bedrijfsartsen)
- De noodzaak om ook voor andere arbeidsrelevante problematiek richtlijnen te ontwikkelen (zie tabel 3A Onderwerpen voor nieuwe richtlijnen).

De budgetten voor nieuwe richtlijnen en volledige of gedeeltelijke herzieningen zijn als volgt:

Nieuwe richtlijn: 200.000 euro

Volledige herziening: 200.000 euro

Gedeeltelijke herziening: 150.000 euro, afhankelijk van de aard en omvang van de herziening

De ontwikkeling of herziening van een multidisciplinaire evidence-based richtlijn voor verzekeringsartsen en bedrijfsartsen gezamenlijk zal altijd tot meer uitgangsvragen leiden. De richtlijn moet immers ingaan op de specifieke informatiebehoefte van twee disciplines die in verschillende onderdelen van de keten van zorg en sociale zekerheid werkzaam zijn. Bovendien moet vanuit verzekeringsgeneeskundig perspectief niet alleen de informatiebehoefte van verzekeringsartsen werkzaam bij de uitvoering van de publieke sociale zekerheid worden betrokken, maar ook de activiteiten van verzekeringsartsen werkzaam bij particuliere verzekeraars.

Tabel 4 geeft een overzicht van de geprioriteerde richtlijnen, met de vermelding of het een nieuwe richtlijn, een gehele of gedeeltelijke herziening betreft, en het budget.

TABEL 4 PLAN VAN AANPAK

Onderwerp	Nieuw of herziening	Budget (euro)
Artrose van heup en knie	Volledige herziening	200.000
Diabetes Mellitus	Volledige herziening	200.000
Psychiatrische aandoeningen	Volledige herziening	200.000
Infectieziekten: outbreak management/RTW	Volledige herziening	200.000
Reumatoïde artritis	Volledige herziening	200.000
Chronische nierschade	Volledige herziening	200.000
Chronisch hartfalen en hartinfarct (modules)	Gedeeltelijke herziening	150.000
Borstkanker en darmkanker (modules)	Gedeeltelijke herziening	150.000
Angststoornissen	Volledige herziening	200.000
COPD (module)	Gedeeltelijke herziening	150.000
ADHD/ADD/HD en ASS	Nieuw	200.000
Cognitieve problemen	Nieuw	200.000
Verslaving	Nieuw	200.000
Dementie	Nieuw	200.000
Rouw	Nieuw	200.000
Werkdruk	Volledige herziening	200.000
Computerwerk	Volledige herziening	200.000
Preventie beroepslethorendheid	Gedeeltelijke herziening	150.000

Een deel van de richtlijnen richt zich op het Poortwachtersproces, waarbij afstemming van de taken van bedrijfs- en verzekeringsartsen en de samenwerking tussen de twee beroepsgroepen van belang is. Ook arbeidsdeskundigen spelen hierbij een rol. Voor deze richtlijnen die zich richten op het Poortwachtersproces is het ZonMw programma Verbetering Kwaliteit Poortwachter een belangrijke financieringsbron. De richtlijnen die zich meer richten op preventie kunnen door bedrijfsartsen al dan niet in samenwerking met de overige kerndisciplines worden herzien. Dit betekent dat er verschillende bronnen van financiering zullen moeten aangewend voor de herziening of ontwikkeling van richtlijnen.

TABEL PRIORITERING RICHTLIJNEN VOOR BEDRIJFSARTSEN

Richtlijn /protocol (leeftijd)	Criteria met effecten op de validiteit van de richtlijn			Overige criteria	
	Nieuwe evidence m.b.t. werk: interventies, behandeling etc.	Veranderingen in de zorg: organisatie, kosten e.d.	Normen en waarden, patiëntperspectief	Knelpunten in de praktijk	Nieuwe thema's, uitbreiding scope, andere aanpak nodig
1. Werkdruk - NVAB (7)	-Relevant onderzoek in o.a. Nederland, Peru etc: verschuiving aandacht van stressoren → energiebronnen.	-Verandering in de praktijk: werkdruk wordt steeds vaker gediagnosticeerd wat de noodzaak voor een 'up-to-date' richtlijn onderstreept.	-Vroeger - schaamte voor de werkdruk-klachten, nu niet meer.	- Doordat het steeds vaker voor komt loopt coördinatie en overzicht achter de feiten aan. - Bedrijfsartsen hebben moeite om er lijn in te vinden.	-Verschuiving aandacht van stressoren → energiebronnen. -Aantal disciplines maag nog meer uitgebreid worden naar bv. psychologen. -Coördinatie van zorg verdient speciale aandacht.
2. Computerwerk – NVAB (7)	- Nieuwe evidence betreft onderwerpen zoals de rol van 'zit-sta balans'; relevant → aanbevelingen Interventies. - Nieuwe evidence → sterkere aanbevelingen .	- Werk is meer dynamisch geworden, meer afwisseling, nieuwe ergonomische aanpassingen.	-Jeugd beter aangepast aan computerwerk. -Lang 'computeren' mag inmiddels.	-Potentieel groot probleem: iedereen werkt met computers; indien het een risicofactor is, dan voor een hele grote groep werkenden.	-Risico voor hart- en vaatziekten.

3. Preventie beroeps-
slechthorendheid –
NVAB (14)

-Evidence voor screening
op gehoorverlies, leidt
tot nieuwe
aanbevelingen.

-Nieuwe technieken
gehoorbescherming en
voor het communiceren
via oortjes, leiden tot
nieuwe aanbevelingen.

-In zeer beperkt aantal
sectoren is voldoende
aandacht voor preventie.

-De richtlijn wordt slecht
opgevolgd, ondanks
wettelijke verplichtingen tav
gehoorbescherming.
Implementatie is van
belang.

TABEL NIET-GEPRIORITEERDE RICHTLIJNEN

Richtlijn /protocol (leeftijd)	Criteria met effecten op de validiteit van de richtlijn			Overige criteria	
	Nieuwe evidence m.b.t. werk: interventies, behandeling etc.	Veranderingen in de zorg: organisatie, kosten e.d.	Normen en waarden, patiëntperspectief	Knelpunten in de praktijk	Nieuwe thema's, uitbreiding scope, andere aanpak nodig
1. Werk-privé balans - NVAB (7)	-Nieuw onderzoek: 'Job Demand Theorie' van Luc Doorenbos.				- Werk kan overbelasting veroorzaken maar ook ingezet worden als oplossing voor overbelasting of andere psychische problemen. - Focus verschoven naar het vinden van waar het energieverlies in zit (en dat zit nog niet in de richtlijn).
2. Whiplash – VG (13)	-Er is nu sterker bewijs voor de aanbevelingen en geen reden tot verandering van aanbevelingen. -kennis update 2015 beschikbaar.		-Aandacht voor psychosociale prognostische factoren voor chronische aandoeningen als module opnemen.		-Whiplash komt weinig voor, eventueel RL maken voor whiplash en aspecifieke nekklachten. Of RL over SOLK, dat is misschien zinvoller.
3. Agressie en	Weinig nieuwe evidence.		-Er is meer aandacht voor PTSS als gevolg van geweld.	-Organisaties voeren meestal geen preventief	-Agressie en geweld komt veel voor, politiek belangrijk

geweld - NVAB (7)			beleid, men stelt slechts vertrouwens- personen aan (juristen).	onderwerp. Mogelijk is een RL (seksuele) intimidatie belangrijker en politiek gezien nog relevanter.
4. Chronische schouderklachten (2008, 12)		-Meetbaar minder operaties bij cuff-fractuur of meniscus.	-Opvatting dat Frozen Shoulder klachten altijd overgaan klopt niet.	
5. Beroerte- VG (15)	-kennis update 2016: er is deels nieuwe evidence.			-Multidisciplinaire RL NAH en arbeidsparticipatie wordt momenteel herzien. Voorkeur voor integreren herziene evidence en aanbevelingen in deze multidisciplinaire RL en geen aparte RL voor VA/BA te ontwikkelen.
6. Obstructieve Slaapapneu syndroom en Werk – OSAS - NVAB (8)	-Geen nieuwe resultaten van onderzoek die aanbevelingen zouden veranderen.			
7. Vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen - NVAB (7)	-Weinig nieuwe evidence, geen verandering verwacht in aanbevelingen.			-Van exoskeletten werd veel verwacht. Obv evidence minder veelbelovend en nog onvoldoende RCTs.