

**BLAUWDRUK**  
**PARTICIPEREN IN RICHTLIJNEN**

*leidraad voor het effectief opnemen van  
'participeren en functioneren in werk'  
in richtlijnen*

Definitief 2010



## Colofon

### *Uitgave*

VGI, NVAB, CBO  
2010

*De Blauwdruk Participeren in Richtlijnen is tot stand gekomen in het kader van het ZONmw-Programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ)*

### **Opgesteld door de stuurgroep Bouwen en Borgen**

- dr. W.E.L. de Boer, VGI

Domus Medica  
Postbus 24095  
3502 MB Utrecht  
T 030-6868764

E [secretariaat@nvvg.nl](mailto:secretariaat@nvvg.nl)

(bezoekadres: Mercatorlaan 1200, Utrecht)

- dr. C.T.J. Hulshof, Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113  
3500 GC Utrecht  
T 030-2845750

E [kwalityteitsbureau@nvab-online.nl](mailto:kwalityteitsbureau@nvab-online.nl)

(bezoekadres: Churchillaan 11, Utrecht)

- dr. M.C. Stadlander, BMC

In opdracht van het CBO  
Postbus 20064  
3502 LB Utrecht  
T 030 2843900

E [cbo@cbo.nl](mailto:cbo@cbo.nl)

(bezoekadres: Churchillaan 11, Utrecht)

- drs. A.H.J.M. Sterk, Ministerie SZW tot medio 2008

*De stuurgroep is in haar werk ondersteund door een klankbordgroep*

### **Klankbordgroep Bouwen en Borgen**

- Mw J. van Balen, NHG
- T.A. van Barneveld, OMS
- J.W.H. Custers, KNGF
- A. M. Lutgert-Boomsma NVBF
- D.S. Rebergen Trimbos instituut
- R.H.C.J. Mentink NVVG
- C. van Vliet, Kwaliteitsbureau NVAB
- H. van Veenendaal, CBO

### **Eindredactie**

M. Lebbink, Kwaliteitsbureau NVAB  
L. van Megen, VGI

## Voorwoord BPR

Voor u ligt de *Blauwdruk Participeren in Richtlijnen: leidraad voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen*, een richtlijn voor het ontwikkelen van richtlijnen welke is gemaakt naar aanleiding van het advies 'Beoordelen, behandelen, begeleiden' van de Gezondheidsraad uit 2005.

De Blauwdruk Participeren in Richtlijnen beschrijft een methodiek voor een structurele, evenwichtige en integrale inpassing van (aandacht voor) werk en (herstel en beoordelen van) participeren in het proces van richtlijnontwikkeling. Participatie, met name in werk, is een belangrijke determinant van gezondheid. De Blauwdruk is een instrument voor richtlijnontwikkelaars om hen te helpen het aspect participeren goed en effectief op te nemen in richtlijnen. Richtlijnontwikkeling volgens deze Blauwdruk moet ertoe bijdragen dat verschillende zorgverleners in één samenhangend proces van zorgverlening optimaal kunnen communiceren en samenwerken.

Met de Blauwdruk Participeren in Richtlijnen wordt invulling gegeven aan de opvatting dat het medisch handelen bij arbeidsgebonden gezondheidsproblemen, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid beter kan. Enerzijds door de wisselwerking tussen arbeid en gezondheid in het oog te houden, anderzijds door het handelen van artsen en andere zorgverleners beter op elkaar af te stemmen. Dat komt de gezondheid van de werknemer en ook diens deelname aan de samenleving ten goede. Daarmee is dat individu gediend maar ook de samenleving als geheel. Een belangrijke pijler onder het leveren van goede zorg is het hebben en toepassen van adequate richtlijnen. Daarom is het zaak dat in de richtlijnen in de zorg de factor arbeid in de ruimste zin goed is vertegenwoordigd.

Het is onze hoop en verwachting dat bij het verder ontwikkelen van richtlijnen, waarin de Regieraad Kwaliteit van Zorg een coördinerende en structurerende rol zal spelen, veel en vruchtbaar gebruik zal worden gemaakt van deze Blauwdruk.

Prof dr JA Knottnerus, voorzitter Gezondheidsraad  
Prof dr PAM Vierhout voorzitter Regieraad Kwaliteit van Zorg

## Inhoudsopgave

### 1. **Samenvatting**

#### 1. **Inleiding**

Doelstelling en doelgroep  
Achtergrond  
Status van deze versie  
Invalshoek  
Uitgangspunten  
Opbouw  
Leeswijzer

#### 2. **Stappenplan**

Stap 1 Voorbereiding  
Stap 2 Ontwikkeling  
Stap 3 Consultatie  
Stap 4 Autorisatie  
Stap 5 Publicatie en disseminatie  
Stap 6 Implementatie  
Stap 7 Evaluatie en revisie

#### 3. **Samenvatting van de stappen**

#### 4. **Toelichting**

Indicatoren  
Opbouw volgens EBRO- systematiek  
Toelichting bij Stap 1 Voorbereiding  
Toelichting bij Stap 2 Ontwikkeling  
Toelichting bij Stap 3 Consultatie  
Toelichting bij Stap 5/6 Publicatie, disseminatie en implementatie  
Toelichting bij Stap 7 Evaluatie en revisie

### **Bijlagen**

1. Literatuur over zoekstrategieën op het gebied van arbeid en gezondheid
2. Beroepsprofielen van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts (samenvatting)

# Samenvatting van de stappen

## BLAUWDRIK PARTICIPEREN IN RICHTLIJNEN

### voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen

#### 1 VOORBEREIDING

##### **Vaststellen onderwerp, doel en doelgroep**

- Beoordeel of (arbeids)participatie een rol speelt bij (de behandeling van) deze ziekte en beoordeel of er specifieke bedrijfsgeneeskundige en/of verzekeringsgeneeskundige expertise nodig is voor invulling van de aspecten functioneren en participeren (i.c. preventie, re-integratie, beoordelen van functioneren).
- Formuleer het resultaat van de beoordeling als besluit en leg het schriftelijk vast.

##### **Keuze voorzitter en samenstellen werkgroep**

- Stel een evenwichtige werkgroep samen.
- Benader NVAB / NVVG voor invulling van de aspecten functioneren en participeren.
- Bepaal of en hoe het patiëntenperspectief in relatie tot arbeid wordt vormgegeven.
- Selecteer een voorzitter met gevoel voor de aspecten 'participatie en functioneren'.
- Bewaak de continuïteit in de inbreng en werk eventuele nieuwkomers goed in

##### **Analyse knelpunten, opstellen uitgangsvragen, afbakening onderwerp**

- Richt de knelpuntenanalyse ook op participatie, onder andere in werk.
- Formuleer tenminste één uitgangsvraag over participeren.
- Zorg voor voldoende doorlooptijd zodat bedrijfsarts/verzekeringsarts de concept- knelpuntenanalyse en daarna ook de uitgangsvraag kan bespreken binnen de eigen beroepsvereniging.
- Laat de knelpunten en de uitgangsvragen vaststellen door de volledige werkgroep.

#### 2 ONTWIKKELING

##### **Zoeken beschikbare richtlijnen en literatuursearch**

- Vertaal het probleem/de uitgangsvraag in een zoekbare vraag (pico).
- Zoek de 'best evidence' door middel van een literatuursearch en raadpleeg specifieke literatuur/bronnen ten aanzien van participatie en 'chronische ziekte'.
- Hanteer zonedig specifieke zoekstrategieën.
- Documenteer de gehanteerde zoekstrategie.

##### **Beoordelen literatuur**

- Selecteer de gevonden literatuur en pas de evidentieregels toe (weging).

##### **Conclusies, overwegingen, aanbevelingen**

- Definieer de conclusies ten aanzien van participatie, inclusief de levels of evidence en inclusief de afwegingen die daarvoor zijn gemaakt en de eventuele meningsverschillen die met de aanbevelingen worden overbrugd.
- Documenteer ook de overige overwegingen van de werkgroep.
- Definieer aanbevelingen, inclusief de levels of evidence:
  - op welke wijze participeren van betekenis is bij de behandeling.
  - welke aspecten cruciaal zijn voor herstel en behoud van participeren.
  - welke aspecten cruciaal zijn voor de effectiviteit van de begeleiding.
  - welke aspecten cruciaal zijn voor het inschatten van mogelijkheden tot functioneren.
- Definieer zonedig aanbevelingen aangaande de samenwerking van betrokken partijen.

#### 3 CONSULTATIE

- Consulteer 'derden' indien er aanbevelingen zijn waarbij er sprake is van een 'belang van derden' (bijv. werknemersvertegenwoordiging, werkgevers, UWV, landelijke overheid e.d.).

#### 4 AUTORISATIE

- Zorg voor autorisatie van de richtlijn door de daartoe bestaande gremia van de bij de ontwikkeling betrokken zorgprofessionals, ook uit het betreffende domein van participatie.

#### 5 PUBLICATIE EN DISSEMINATIE

##### **Schrijven definitieve tekst**

- Zorg ervoor dat de aanbevelingen inzake participatie herkenbaar zijn.

##### **Vaststellen strategie van publicatie en disseminatie**

- Publiceer ook in sociaal- geneeskundige vakbladen en verspreid de richtlijn onder betrokken professionals.

#### 6 IMPLEMENTATIE

- Ga in het implementatieplan zonedig in op de rol van relevante derden zoals werknemersvertegenwoordiging, werkgevers van betrokken zorgprofessionals, UWV, departementen e.d.
- Onderneem concrete acties om implementatie van de richtlijn bij de betrokken zorgprofessionals te bevorderen.

#### 7 EVALUATIE EN REVISIE

- Stel indicatoren vast voor het gebruik van de richtlijn in de praktijk, ook met betrekking tot participeren.
- Formuleer wanneer of op welke gronden de richtlijn dient te worden herzien en denk hierbij specifiek aan het aspect participeren.
- Evalueer conform de gebruikelijke procedure en reviseer zonedig.

## 1. Inleiding

De *Blauwdruk Participeren in Richtlijnen: leidraad voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen* (kortweg: Blauwdruk) beschrijft een methodiek voor een structurele, evenwichtige en integrale inpassing van (aandacht voor) werk en (herstel en beoordelen van) participeren in het proces van richtlijnontwikkeling. Deze Blauwdruk werd ontwikkeld met gebruikmaking van eerdere ervaringen en beschikbare instrumenten.

Kwaliteitsbureau NVAB en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO hebben in 2004 de eerste 'Blauwdruk Arbeid in Richtlijnen' ontwikkeld<sup>1</sup> en toegepast in multidisciplinaire richtlijnen zoals COPD, CTS, Ziekte van Lyme, Cystic Fibrosis, Complex Regionaal Pijnsyndroom. De Gezondheidsraad constateerde dat deze eerste blauwdruk een goede basis vormt voor de verbreding van richtlijnen naar het aspect 'functioneren en participeren in arbeid'. Waar de blauwdruk uit 2004 niet expliciet op ingaat, is het aspect 'beoordelen van functionele mogelijkheden'. De Gezondheidsraad adviseerde de blauwdruk te herzien door voornoemd aspect er aan toe te voegen en de nieuwe blauwdruk integraal in richtlijntrajecten toe te passen. Ten eerste wordt daarmee de aandacht van zorgprofessionals voor de samenhang tussen ziekte, functioneren en maatschappelijk participeren vergroot. Ten tweede wordt zo de begeleiding bij reïntegratie in arbeid en de beoordeling van functioneren verbeterd, en ondersteund door deze beter te laten aansluiten bij gangbare (wetenschappelijke) inzichten met betrekking tot preventie en tot ontstaan en behandeling van specifieke ziektebeelden. In 2009 is het gebruik van de Blauwdruk Participeren in Richtlijnen in de praktijk geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie zijn er beperkte aanpassingen aangebracht in deze versie van de Blauwdruk Participeren in Richtlijnen ten opzichte van de oorspronkelijke versie<sup>2</sup>. De voorliggende versie van de Blauwdruk Participeren in Richtlijnen is daarmee definitief geworden.

### Doelstelling en doelgroep

De Blauwdruk is een instrument voor richtlijnontwikkelaars om te helpen het aspect participeren, met name in werk, goed en effectief op te nemen in richtlijnen. Richtlijnontwikkeling volgens deze Blauwdruk moet ertoe bijdragen dat verschillende zorgverleners in één proces van zorgverlening optimaal kunnen communiceren en samenwerken. De Blauwdruk is geschreven met het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen voor ogen. Dat uit zich onder andere in de gebruikte termen. De Blauwdruk is echter net zo goed van toepassing voor het ontwikkelen van monodisciplinaire richtlijnen, onder aanpassing van termen en andere specifieke zaken.

### Achtergrond

Een belangrijk doel van zorgverlening is het mogelijk maken van optimale participatie in de samenleving. In de curatieve praktijk schiet aandacht voor participatie in arbeid er makkelijk bij in<sup>3</sup>. Richtlijnen zijn voor zorgverleners een belangrijk instrument voor de kwaliteit van de behandeling. Participatie blijkt in curatieve richtlijnen slechts zeer beperkt aan de orde te komen. Hiermee is het belang van de patiënt niet altijd gediend. Soms is werk (mede) oorzaak van ziekte en soms is werk een belemmering voor herstel. Ook kan werk soms juist een bevordering van herstel geven en ook kan werkhervatting het voornaamste doel van de behandeling zijn. Tenslotte is bij de beoordeling van langdurige arbeidsongeschiktheid de impact van het ziektebeeld op het arbeidsvermogen van de patiënt van belang. De relatie tussen gezondheid, functioneren en participeren wordt goed weergegeven in de ICF<sup>4</sup>. De benadering en de termen die in deze Blauwdruk worden gebruikt zijn daar dan ook zoveel mogelijk op gebaseerd.

- *Beoordelen een zaak voor behandelaars?*

Een deel van de patiënten doet een beroep op voorzieningen of uitkeringen omdat hun aandoening participatie belemmert. In de beoordeling van de medische noodzaak daarvan is een goed beeld van optimale behandeling en begeleiding om drie redenen cruciaal. Ten eerste om vast te stellen dat er geen reële behandelopties meer open staan die de patiënt in een betere uitgangspositie zouden kunnen brengen. Ten tweede om te voorkomen dat bij de beoordeling van mogelijkheden een ander (medisch) referentiekader wordt gehanteerd dan bij behandeling en begeleiding. Ten derde omdat voor het beoordelen van mogelijkheden tot functioneren expertise vanuit behandeling en begeleiding nodig is.

- *Scheiding behandeling en controle*

<sup>1</sup> Valk M, Bastiaanssen MHH, Verbeek JH, Hulshof CTJ. Richtlijnen en arbo-curatieve samenwerking. In: Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ et al (red). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum;2004:363-373.

<sup>2</sup> Boer WEL de, Lakerveld MC van, Hulshof CTJ, Stadlander MC, Druk met de Blauwdruk. Utrecht. VGI 2010

<sup>3</sup> Bij arbeid denken we aan betaalde arbeid maar bv ook aan huishoudelijk werk en vrijwilligerswerk.

<sup>4</sup> WHO. Internationale Classificatie van Gezondheid en Functioneren ICF;2002.

Hoe zeer de disciplines ook op elkaar zijn aangewezen voor optimale zorgverlening, er blijft een duidelijke scheiding van verantwoordelijkheden. De Blauwdruk en de daarop gebaseerde richtlijnen beogen niet om deze verdeling van verantwoordelijkheden te verleggen, maar moeten leiden tot 'eenheid van taal' en 'eenheid van medische uitgangspunten'. De verschillende zorgverleners, inclusief de verzekeringsarts, zouden zich zoveel mogelijk moeten baseren op dezelfde medische uitgangspunten en dezelfde evidence. De continuïteit van zorg en een groter bewustzijn bij behandelaren van hun bijdrage aan het behoud en herstel van functioneren moeten de participatie ondersteunen. De Blauwdruk is bedoeld daaraan bij te dragen.

### **Status van deze versie**

De Blauwdruk is opgesteld door een aantal ontwikkelaars van richtlijnen<sup>5</sup> met subsidie van ZonMw in het kader van het programma KKCZ. De nu voorliggende versie van de Blauwdruk is het definitieve resultaat na het testen in de praktijk.

### **Uitgangspunten**

De Blauwdruk kent drie uitgangspunten. Ten eerste dat de knelpuntanalyse (ook) is gericht op de relevantie van aandoening en behandeling voor participeren (in werk). Ten tweede dat bij de ontwikkeling van richtlijnen de expertise van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen wordt betrokken<sup>6</sup>. Het derde uitgangspunt is dat aspecten van participatie integraal door de werkgroep worden uitgewerkt en geen 'aanhangsel voor sociaal geneeskundigen' vormen.

Voorliggende Blauwdruk is voornamelijk uitgewerkt voor participeren *in werk*, maar de overwegingen zijn geldig voor alle vormen van participeren (school, vrije tijd, etc). De Blauwdruk beschrijft hoe richtlijnen kunnen worden ontwikkeld waarin het aspect 'participeren in arbeid' goed is opgenomen. Daarbij is de Blauwdruk niet bedoeld zoals een blauwdruk in de bouw: de feitelijke ontwikkeling is per richtlijn verschillend, ook als het om participatie gaat. De analyse van de knelpunten en de uitgangsvragen zijn sterk sturend voor de uiteindelijke richtlijn. Dat wordt met het aspect participatie niet anders. De Blauwdruk kan voor de werkgroep de functie hebben van een afvinklijst: Hebben we de betreffende stap gezet? Hebben we over deze aspecten overeenstemming bereikt? Et cetera.

### **Leeswijzer**

De Blauwdruk volgt de stapsgewijze systematiek van de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO). In EBRO wordt gesproken van voorzitter en secretaris. Voor de duidelijkheid hanteren we deze termen als aanduiding van functionaliteit. EBRO gaat uit van inhoudelijke expertise, methodologische expertise en procesmatige expertise. In personen kunnen deze op verschillende manieren worden gecombineerd of juist gescheiden gehouden. In iedere stap van de richtlijnontwikkeling is participeren een punt van aandacht.

Het Stappenplan in hoofdstuk 2 beschrijft in zeven stappen de werkwijze voor het omgaan met de Blauwdruk tijdens het proces van richtlijnontwikkeling, inzichtelijk gemaakt met korte voorbeelden. Daarna is in hoofdstuk 3 een samenvatting opgenomen met daarin een korte opsomming van de acties en handelingen. De Toelichting in hoofdstuk 4 geeft uitleg, verdieping of verantwoording bij de verschillende stappen uit het stappenplan. In de bijlagen zijn enkele praktische hulpmiddelen opgenomen.

---

<sup>5</sup> Zie colofon voor de namen van de werkgroepleden.

<sup>6</sup> Bedrijfsartsen dragen onder andere zorg voor het voorkómen van beroepsgebonden aandoeningen en de begeleiding en reïntegratie van werknemers die i.v.m. ziekte verzuimen. Verzekeringsartsen beoordelen aanspraken van mensen op reguleringen die ondersteuning kunnen bieden bij ziekte zoals de Ziektewet, de Wajong en de WIA en private verzekeringen. Daarbij doen verzekeringsartsen ook uitspraken over de adequaatheid van de geleverde (en soms nog te leveren) zorg en begeleiding.

## 2. STAPPENPLAN

### Stap 1 VOORBEREIDING

#### a. Vaststellen onderwerp, doel en doelgroep

##### **werkwijze**

- Beoordeel of (arbeids)participatie een rol speelt bij (de behandeling van) deze ziekte en beoordeel of er specifieke bedrijfsgeneeskundige en/of verzekeringsgeneeskundige expertise<sup>7</sup> nodig is voor invulling van de aspecten functioneren en participeren (i.c. preventie, reïntegratie, beoordelen van functioneren).
- Formuleer het resultaat van de beoordeling als besluit en leg het schriftelijk vast (indicator).

*De initiatiefnemer voor ontwikkeling van de richtlijn oriënteert zich op het aspect 'participeren in de samenleving'. Dat kan aan de hand van de volgende vragen:*

1. *Heeft de aandoening direct consequenties voor het werknemer zijn, lid zijn van het gezin, zelfzorg?*
2. *Heeft de aandoening indirect consequenties voor arbeidsparticipatie? Denk hierbij aan het dragerschap van bacteriën bij werknemers in de voedingsindustrie, veelvuldig artsenbezoek?*
3. *Hebben verschillende vormen van behandeling mogelijk direct of indirect invloed op participeren? Denk hierbij aan medicijnen en autorijden, wel of niet afwachtend beleid en ziekteverzuim, wel of niet opereren en de mogelijkheid om bepaald werk te doen.*
4. *In hoeverre vormt het vóórkomen van de aandoening als beroepsziekte of als werkgerelateerde aandoening een belangrijk gezondheidsprobleem?*

*Het uitgangspunt is: "Ja, tenzij..." Het is uitzonderlijk als een ziektebeeld of behandeling wel relevant genoeg is voor een richtlijn maar geen consequenties heeft voor participeren. Of omgekeerd dat participeren geen invloed heeft op ziektebeeld en/of behandeling. Het onderwerp wordt vervolgens vastgesteld met expliciet inbegrip of uitsluiting van het aspect participatie.*

##### **Indicator**

*Het als beslismoment vastleggen van de overwegingen tot het wel of niet betrekken van het aspect participeren .*

#### b. Keuze voorzitter en samenstellen werkgroep

##### **werkwijze**

- Stel een evenwichtige werkgroep samen.
- Benader NVAB / NVVG voor invulling van de aspecten functioneren en participeren, hetzij in de kerngroep hetzij op een andere wijze.
- Bepaal of en hoe het patiëntenperspectief in relatie tot arbeid wordt vormgegeven.
- Selecteer een voorzitter met gevoel voor de materie inclusief de aspecten 'participatie en beoordelen van functioneren'.

*De initiatiefnemer stelt, gegeven het feit dat aspecten van participeren van belang zijn, een werkgroep samen die (ook) daar invulling aan kan geven. De volgende overwegingen kunnen daarbij helpen:*

1. *Waar ligt het zwaartepunt van de problemen van participatie (bijvoorbeeld kortdurend verzuim, ingrijpende aanpassing van de werkplek, gevaar voor anderen)?*
2. *Vereist dit specifieke expertise bij het opstellen van de richtlijn?*
3. *Zo ja, dan treedt de initiatiefnemer in overleg met de betreffende beroepsvereniging om voor dit aspect samenstelling van de werkgroep vast te stellen. De initiatiefnemer draagt er zorg voor dat de gevraagde expertise tot zijn recht kan komen in tijd, geld en positie in de werkgroep.*
4. *Initiatiefnemer, inbrenger en beroepsvereniging zijn er samen voor verantwoordelijk dat de continuïteit van de inbreng wordt gewaarborgd. Mocht een werkgroep lid vroegtijdig zijn taak beëindigen en zijn rol overdragen aan iemand anders, dan vraagt het borgen van de*

<sup>7</sup> Raadpleeg zonodig bijlage 2. Daarin is een samenvatting opgenomen van de beroepsprofielen van bedrijfsarts en verzekeringsarts.



continuïteit extra aandacht.

**NB.**

Iets vergelijkbaars geldt voor het **perspectief van de patiënt**<sup>8</sup>. De inbreng van aspecten van participeren in werk en beoordeling arbeidsgeschiktheid roept specifieke vragen en discussiepunten op en brengt bepaalde patiëntengroeperingen in beeld. De wijze waarop dit wordt betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn kan het best in deze fase worden bepaald.

**Indicator**

Het expliciet afspreken (en vastleggen) met de bedrijfsarts of verzekeringsarts dan wel met hun beroepsvereniging van het inbrengen van de gevraagde expertise. Hetzelfde geldt voor de inbreng vanuit het perspectief van de patiënt.

**c. Analyse knelpunten, opstellen uitgangsvragen, afbakening onderwerp**

**werkwijze**

- Richt de knelpuntenanalyse ook op participatie, onder andere in werk.
- Formuleer tenminste één uitgangsvraag over participeren.
- Zorg voor voldoende doorlooptijd zodat bedrijfsarts/verzekeringsarts de concept-knelpuntenanalyse en daarna ook de uitgangsvraag kan bespreken binnen de eigen beroepsvereniging.
- Laat de knelpunten en de uitgangsvragen vaststellen door de volledige werkgroep.

Op basis van een knelpuntenanalyse formuleert de werkgroep uitgangsvragen die recht doen aan de manier waarop participeren van belang is geacht bij het vaststellen van het onderwerp.

**Voorbeeld**

1. Algemeen, bedrijfsgeneeskundig
  - Welke factoren/aspecten (inclusief aanpassing van het werk) zijn relevant om het participeren bij de betreffende aandoening/behandeling optimaal te behouden.
  - Is er bijvoorbeeld een voorkeursbehandeling vanuit het perspectief van behoud van participatie?
  - Ligt de oorzaak van de aandoening (mede) in het werk?
2. Werkspecifiek, bedrijfsgeneeskundig
  - Wat zijn in het werk oorzakelijke, predisponerende en onderhoudende factoren?
  - Zijn werkgerelateerde interventies wenselijk en mogelijk?
  - Wanneer moet aan werkgerelateerde interventies worden gedacht?
  - Is werk (aard, volume en omstandigheden van de werkzaamheden) bevorderlijk of bedreigend voor de gezondheid?
3. Beoordeling participeren, verzekeringsgeneeskundig
  - Welke aspecten zijn essentieel om het participeren bij deze ziekte te beoordelen?
    - Is alles gedaan wat mogelijk is om de mogelijkheden tot participeren op tenminste het oorspronkelijke niveau te behouden/herstellen?
    - Wat kan betrokkene nog wel en wat gaat niet meer?
    - Hoe is het te verwachten beloop: is er vooruitgang in functioneren/participeren te verwachten of is er sprake van een definitieve situatie?
    - Zijn er mogelijkheden om het niveau van functioneren/participeren te verbeteren?
  - Welke aspecten zijn cruciaal om arbeidsongeschiktheid te voorkomen bij deze ziekte?
  - Wat is de prognose van deze ziekte in relatie tot (herstel van) participeren en hoe wordt die door de behandeling beïnvloed? Wat is het effect van de behandeling op de prognose van herstel van participeren?
  - Welke aspecten zijn cruciaal om bij chronisch worden van deze ziekte het participeren te optimaliseren?

**NB.**

Om geen relevante aspecten te missen is het van belang dat bedrijfsartsen en/of verzekeringsartsen de concept knelpuntenanalyse en de uitgangsvragen kunnen terugleggen bij hun beroepsvereniging. Dit kan doorlooptijd kosten, maar zal in principe de relevantie verhogen.

**Indicator**

Het vastleggen van de knelpunten en uitgangsvragen zoals vastgesteld door de volledige werkgroep.

<sup>8</sup> CBO en NPCF: Blauwdruk patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling. 2010. zie [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)

## Stap 2 ONTWIKKELING

### a. Zoeken beschikbare richtlijnen en literatuursearch

#### **werkwijze**

- Vertaal het probleem/de uitgangsvraag in een zoekbare vraag (pico<sup>9</sup>).
- Zoek de 'best evidence' door middel van een literatuursearch en raadpleeg specifieke literatuur/bronnen ten aanzien van participatie en chronische ziekte.
- Hanteer zonodig specifieke zoekstrategieën.
- Documenteer de gehanteerde zoekstrategie.

*De voorzitter en de secretaris wijzen de betreffende (sub-)werkgroepleden op het bestaan van specifieke zoekstrategieën voor participatie in arbeid en voor het beoordelen van participeren. De (sub-)werkgroep selecteert de te gebruiken databases. In het kader van eerdere projecten zijn specifieke zoekstrategieën ten aanzien van arbeid en participeren in relatie tot gezondheid ontwikkeld, onder andere op het Coronel Instituut van het AMC<sup>10</sup> en door het Cochrane Occupational Health<sup>11</sup> Field. Die kunnen als voorbeelden worden geraadpleegd bij de respectievelijke beroepsverenigingen NVAB en NVVG. Daar kent men ook de bestaande richtlijnen op hun vakgebieden. De specifieke zoekstrategie wordt uiteraard gedictieerd door de uitgangsvragen. Experts uit het betreffende vakgebied kunnen de strategieën (mede) opstellen. Relevante literatuur hoeft niet beperkt te blijven tot het specifieke ziektebeeld. Denk aan literatuur over bijvoorbeeld mensen met chronische aandoeningen in het algemeen in relatie tot participatie en ook aan literatuur over geldende regels over bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden en sociale verzekering.*

#### **Indicator**

*Het vastleggen van de gevolgde zoekstrategie.*

### b. Beoordelen literatuur

#### **werkwijze**

- Selecteer de gevonden literatuur en pas de evidentieregels toe (weging).

*De voorzitter en de secretaris, en in hun verlengde de gehele werkgroep, beoordelen de gevonden literatuur op zijn waarde voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Op sociaal-medisch gebied betreft de evidence literatuur en onderzoek op zowel medisch wetenschappelijk gebied als organisatorisch, veranderkundig en juridisch. Dat maakt deze evidence niet minder belangrijk. Wel kan het lastiger zijn om een met EBRO vergelijkbare systematiek van bewijskracht en niveaus van evidence te hanteren. Dit vergt meer consensus overleg.*

### c. Conclusies, overwegingen, aanbevelingen

#### **werkwijze**

- Definieer de conclusies ten aanzien van participatie, inclusief de levels of evidence en inclusief de afwegingen die daarvoor zijn gemaakt en de eventuele meningsverschillen die met de aanbevelingen worden overbrugd.
- Documenteer ook de overige overwegingen van de werkgroep. Veel praktische zaken over arbeid en participeren worden daarmee in de richtlijn opgenomen.
- Formuleer aanbevelingen, inclusief de levels of evidence:
  - op welke wijze participeren van betekenis is bij de behandeling.
  - welke aspecten cruciaal zijn voor herstel en behoud van participeren.
  - welke aspecten cruciaal zijn voor de effectiviteit van de begeleiding.
  - welke aspecten cruciaal zijn voor het inschatten van mogelijkheden tot functioneren.
- Zorg voor herkenbare aanbevelingen m.b.t. participatie.
- Formuleer zonodig aanbevelingen aangaande de samenwerking van betrokken partijen.

*De werkgroep formuleert conclusies op basis van de literatuur en de onderlinge discussies waarbij de uitgangsvragen geheel of gedeeltelijk worden beantwoord. Ook kan de werkgroep andere relevante overwegingen inbrengen. Hier kan bijvoorbeeld ook worden gedacht aan (niet limitatief) veranderkundige, organisatorische, juridische en ervaringsdeskundige aspecten. In de conclusies kan aandacht besteed worden aan specifieke overwegingen die moeten leiden tot*

<sup>9</sup> Goede klinische vragen bevatten meestal 4 elementen: P (patient, populatie of probleem), I (intervention: behandeling, oorzaak, prognose), C (comparison, vergelijking bijv. zonder interventie), O (outcome, uitkomst waarin we geïnteresseerd zijn).

<sup>10</sup> Zie literatuurreferenties in bijlage 1.

<sup>11</sup> Raadpleeg zoekfilters voor werkgebonden interventies op [www.cohf.fi](http://www.cohf.fi)

aanbevelingen aangaande participeren: de afweging tussen persoonlijke, medische en maatschappelijke wenselijkheden. Patiëntenperspectief, juridische en ethische overwegingen, maatschappelijke opvattingen enzovoort kunnen hier een rol spelen.

Afhankelijk van de uitgangsvragen bij het ziektebeeld dat aan de orde is formuleert de werkgroep vervolgens:

1. Hoe in de behandeling het participeren (werk en eventuele arbeidsongeschiktheid) van betekenis is. Het doel van de behandeling zal (mede) gericht zijn op het wegnemen van belemmeringen voor participatie. Juiste diagnostiek en preventie horen daar ook bij. Waar moeten behandelaars op letten?

**Voorbeeld**

Stel vragen over het werk in relatie tot de ziekte:

- Kan het werk mede oorzaak zijn van uw aandoening?
- Gaat u normaal naar uw werk/school etc?
- Is uw aandoening een belemmering voor het werk?
- Heeft uw werk invloed op uw aandoening?

Als er een knelpunt is met 'werk' kan een meer specifieke arbeidsanamnese worden afgenomen<sup>12</sup>. Kies behandelmethoden die effectief zijn, ook doordat ze belemmeringen voor participatie wegnemen, nu of later.

Geef informatie en advies, ook in relatie tot werk als dat relevant is, niet alleen voor werknemers maar ook bijvoorbeeld gericht op jongeren met een chronische aandoening die toegang zoeken tot de arbeidsmarkt.

2. De aspecten van de behandeling die cruciaal zijn voor behoud en herstel van participeren. Waar moeten behandelaars en begeleiders op letten?

**Voorbeeld**

Bij deze ziekte is de voorkeursbehandeling en begeleiding als volgt:

- Wordt een co- morbide depressie onderkend en adequaat behandeld etc?
- Wanneer is er sprake van stagnatie van herstel en hoe kan dit worden beïnvloed?

3. De aspecten in de begeleiding naar werk die cruciaal zijn voor de effectiviteit van die begeleiding.

**Voorbeeld**

- Interventies door bedrijfsarts of andere gespecialiseerde zorgverleners (bv arbeidsfysiotherapeut / bedrijfsfysiotherapeut).
- Aanpassen van het werk, een specifiek plan voor werkhervatting in eigen of ander werk.
- Werkplekonderzoek tbv oorzakelijke (ook voor andere werknemers) of bestendige factoren of mogelijkheden tot verbetering van herstel.
- Cognitief gedragsmatige aanpak bij misconcepties over participeren (ook verwijzen naar bestaande NVAB-richtlijnen).

4. Die aspecten die cruciaal zijn voor een inschatting van de mogelijkheden tot functioneren en participeren. (Welke onderzoeksbevindingen zijn cruciaal om een gefundeerde uitspraak over beperkingen te doen? Maar ook welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk voor de beoordeling – bijvoorbeeld een heteroanamnese – of de notie dat een beoordeling moet zijn gebaseerd op meerdere gesprekken etc.)

**Voorbeeld**

- Bij deze ziekte zijn beperkingen van het functioneren te verwachten in de volgende opzichten: .....
- Om de beperkingen bij deze ziekte te kunnen beoordelen zijn de volgende parameters relevant: .....
- Om de beperkingen bij deze ziekte te kunnen beoordelen moet men beschikken over de volgende gegevens: .....
- Bij deze ziekte is na twee jaar de kans op werkhervatting xx%.
- Bij deze ziekte verdient het voorkeur een oordeel over functioneren mede te baseren op heteroanamnestische gegevens.
- Bij deze ziekte kan een oordeel over functioneren niet worden gebaseerd op een eenmalig gesprek.

5. Die aspecten die cruciaal zijn voor de prognose ten aanzien van functioneel herstel.

**Voorbeeld**

- Bij adequate behandeling is functioneel herstel te verwachten binnen x termijn.
- Wanneer de parameters a,b zich bevinden tussen bandbreedte v-w respectievelijk x-y, is herstel van functioneren vrijwel uitgesloten.

De richtlijn kan ook aanbevelingen bevatten aangaande de samenwerking van de betrokken partijen. De aanbeveling aan hulpverleners zal in zijn algemeenheid zijn om niet op de stoel van bedrijfsarts of verzekeringsarts te gaan zitten, maar af te stemmen en samen te werken. Ook aanbevelingen voor informatieverstrekking aan elkaar liggen voor de hand (zie hiervoor het KNMG- Vademecum<sup>13</sup>).

De secretaris draagt er zorg voor dat de aanbevelingen met betrekking tot participatie als zodanig herkenbaar zijn in de tekst, inclusief de afwegingen die daarvoor zijn gemaakt en de eventuele meningsverschillen die met de aanbevelingen worden overbrugd. Deze aanbevelingen kunnen door de

<sup>12</sup> Zie voor een lijst bijvoorbeeld: Detaille S, Haafkens J, van Dijk FJH in TBV 2003;11:196-204.

<sup>13</sup> Zie [www.knmg.artsennet.nl](http://www.knmg.artsennet.nl). Vademecum: Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens.

hele richtlijntekst heen worden opgenomen, maar ook in een apart hoofdstuk.

### Stap 3 CONSULTATIE

#### **werkwijze**

- Consulteer 'derden' indien er aanbevelingen zijn geformuleerd waarbij sprake is van een 'belang van derden' (bijv. werknemersvertegenwoordiging, werkgevers betrokken zorgprofessionals, UWV, departementen e.d.).

*Bij een richtlijn die (ook) relevant is voor participeren komt vaak een belang van derden om de hoek kijken dat soms direct is (bv werkgever of school) en soms geïnstitutionaliseerd is (bv UWV of gemeente). Afhankelijk van de aanbevelingen zijn de betreffende partijen uit te nodigen voor consultatie.*

### Stap 4 AUTORISATIE

#### **werkwijze**

- Zorg voor autorisatie van de richtlijn door de daartoe bestaande gremia van de bij de ontwikkeling betrokken zorgprofessionals.

*De richtlijn is bedoeld om gehanteerd te worden door de bij het zorgproces betrokken actoren. Zij hebben de richtlijn opgesteld en het is dan ook aan hen om de richtlijn te autoriseren.*

### Stap 5 PUBLICATIE EN DISSEMINATIE

#### **a. Schrijven definitieve tekst**

#### **werkwijze**

- De secretaris zorgt ervoor dat de aanbevelingen inzake participatie ook als zodanig herkenbaar zijn.

*De secretaris draagt er zorg voor dat de aanbevelingen met betrekking tot participatie als zodanig herkenbaar zijn in de tekst, inclusief de afwegingen die daarvoor zijn gemaakt en de eventuele meningsverschillen die met de aanbevelingen worden overbrugd.*

#### **b. Vaststellen strategie van publicatie en disseminatie**

#### **werkwijze**

- Zorg voor publicatie, ook in sociaal-geneeskundige vakbladen, en voor disseminatie.

*Voor de publicatie van de richtlijn kan gebruik worden gemaakt van de publicatiekanalen die daarvoor reeds bestaan (wetenschappelijke tijdschriften, vaktijdschriften als het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV), websites van de betrokken beroepsverenigingen, etc.). Ook kan de richtlijn worden aangeboden aan de beroepsopleidingen en aan instituten voor (bij- en na)scholing.*

### Stap 6 IMPLEMENTATIE

#### **werkwijze**

- Ga in het implementatieplan zonnodig in op de rol van relevante derden zoals werknemersvertegenwoordiging, werkgevers van betrokken zorgprofessionals, UWV, departementen e.d.).
- Onderneem concrete acties om implementatie van de richtlijn bij de betrokken zorgprofessionals te bevorderen.

*Bij een richtlijn die (ook) relevant is voor participeren zal vaak een derde partij bij de implementatie betrokken zijn. Een deel van de professionals werkt voor of is in dienst van een werkgever, arbodienst, UWV, gemeente etc. (zie ook de stap 3. Consultatie). De implementatie zal dan ook vaak samen met die partijen vorm moeten krijgen. Indien dat aan de orde is dient dat expliciet te worden opgenomen in het implementatieplan. Het is vervolgens aan de betreffende groep zorgverleners om concrete stappen te ondernemen om de implementatie in die opzichten te bevorderen.*

#### **Voorbeeld**

*De te verwachten bezwaren, bijvoorbeeld reorganisatie van werkprocessen, financiële consequenties.*

## Stap 7 EVALUATIE EN REVISIE

### **werkwijze**

- Stel indicatoren vast voor het gebruik van de richtlijn in de praktijk.
- Formuleer wanneer of op welke gronden de richtlijn dient te worden herzien en denk hierbij specifiek aan het aspect participeren.
- Evalueer conform de gebruikelijke procedure en reviseer zonodig.

*Bij iedere multidisciplinaire richtlijn dienen indicatoren te worden vastgesteld voor het gebruik in de praktijk, óók op het gebied van participeren (al dan niet in arbeid). Die indicatoren kunnen liggen in ijkpunten in het zorgproces maar ook in de verslaglegging ervan.*

### **Procedure van herziening**

*Bij de richtlijn is aan te geven wanneer of op welke gronden de richtlijn aan herziening toe zal zijn. Ook hierbij is specifiek naar de aspecten van participeren te kijken, omdat die aan andere ontwikkelingen onderhevig zijn dan de curatieve zorg.*

### 3. Toelichting

Richtlijnontwikkeling volgens deze Blauwdruk moet ertoe bijdragen dat de verschillende zorgverleners in één proces van zorgverlening optimaal kunnen communiceren en samenwerken. De Blauwdruk kan de functie van een afvinklijstje voor de werkgroep vervullen:

- Hebben we deze stap gezet?
- Hebben we over deze aspecten overeenstemming bereikt?

Toch is de Blauwdruk niet bedoeld zoals de term 'blauwdruk' in de bouw: de feitelijke ontwikkeling is namelijk per richtlijn verschillend, ook als het om participatie gaat. De analyse van de knelpunten en de uitgangsvragen zijn sterk sturend voor de uiteindelijke richtlijn. Dat wordt met het aspect participatie niet anders.

#### Indicatoren

De ontwikkelaars van richtlijnen moeten kunnen laten zien dat de Blauwdruk op een juiste wijze is gebruikt. Dat is wenselijk om draagvlak in het veld van arbeid en participatie te verwerven. Ook kan op die manier snel duidelijk worden in welke opzichten de Blauwdruk eventueel niet (meer) voldoet en moet worden aangepast. Tenslotte is subsidieverstrekking voor ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen soms (mede) van afhankelijk van gebruik van de Blauwdruk. Ook om die reden is het goed dat gebruik te kunnen documenteren.

Voor het aantonen van het gebruik van de Blauwdruk zijn indicatoren nuttig.

1. Die indicatoren zijn deels aangegeven bij de verschillende stappen.
2. Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen met betrekking tot participeren zijn goede indicatoren, evenals de beantwoording van die vragen.
3. Ook blijkt het gebruik van de Blauwdruk uit het daadwerkelijk bereiken van overeenstemming over de adequaatheid van behandeling, begeleiding en beoordeling.

#### Opbouw volgens de EBRO- systematiek

De Blauwdruk volgt de systematiek van EBRO. Daarvan worden de verschillende stappen gevolgd ten aanzien van inhoud en proces. De Blauwdruk richt zich met name op de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, maar kan ook gebruikt worden in het kader van monodisciplinaire richtlijnontwikkeling. In iedere stap van de ontwikkeling van een richtlijn blijkt participatie een punt van aandacht te zijn. De voornaamste afwegingen worden echter in het begin gemaakt.

#### **Toelichting bij Stap 1 Vorbereiding**

In de voorbereidingsfase van de richtlijnontwikkeling worden belangrijke beslissingen genomen die een goed betrekken van het aspect participatie kunnen bevorderen maar ook kunnen uitsluiten. Mensen die het initiatief nemen tot het ontwikkelen van een richtlijn over een bepaald onderwerp zijn zich niet altijd bewust van de wisselwerking tussen aandoening en participatie in de samenleving, bijvoorbeeld bij een richtlijn over varicosis.

Bij het samenstellen van de werkgroep is het zaak om iemand te laten afvaardigen vanuit de beroepsvereniging<sup>14</sup> en niet een toevallig bekende bedrijfsarts of verzekeringsarts te vragen. De beroepsvereniging kan zorgen voor ondersteuning en draagvlak. Dat kan gaan om het bieden van expertise op de achtergrond, specifieke literatuur en zoekstrategieën of het leggen van relaties met andere experts of instituten. Ook van de zijde van de patiënten zijn meer vertegenwoordigingen mogelijk: naar ziektebeeld of naar maatschappelijke oriëntatie<sup>15</sup>. Het patiëntenperspectief betreft namelijk niet alleen het ziektebeeld zelf en ervaringsdeskundigheid maar ook belang: bij veilige en gezonde arbeid of eventueel een loonvervangende uitkering.

De analyse van de knelpunten en de uitgangsvragen zijn sterk sturend voor de ontwikkeling van een richtlijn. Daarmee wordt dus ook bepaald of en hoe het aspect van participatie aan de orde zal komen. Hierbij worden makkelijk kansen gemist. Met name kan dat voorkomen als bedrijfsartsen en/of verzekeringsartsen pas in tweede instantie worden betrokken bij de werkgroep.

---

<sup>14</sup> NVAB respectievelijk NVVG.

<sup>15</sup> Zoals, Nederlands Patiënten en Consumenten Platform (NPCF), Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK), Vereniging van Integrale Kanker Centra (VIKC) en de Chronisch zieken en gehandicaptenraad (CGraad).

### ***Toelichting bij Stap 2 Ontwikkeling***

Het zoeken naar literatuur wordt vaak beperkt tot de klassieke medische databases, en ook vaak tot alleen het betreffende ziektebeeld. Hiermee worden kansen gemist. Er bestaan speciale databases voor de relatie met werk en veel participatieproblemen zijn niet specifiek een ziektebeeld maar hangen samen met chroniciteit. Daarover is vaak meer literatuur dan over de relatie van het betreffende ziektebeeld met werk. Bovendien is er veel niet-medische literatuur over hoe problemen in werk en participatie kunnen optreden en worden aangepakt. Het trekken van relevante conclusies en het opstellen van effectieve maatregelen kan met zulke aanvullingen sterk worden bevorderd. De richtlijn kan zodoende fors aan impact winnen.

Bij conclusies en aanbevelingen wordt de gemeenschappelijkheid in de zorgverlening benadrukt. Hoe afhankelijk de disciplines ook van elkaar zijn, er blijft een duidelijke scheiding van verantwoordelijkheden. Richtlijnen zijn er niet op gericht om deze verdeling van verantwoordelijkheden te verleggen, maar moeten leiden tot 'eenheid van taal' en 'eenheid van medische uitgangspunten'. De verschillende zorgverleners, inclusief de verzekeringsarts, zouden zich moeten baseren op dezelfde medische uitgangspunten en op dezelfde evidence. De continuïteit van zorg en een groter bewustzijn van behandelaars van hun bijdrage aan het behoud en herstel van functioneren moet de participatie ondersteunen.

### ***Toelichting bij Stap 3 Consultatie en autorisatie***

Als participatie in een richtlijn van belang is dan zijn meer partijen geïnteresseerd dan alleen zorgverleners. Denk bijvoorbeeld aan school, werk, openbaar vervoer enzovoort. Die kunnen een richtlijn voor zorgverleners niet autoriseren maar het gebruik ervan wel faciliteren. Het hebben van draagvlak bij andere partijen kan het effect van de richtlijn sterk verhogen.

### ***Toelichting bij Stap 5 en 6 Publicatie, disseminatie en implementatie***

Als de richtlijn effect moet hebben op participatie dan is het zinvol om de richtlijn breder onder de aandacht te brengen dan alleen bij de direct betrokken zorgverleners. Zeker als voor effectieve zorgverlening medewerking nodig is van anderen (bv school, werk, gemeente etc) dan moet die medewerking worden nagestreefd. Elke groep zorgverleners die bij de richtlijn is betrokken dient daar op gespist te zijn en daarop passende actie te ondernemen. Het kan zinvol zijn om dat bij het afronden van de richtlijn expliciet te benoemen.

### ***Toelichting bij Stap 7 Evaluatie en revisie***

Als de richtlijn effect moet hebben op participatie dan is het wel of niet slagen daarvan een mogelijk ijkpunt voor evaluatie en revisie van die richtlijn. Hoe beter het beoogde effect van de richtlijn kan worden geformuleerd hoe beter hij kan worden geëvalueerd en bijgesteld.

In werkelijkheid zullen de stappen van de EBRO mogelijk wat door elkaar lopen, maar voor een goed begrip is het noodzakelijk ze te onderscheiden. In de Blauwdruk wordt de aanvulling vanuit participeren beschreven. De verwachting is dat daarmee zo goed mogelijk wordt aangegeven wat nodig is om het nagestreefde resultaat te bereiken. Zoveel als mogelijk geven we per stap aan wat kan worden gedaan om bij de ontwikkeling van een richtlijn een passende invulling te geven aan het aspect participatie. Ook worden bij enkele stappen indicatoren voor gebruik van de richtlijn aangegeven. Met deze aanpak sluit de Blauwdruk goed aan bij het AGREE- instrument<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Het AGREE-instrument is een algemeen hulpmiddel om de methodologische kwaliteit van richtlijnen te beoordelen op de volgende onderdelen: Onderwerp en doel; Betrokkenheid van belanghebbenden; Methodologie; Helderheid en presentatie; Toepassing; Onafhankelijkheid van de opstellers.

## **Bijlage 1    Literatuur over zoekstrategieën op het gebied van arbeid en gezondheid**

### **Interventieonderzoek**

Verbeek J, Salmi J, Pasternack I, Jauhiainen M, Laamanen I, Schaafsma F, Hulshof C, van Dijk F. A search strategy for occupational health intervention studies. *Occup Environ Med* 2005;62:682-7.

Zie ook het Cochrane Occupational Health Field: [www.cohf.fi](http://www.cohf.fi)

### **Chronische ziekten en werk**

Haafkens J, Moerman C, Schuring M, van Dijk F. Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med* 2006;56:39-45.

### **Werkgerelateerde aspecten van moeilijk objectiveerbare aandoeningen**

Varekamp I, Hulshof CTJ, van Dijk FJH, van Vliet C. EBM voor de bedrijfsarts: zoekstrategieën voor de internationale literatuur over moeilijk objectiveerbare aandoeningen. *TBV* 2005;13:343-347.

### **Etiologie van beroepsgebonden aandoeningen**

Schaafsma F, Hulshof C, Verbeek J, Bos J, Dyserinck H, van Dijk F. Developing search strategies in Medline on the occupational origin of diseases. *Amer J Ind Med* 2006;49:127-37.

Gehanno JF, Rollin L, Le Jean T, Louvel A, Darmoni S, Shaw W. *J Occup Rehabil*. 2009 Sep;19(3):223-30. Epub 2009 Apr 21. Precision and recall of search strategies for identifying studies on return-to-work in Medline.



## Bijlage 2 Beroepsprofielen

### Beroepsprofiel bedrijfsarts (samenvatting)

De bedrijfsarts heeft als twee belangrijkste aandachtsgebieden het voorkómen en beperken van gezondheidsschade in relatie tot het werk (arbeidsomstandighedenbeleid) en het behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid (reïntegratiebeleid). De belangrijkste taken van een bedrijfsarts hierbij zijn:

- Taken m.b.t. arbeidsomstandigheden
  - o Op ondernemingsniveau: bijdrage aan het arbobeleid, arbozorg en de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E), het rapporteren over arbeidsgezondheidskundig onderzoek, organiseren van bedrijfshulpverlening en geven van voorlichting over gezondheidsrisico's in relatie tot werk
  - o Op individueel niveau: arbeidsgezondheidskundig onderzoek en melding en aanpak van beroepsziekten
- Taken m.b.t. behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid
  - o Op ondernemingsniveau: advies over het reïntegratiebeleid, verzuimbegeleiding en registratie en administratie van ziekmeldingen, het onderkennen van risico's op arbeidsongeschiktheid en maken van een actieplan voor preventieve maatregelen
  - o Op individueel niveau: het in geval van verzuim opstellen van een probleemanalyse, probleemdiagnose en een behandelplan (inclusief eventuele verwijzing), het adequaat rapporteren naar en communiceren met werknemer, werkgever, behandelend arts, verzekeringsarts en relevante anderen.

*Bron: NVAB Beroepsprofiel van de bedrijfsarts juli 2004 (www.nvab-online.nl)*

### Beroepsprofiel verzekeringsarts (samenvatting)

De verzekeringsarts is als specialist werkzaam in het brede domein van arbeid en gezondheid vanuit publieke en private instellingen, die regelingen uitvoeren ter bevordering van de participatie van mensen in de samenleving. Overwegend zijn dat verzekeraars van arbeidsongeschiktheid. De verzekeringsarts beoordeelt van cliënten, die wegens ziekte een claim leggen op een regeling, wat hun mogelijkheden zijn om te functioneren, en welke mogelijkheden er eventueel zijn om dat functioneren te verbeteren. De verzekeringsarts werkt samen met arbeidsdeskundigen, juristen en anderen, al naar gelang de problematiek.

Vanuit de publieke verantwoordelijkheid in het kader van de sociale verzekeringswetgeving is de verzekeringsarts er vooral op gericht om arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekte of gebrek zoveel mogelijk te voorkomen en eventuele vermindering van het arbeidsvermogen zoveel mogelijk te beperken. De verzekeringsarts draagt er op deze wijze aan bij dat mensen niet onnodig buiten het arbeidsproces komen te staan en dat de afhankelijkheid van een uitkering niet langer duurt dan strikt noodzakelijk is.

Centraal in het functioneren van de verzekeringsarts staat de rol van beoordelaar en adviseur voor de instelling, waarvoor hij werkt, maar bijvoorbeeld ook voor cliënt, werkgever en bedrijfsarts. De verzekeringsarts handelt vanuit de grondgedachte van de sociale zekerheid en dat werknemers en hun werkgevers c.q. werkomgeving zelf moeten doen wat redelijkerwijs mogelijk is om maximale benutting van arbeidsmogelijkheden te realiseren. Die grondhouding is leidraad in de contacten met andere actoren in de keten van werk en inkomen.

*Bron: NVVG*