

Bedrijfsgeneeskundige Dagen 31 mei en 1 juni 2018

Preventie naar een andere diMENSie



Book of Abstracts



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Bedrijfsgeneeskundige Dagen 31 mei en 1 juni 2018

Preventie naar een andere diMENSie

Book of Abstracts

Gesponsord door



PARADIGMA[®]
GROEP

hoofdsponsor BG-dagen 2018

INHOUD

	Voorwoord	7
01	What are beneficial and what are limiting factors for a successful return to work after primary TKA, a patient's perspective. A focus group study	10
02	Maatschappelijke participatie van mensen met en zonder een chronische aandoening	12
03	Psychological distress screener for risk of future mental sickness absence in non-sicklisted employees	14
04	Evaluatie van de effecten van interventies op werkgerelateerde vermoeidheid naar aanleiding van een Preventief Medisch Onderzoek bij medewerkers in de Gehandicaptenzorg	16
05	Waarom is de ene behandelaar effectiever dan de andere in de begeleiding van werknemers met psychische klachten?	18
06	Is het als werknemer wel of niet verstandig om in de werkomgeving open te zijn over psychische problemen? Het perspectief van vijf verschillende stakeholdergroepen (voorlopige resultaten)	22
07	Focus Group Study Exploring Factors Related to Frequent Sickness Absence	24
08	Het i-STEP project: Graduele werkhervattingstrajecten bij werknemers met psychische problemen	26
09	Kosteneffectiviteit van een nieuwe methodiek voor werkzoekenden met psychische problemen in de gemeentelijke re-integratiepraktijk	30
10	Aandacht voor percepties, cognities en gedragingen van naasten in het huidige bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundig handelen	32
11	Manganisme of Parkinson? Met plussen en minnen op zoek naar een antwoord	34
12	Werken met een chronische ziekte: een kwalitatieve synthese van bevorderende factoren, barrières en strategieën	38
13	Hoe kan herstel en arbeidsparticipatie van werknemers met psychische problemen worden bevorderd? het perspectief van de werknemer zelf	40

14	Effecten van (stoppen met) roken op arbeidsproductiviteit en werkvermogen: een propensity-score analyse	44
15	Wat zijn de verschillen in arbeidsgerichte bevorderende en belemmerende factoren na een Totale Knie Prothese bij snelle of langzame werkhervatting?	46
16	Het belang van persoonsgebonden factoren voor werkparticipatie van werknemers met gezondheidsproblemen	48
17	Kenmerken van klanten met een WIA-uitkering en voorspellers voor uitstroom uit de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Een vijf-jaar follow-up studie	50
18	Ploegdienst, cardiometabole risicofactoren en verschillen tussen ochtend- en avondmensen	52
19	Voorspellers van werken tot aan de pensioen voor de groep oudere werknemers met en zonder chronische aandoening	54
20	Identificatie van verschillende groepen multi-jobbers en exploratie van gezondheidsverschillen	56
21	Werken met een totale knieprothese: bij welke knie-belastende activiteiten verwacht en heeft de patiënt veel moeite?	58
22	De dynamische netwerkbenadering van chronische stress	60
23	Improvement of menopausal symptoms and the impact on perceived work ability: a retrospective cohort pilot study	66
24	Passende werkgerelateerde ondersteuning voor patiënten gediagnosticeerd met gastrointestinale kanker vanuit de klinische setting; de GIRONA interventie	68
25	Integrale zorg gericht op (arbeids-)participatie voor patiënten met een orthopedisch ingreep	70
26	MILES project: Ondersteunen van werkgevers tijdens werkhervatting van werknemers met kanker; ontwikkeling van een online interventie met de Intervention Mapping methode	72

VOORWOORD

Preventie naar een andere diMENSie. Dat is het thema van de Bedrijfsgeneeskundige Dagen 2018. Willen we als bedrijfsartsen een bijdrage leveren aan preventie dan moeten we wel indicaties hebben dat het zin heeft wat we doen en/of aanbevelen. Als wetenschappelijke beroepsvereniging van bedrijfsartsen is de NVAB zich bewust van het feit dat een goede wetenschappelijke onderbouwing van ons handelen hierbij een vereiste is. Dat is nog wel een uitdaging! De weg van initiatieven voor een preventieve aanpak naar het aantonen van effectiviteit hiervan is doorgaans niet kort en ook niet altijd zonder hobbels. Een blik op sommige in dit tweede (vorig jaar was het de eerste keer dat de abstracts voor de BG-Dagen gebundeld werden) Book of Abstracts opgenomen onderzoeken leert dat de gewenste resultaten niet altijd werden gehaald of dat de resultaten anders waren dan verwacht. Dat is niet erg; integendeel! Dat leert ons dat we ons handelen of onze methoden in de dagelijkse praktijk wellicht wat moeten bijstellen of nog verder moeten ontwikkelen. Daarom is het zo belangrijk dat er vanuit de bedrijfsartsenpraktijk wetenschappelijk onderzoek samen met wetenschappelijke instituten wordt uitgevoerd.

Het is verheugend om aan de hand van dit Book of Abstracts te zien dat dit op steeds meer plaatsen ook daadwerkelijk gebeurt. De BG-Dagen bieden een mooi platform om op deze wijze de wetenschap en de praktijk dichter bij elkaar te brengen.

Wij hopen dat dit Book of Abstracts u uitnodigt om de posters te gaan bekijken en tijdens de BG-Dagen met de uitvoerders van het onderzoek zelf in gesprek te gaan. We hopen ook dat dit voor enkelen onder u zo motiverend werkt dat u zelf een bijdrage gaat leveren aan wetenschappelijk onderzoek en bij een van de volgende edities van de BG-Dagen hier zelf met een abstract in het Book of Abstracts en met een poster zult staan! Dat brengt uw werk ook in een andere diMENSie.

*Prof. dr. Carel Hulshof,
bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde vanwege de NVAB,
AMC, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid; coördinator richtlijnen NVAB*

*Prof. dr. Han Anema,
hoogleraar Sociale Geneeskunde ihb de academisering van de Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
en bijzonder hoogleraar academisering van de Verzekeringsgeneeskunde vanwege UWV, VUmc*

Abstracts

What are beneficial and what are limiting factors for a successful return to work after primary TKA, a patient's perspective.

A focus group study

Pahlplatz T¹.

¹ *Arbobutler en tevens verbonden aan afdeling orthopedie AMC, Amsterdam.*

Emailadres: t.pahlplatz@arbobutler.nl

INLEIDING

For working age patients with end stage knee osteoarthritis return to work (RTW) is an important outcome for the success of Total Knee Arthroplasty (TKA). At the moment only 70-80% of TKA patients return to work within 3 to 6 months. To improve this outcome after TKA it is important to better understand these patient's perspective on beneficial and limiting factors in RTW.

METHODE

Focus groups were performed in line with the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist. Participants were eligible if they worked pre-operatively and had the intention to return to work, age <65 years and had undergone TKA 2-24 months before the focus group. This study explored three themes, 1. What was beneficial for return to work after TKA, 2. What was limiting for return to work after TKA and 3. What additional care would possibly enhance the return to work after TKA?

RESULTATEN

Data saturation was reached after four focus groups including seventeen participants, nine men and eight women (median age 58 years, range 52-65). Nine rehabilitation factors, five personal/motivational, five occupational and two medical support factors were mentioned that were beneficial. Ten personal factors, seven occupational factors, three medical support and three revalidation factors were mentioned that were limiting. Five occupational, five personal, seven medical support and six rehabilitation factors were mentioned that would possibly enhance RTW.

CONCLUSIE

According to participants, the following four themes contribute to a successful return to work: occupational, personal, rehabilitation and medical care. Incorporating these factors

01

into the integrated care for TKA patients might improve a successful RTW.

LITERATUURREFERENTIES

1. Otten, R., P.M. van Roermund, and H.S. Picavet, [Trends in the number of knee and hip arthroplasties: considerably more knee and hip prostheses due to osteoarthritis in 2030]. Ned Tijdschr Geneesk, 2010. 154: p. A1534.
2. Kurtz, S.M., et al., *Future young patient demand for primary and revision joint replacement: national projections from 2010 to 2030*. Clin Orthop Relat Res, 2009. 467(10): p. 2606-12.
3. Tilbury, C., et al., *Return to work after total hip and knee arthroplasty: a systematic review*. Rheumatology (Oxford), 2014. 53(3): p. 512-25.
4. Kuijjer, P.P., et al., *Which patients do not return to work after total knee arthroplasty?* Rheumatol Int, 2016.
5. Pahlplatz, T.M.J., Schaefroth, M.U., Kuijjer, P.P.F.M., *Patient-related and work-related factors play an important role in return to work after total knee arthroplasty: a systematic review*. Journal of ISAKOS: Joint Disorders & Orthopaedic Sports Medicine, 2017. May 2017.
6. Kievit, A.J., et al., *Total Knee Arthroplasty and the Unforeseen Impact on Return to Work: A Cross-Sectional Multicenter Survey*. J Arthroplasty, 2014.
7. Bardgett, M., et al., *Patient-reported factors influencing return to work after joint replacement*. Occup Med (Lond), 2016. 66(3): p. 215-21.
8. Maillette, P., M.F. Coutu, and N. Gaudreault, *Workers' perspectives on return to work after total knee arthroplasty*. Ann Phys Rehabil Med, 2017. 60(5): p. 299-305.
9. Hoorntje, A., et al., *Not Physical Activity, but Patient Beliefs and Expectations are Associated With Return to Work After Total Knee Arthroplasty*. J Arthroplasty, 2017.
10. Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig, *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. Int J Qual Health Care, 2007. 19(6): p. 349-57.
11. Martins, A.C., *Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to address facilitators and barriers to participation at work*. Work, 2015. 50(4): p. 585-93.
12. Dixon, K.E., et al., *Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis*. Health Psychol, 2007. 26(3): p. 241-50.
13. Coutu, M.F., et al., *Representations: an important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process*. J Occup Rehabil, 2007. 17(3): p. 522-44.
14. Webster, F., et al., *Understanding why people do or do not engage in activities following total joint replacement: a longitudinal qualitative study*. Osteoarthritis Cartilage, 2015. 23(6): p. 860-7.
15. Sharma, L., et al., *Prognostic factors for functional outcome of total knee replacement: a prospective study*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 1996. 51(4): p. M152-7.
16. Davis, A.M., et al., *The trajectory of recovery and the inter-relationships of symptoms, activity and participation in the first year following total hip and knee replacement*. Osteoarthritis Cartilage, 2011. 19(12): p. 1413-21.

Maatschappelijke participatie van mensen met en zonder een chronische aandoening

Scharm M¹, van der Beek A¹, Suanet B², Huisman M³, Boot C¹.

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam;

² Afdeling Sociologie, Vrije Universiteit Amsterdam;

³ Epidemiologie en Biostatistiek, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam

Emailadres: m.scharm@vumc.nl

INLEIDING

Achtergrond: Maatschappelijke participatie is toegenomen in de afgelopen jaren. Toch is het nog niet bekend of mensen met een chronische aandoening ook meer zijn gaan participeren. Daarom focust dit onderzoek zich op het verschil tussen mensen met en zonder een chronische aandoening in het hebben van betaald werk, vrijwilligerswerk en het geven van mantelzorg.

METHODE

Respondenten tussen de 55 en 64 jaar oud die in 2002/2003 of 2012/2013 hebben meegedaan aan de Longitudinal Ageing Study Amsterdam zijn geïncludeerd. Met behulp van logistische regressie analyses, hebben we gekeken of het hebben van een baan, het doen van vrijwilligerswerk en het geven van mantelzorg van mensen met een chronische aandoening verschilt van mensen zonder een chronische aandoening. Hierbij hebben we rekening gehouden met confounders en effectmodificatie.

RESULTATEN

In 2002/2003 hadden mensen met een chronische aandoening minder vaak een betaalde baan dan mensen zonder chronische aandoening (OR: 0.6; 95% BI: 0.4-0.8). Echter, dit verschil was niet meer statistisch significant in 2012/2013. Mensen met (OR: 2.2; 95% BI: 1.5-3.2) en zonder een chronische aandoening (OR: 2.7; 95% BI: 1.6-4.4) hadden in 2012/2013 vaker een betaalde baan dan mensen zonder chronische aandoening in 2002/2003. Ten slotte, mensen met een chronische aandoening hadden evenveel kans op het doen van vrijwilligerswerk (OR: 0.9; 95% BI: 0.7-1.3) en het geven van mantelzorg (OR: 0.9; 95% BI: 0.6-1.2) als mensen zonder chronische aandoening.

02

CONCLUSIE

Behalve voor betaald werk vonden we geen verschillen in maatschappelijke participatie tussen mensen tussen de 55 en 64 jaar met en zonder chronische aandoening. Dat kan erop wijzen dat deze groep met een chronische aandoening niet meer beperkingen ervaart bij maatschappelijke participatie ten opzichte van de groep zonder chronische aandoeningen. Nader onderzoek moet uitwijzen of we de groep met een zwaardere ziektelast mogelijk hebben gemist in dit onderzoek.

Psychological distress screener for risk of future mental sickness absence in non-sick-listed employees

Van Hoffen M¹, Twisk J², Heymans M², de Bruin J³, Joling C³, Roelen C⁴.

¹ HumanCapitalCare;

² VUmc, Amsterdam;

³ HumanTotalCare;

⁴ Arbo Unie

Emailadres: m.van.hoffen@humancapitalcare.nl

INLEIDING

Recently, a three-item screener, derived from the 16-item distress scale of the Four-Dimensional Symptom Checklist (4DSQ), was used to measure psychological distress in sicklisted employees. The aim of the present study was to investigate the ability of the 16-item distress scale and three-item distress screener to identify non-sicklisted employees at risk of sickness absence (SA) due to mental disorders.

METHODE

Prospective cohort study including 4877 employees working in distribution and transport. The 4DSQ distress scale was distributed at baseline in November 2010. SA diagnosed within the International Classification of Diseases -10 chapter F was defined as mental SA and retrieved from an occupational health register during 2-year follow-up. The area under the receiver operating characteristic curve (AUC) was used to discriminate between workers with ('cases') and without ('non-cases') mental SA during follow-up.

RESULTATEN

A total of 2782 employees (57%) were included in complete cases analysis; 73 employees had mental SA during 2-year follow-up. Discrimination between cases and non-cases was similar for the 16-item distress scale (AUC = 0.721; 95% CI, 0.622-0.823) and the three-item screener (AUC = 0.715; 95% CI, 0.615-0.815).

CONCLUSIE

Healthcare providers could use the three-item distress screener to identify non-sicklisted employees at risk of future mental SA.

03

LITERATUURREFERENTIES

1. Organization for Economic Co-operation and Development. *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD, 2012. Available at: <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> (10 February 2016, date last accessed).
2. Terluin B, van Marwijk HW, Adèr HJ, et al. *The Four-dimensional Symptom Questionnaire (4 DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization*. BMC Psychiatry 2006;34:22.
3. Terluin B, van Rhenen W, Schaufeli WB, de Haan M. *The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population*. Work Stress 2004;18:187-207.
4. Roelen CA, Hoedeman R, van Rhenen W, et al. *Mental health symptoms as prognostic risk markers of all-cause and psychiatric sickness absence in office workers*. Eur J Public Health 2013;24:101-5.
5. Van Hoffen MF, Joling CI, Heymans MW, et al. *Mental health symptoms identify workers at risk of long-term sickness absence due to mental disorders: prospective cohort study with 2-year follow-up*. BMC Public Health 2015;15:1235.
6. Braam C, van Oostrom SH, Terluin B, et al. *Validation study of a distress screener*. J Occup Rehabil 2009;19:231-7.
7. Steyerberg EW, Vickers AJ, Cook NR, et al. *Assessing the performance of prediction models: a framework for some traditional and novel measures*. Epidemiology 2010;21:128-38.
8. Steyerberg EW. *Clinical prediction models: a practical approach to development, validation, and updating*. New York, New York: Springer, 2009.
9. World Health Organization. *Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Resolution WHA66/8*. Geneva: WHO, 2013. Available at: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en (10 February 2016, date last accessed).
10. Norder G, Bültmann U, Hoedeman R, et al. *Recovery and recurrence of mental sickness absence among production and office workers in the industrial sector*. Eur J Public Health 2015;25:419-23.

Evaluatie van de effecten van interventies op werkgerelateerde vermoeidheid naar aanleiding van een Preventief Medisch Onderzoek bij medewerkers in de Gehandicaptenzorg

Blekemolen J¹, Hulshof C², Sluiter J².

¹ *Vodemol Uitgedokterd Organisatie Advies en Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam;*

² *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam*

Emailadres: j.r.m.blekemolen@vodemol.nl

INLEIDING

Medewerkers in de Gehandicaptenzorg lopen een hoog risico om psychische klachten te ontwikkelen en kunnen via een interventie naar aanleiding van een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) hun risico verlagen. De onderzoeksvraag bij dit onderzoek daarbij is wat het beloop van de werkgerelateerde vermoeidheid is op tijdstip PMO, na 3 maanden en na 12 maanden.

METHODE

In een Preventief Medisch Onderzoek met 615 deelnemers bleken 125 deelnemers at risk voor psychische problemen (20,3%). Zij kregen een consult bij de bedrijfsarts waarin werd besproken wat er aan de klachten van deze personen gedaan kon worden. Bij 71 deelnemers werd een interventie uitgevoerd en bij 54 deelnemers geen interventie uitgevoerd. Er wordt bij de interventies een onderscheid gemaakt tussen persoonlijke interventie door middel van 5 coachingsgesprekken, werkgebonden interventie door middel van het bespreken van de werkgebonden problematiek met leidinggevende en de combinatie van beide interventies. De primaire uitkomstmaat is werkgerelateerde vermoeidheid op een continue schaal. Deze wordt gemeten tijdens het PMO, na 3 maanden na het PMO en na 12 maanden na het PMO. De analyse vond plaats door middel van een General Lineair Model analyse, waarbij de assumptie van een normaalverdeling was getest door de Shapiro-Wilk test.

04

RESULTATEN

Na drie maanden toonden de deelnemers met een interventie een daling van hun werkgerelateerde vermoeidheid ($p < 0,05$). Na 12 maanden is dit effect verdwenen en zijn de resultaten weer significant ($p < 0,05$) verslechterd.

CONCLUSIE

Een interventie voor deelnemers aan een Preventief Medisch Onderzoek met een verhoogd risico op psychische klachten leidt tot een verbetering na 3 maanden. Na 12 maanden was dit effect echter verdwenen. Mogelijk speelt de reorganisatie die tijdens ons onderzoek plaatsvond en tot 10% personeelsreductie leidde hierbij een rol.

LITERATUURREFERENTIES

Gartner FR, Ketelaar SM, Smeets O, Bolier L, Fischer E, van Dijk FJH, Nieuwenhuijsen K, Sluiter JK *The Mental Vitality @ Work study: design of a randomised controlled trial on the effect of a workers'health surveillance mental module for nurses and allied health professionals*, BMC Public Health 2011, 11: 290.

Ketelaar SM, Nieuwenhuijsen K, Gartner FR, Bolier L, Smeets O, Sluiter JK: *Mental Vitality @ Work: The effectiveness of a mental module for workers'health surveillance for nurses and allied health professionals, comparing two approaches in a cluster-randomised controlled trial*. Int Arch Occup Environ Health 2014; 87: 527-538.

Waarom is de ene behandelaar effectiever dan de andere in de begeleiding van werknemers met psychische klachten?

van Thiel S¹, Joosen M², van Dam A³, de Jong K⁴, Brouwers E², van der Klink J².

¹ PSION - onderdeel van Paradigma Groep en Scientist Practitioner bij Tranzo - Universiteit van Tilburg;

² Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University;

³ Hoofd bureau zorgkwaliteit en innovatie GGZ WNB, Regiebehandelaar RVE Veranderings-gericht GGZ WNB, Science Practitioner, Tranzo, Tilburg University, Plaatsvervangend hoofdopleider PT/hoofddocent behandeling KP Rino-Zuid, Consulent Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE);

⁴ Universiteit van Leiden

Emailadres: sabine.vanthiel@psion.nl

INLEIDING

Er is bewijs dat er verschillen zijn tussen behandelaars in de mate van effectiviteit. Cliënten van sommige behandelaars herstellen sneller dan cliënten van andere behandelaars, gecontroleerd voor o.a. leeftijd, opleiding en theoretische achtergrond [1,2,3,4,5]. Dit roept de vraag op wat verklaringen zijn voor deze verschillen in behandelresultaten bij behandelaars. Een van de verklaringen kan worden gezocht in de verschillen van interpersoonlijke vaardigheden van behandelaars. Het beperkte onderzoek dat tot op heden is gedaan naar behandelareffecten is vooral gedaan in de geestelijke gezondheidszorg. In de werkcontext is er weinig tot geen onderzoek dat aandacht heeft besteed aan de rol van de behandelaar op het herstel van psychische klachten en het proces van terugkeer naar werk. In deze studie wordt onderzocht 1) hoe verschillen in interpersoonlijke vaardigheden van behandelaars kunnen worden gemeten en 2) wat de relatie is tussen interpersoonlijke vaardigheden van behandelaars en de duur van herstel en de terugkeer in het werk bij werknemers met psychische klachten en 3) welke contextfactoren hierbij een rol spelen.

METHODE

Om de verschillen in interpersoonlijke vaardigheden te meten maken we gebruik van het 'Facilitative Interpersonal Skills' (FIS) instrument. Dit Amerikaans meetinstrument meet de faciliterende interpersoonlijke vaardigheden van behandelaars en heeft in eerder onderzoek bewezen een effectieve voorspeller te zijn voor behandelresultaten [1]. De FIS is een simulatie van psychotherapie waarbij de deelnemer wordt gevraagd te reageren op filmpjes van bestaande cliënt situaties. Deze reacties worden vervolgens gescoord op de items vloeiend spreken, hoop

05

en positieve verwachtingen, overtuigingskracht, expressie van emoties, warmte, acceptatie en begrip, empathie, bondgenootschap en alliantie breuk-herstel reactievermogen. Cliënten van behandelaars met een hoge FIS score verbeterden significant sneller in hun symptomatische distress, interpersoonlijke relaties en sociale rollen in vergelijking tot de cliënten van de behandelaars met een lage FIS score, gemeten aan de hand van de OQ-45.2 [6]. De FIS wordt in de huidige studie vertaald en vertaald naar het Nederlands. Daarnaast wordt de FIS in de huidige studie uitgebreid met 3 aanvullende items die de echtheid en de confronterende vaardigheden van de therapeut meten. De psychometrische kwaliteit van de Nederlandse FIS wordt getest bij 70 master studenten klinische psychologie. Inhouds- en construct validiteit en de inter-beoordelaars betrouwbaarheid zullen worden vastgesteld voor de filmpjes en de FIS items.

Om de relatie tussen de interpersoonlijke vaardigheden van de behandelaars en het herstel, de terugkeer naar het werk en de duurzaamheid van de werkhervatting bij werknemers met psychische klachten vast te stellen zal de Nederlandse FIS worden afgenomen bij behandelaars in zowel de reguliere geestelijke gezondheidszorg als behandelaars in de bedrijfsgezondheidszorg. Vervolgens worden de scores op de Nederlandse OQ45.2 [7], het verzuimpercentage en de duurzame werkhervatting bij werknemers met psychische klachten geanalyseerd.

Naast het contact tussen behandelaar en cliënt/werknemer spelen ook andere factoren een rol bij de oorzaak van verzuim en herstelproces. Zowel individuele kenmerken van de behandelaar en de cliënt, als contextfactoren zoals werkplek eigenschappen, relatie met de leidinggevenden, rol van andere behandelaars

kunnen van invloed zijn op werkhervatting. De invloed van individuele eigenschappen en contextfactoren worden als intermediërende mechanismen in het proces van de begeleiding van werknemers met psychische klachten meegenomen in het onderzoek.

RESULTATEN

De eerste resultaten van het onderzoek worden in de loop van 2018 verwacht.

CONCLUSIE

We hopen na afloop van het onderzoek beter zicht te hebben op de werkzame elementen in het contact tussen een behandelaar en cliënt/werknemer en de impact daarvan op het herstel en de duurzame terugkeer in het werk. Deze informatie kan vervolgens gebruikt worden in de opleiding en de interventies welke gericht zijn op het begeleiden van werknemers met psychische klachten. De gevalideerde Nederlandse vertaling van de FIS kan interessant zijn voor trainingsdoeleinden in gespreksvoering van therapeuten en daarnaast, mogelijk in de toekomst in aangepaste versie, ook voor bedrijfsartsen of andere (zorg) professionals.

LITERATUURREFERENTIES

1. Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016). *A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome*. Journal of consulting and clinical psychology, 84(1), 57.
2. Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). *Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success*. Journal of clinical psychology, 65(7), 755-768.

3. Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). *Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy*. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 344-354.
4. Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). *Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear*. *Psychotherapy Research*, 16(02), 184-187.
5. Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D.D. & Vermeersch, D.A. (2006). *An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome*. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157-1172.
6. Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). *The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249-258.
7. de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). *The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(4), 288-301.

Is het als werknemer wel of niet verstandig om in de werkomgeving open te zijn over psychische problemen? Het perspectief van vijf verschillende stakeholdergroepen (voorlopige resultaten)

Brouwers E¹, Joosen M¹, van Weeghel J¹, van Zelst C², Verhoeven D³.

¹ *Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University;*

² *Maastricht University;*

³ *Samen Sterk zonder Stigma*

Emailadres: e.p.m.brouwers@uvt.nl

06

INLEIDING

De keuze om wel of niet open te zijn over psychische problemen in de werkomgeving is een persoonlijk en complex dilemma. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat werkgevers en leidinggevenden vaak negatieve attitudes hebben ten aanzien van werknemers met psychische problemen(1-3). Werknemers met en zonder psychische problemen verwachten dat openheid negatieve effecten zal hebben voor de carrière en behoud van werk (4, 5). Anderzijds kan openheid ook leiden tot werkaanpassingen die verlies van werk juist kunnen voorkómen(6). In dit onderzoek werd nagegaan: (1) wat het perspectief was van 5 verschillende stakeholdergroepen op de vraag of openheid verstandig is; en (2) welke omstandigheden van invloed zijn op of openheid positief uitpakt (voor de werknemer).

METHODE

In vijf stakeholderfocusgroepen (N=27) werden in twee uur durende gesprekken de onderzoeksvragen besproken. De (homogene) groepen betroffen: werkgevers, HR professionals, mensen met psychische problemen, ervaringsdeskundigen en re-integratieprofessionals (o.a. bedrijfsartsen). De audio-opnames werden letterlijk uitgeschreven en met kwalitatieve datasoftware (ATLAS-Ti) geanalyseerd.

RESULTATEN

De HR professionals dachten dat openheid overwegend nadelige gevolgen heeft (stigma en discriminatie) voor een werkende/werkzoekende met psychische problemen. De andere groepen zagen ook veel voordelen, zoals dat openheid werkrelaties kan verbeteren, en dat het mogelijkheden biedt voor werkaanpassingen en steun. Ervarensdeskundigen dachten dat openheid juist vooral voordelen had, met name dat 'jezelf te mogen zijn' bijdraagt

aan welbevinden en aan een inclusievere werkcultuur. Professionals dachten overwegend positief over openheid, maar ook omdat zij daardoor zelf hun werk beter kunnen doen.

Factoren van invloed op de uitkomst waren o.a. het type aandoening en mate van herstel, timing en manier van openheid, de mate waarin het werk wordt beïnvloedt, het verantwoordelijkheidsniveau van de functie, de economische omstandigheden, persoonlijkheid en het type arbeidscontract (flex of vast). Er was consensus dat openheid belangrijk is als de gezondheidsklachten het werk negatief beïnvloeden, maar dat openheid in de sollicitatieperiode nadelig is voor de werkzoekende.

CONCLUSIE

HR professionals schatten de gevolgen van openheid overwegend nadelig in voor de werknemer/werkzoekende, terwijl ervaringsdeskundigen, mensen met psychische problemen zelf en professionals juist optimistisch waren over de gevolgen. Werkgevers zaten er tussenin. Gezien de sleutelrol van HR personeel in het aannamebeleid van organisaties is meer onderzoek nodig naar dit perspectief. Ook is er meer onderzoek nodig naar de vraag of professionals en ervaringsdeskundigen niet te optimistisch zijn over de gevolgen van openheid in de werkomgeving, en hoe individuele besluitvorming rond dit dilemma kan worden ondersteund.

LITERATUURREFERENTIES

1. Corrigan PW, Kuwabara S, Tsang HW, Shi K, Larson J, Lam CS, et al. *Disability and work related attitudes in employers from Beijing, Chicago and Hong Kong*. International Journal of Rehabilitation Research. 2008;31(4):347-50.
2. Tsang HW, Angell B, Corrigan PW, Lee Y-T, Shi K, Lam CS, et al. *A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorders: Implications for recovery*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007;42:723-33.
3. Mendel R, Kissling W, Reichhart T, Buehner M, Hamann J. *Managers' reactions towards employees' disclosure of psychiatric or somatic diagnoses*. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2013.
4. Brouwers E, J M, Van Bortel T, Knifton L, Wahlbeck K, Van Audehove C, et al. *Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries*. BMJ open. 2016;6:e009961.
5. Dewa C. *Worker attitudes towards mental health problems and disclosure*. The International Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2014;5(4):175-86.
6. Boot CR, Van den Heuvel SG, Bültmann U, De Boer AG, Koppes LL, Van der Beek A. *Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands*. Journal of Occupational Rehabilitation. 2013;23(2):200-8.

OPMERKINGEN

De auteurs zijn: Dr. Evelien Brouwers (Tranzo, TiU), Dr. Margot Joosen (Tranzo, TiU), Dr. Catherine van Zelst (Universiteit Maastricht), Drs. Dorien Verhoeven (Samen Sterk zonder Stigma) en Prof. dr. Jaap van Weeghel (Tranzo, TiU).

Focus Group Study Exploring Factors Related to Frequent Sickness Absence

Notenbomer A¹, Roelen C², van Rhenen W².

¹ *Inspectie SZW en Gezondheidswetenschappen, sectie Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen/ Universitair Medisch Centrum Groningen;*

² *Arbo Unie*

Emailadres: a.notenbomer@inspectieszw.nl

INLEIDING

Research investigating frequent sickness absence (3 or more episodes per year) is scarce and qualitative research from the perspective of frequent absentees themselves is lacking. The aim of the current study is to explore awareness, determinants of and solutions to frequent sickness absence from the perspective of frequent absentees themselves.

METHODE

We performed a qualitative study of 3 focus group discussions involving a total of 15 frequent absentees. Focus group discussions were audiotaped and transcribed verbatim. Results were analyzed with the Graneheim method using the Job Demands Resources (JD-R) model as theoretical framework.

RESULTATEN

Many participants were not aware of their frequent sickness absence and the risk of future long-term sickness absence. As determinants, participants mentioned job demands, job resources, home demands, poor health, chronic illness, unhealthy lifestyles, and diminished feeling of responsibility to attend work in cases of low job resources. Managing these factor and improving communication (skills) were regarded as solutions to reduce frequent sickness absence.

07

CONCLUSIE

The JD-R model provided a framework for determinants of and solutions to frequent sickness absence. Additional determinants were poor health, chronic illness, unhealthy lifestyles, and diminished feeling of responsibility to attend work in cases of low job resources.

Frequent sickness absence should be regarded as a signal that something is wrong.

LITERATUURREFERENTIES

gepubliceerd: PLoS ONE 11(2): e0148647.
doi:10.1371/journal.pone.0148647

Het i-STEP project: Graduele werk- hervattingstrajecten bij werknemers met psychische problemen

**Spronken M¹, Brouwers E¹, van der Klink J¹,
Joosen M¹.**

¹ *Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral
Sciences, Tilburg University*

Emailadres: m.spronken@uvt.nl

INLEIDING

Ongeveer een derde van het ziekteverzuim vloeit voort uit psychische problemen zoals burn-out, depressie en angst. Dit leidt tot hoge kosten voor werkgevers, werknemers en de maatschappij (1). In eerdere onderzoeken zijn mogelijke voorspellers van werkhervatting bij werknemers met psychische problemen onderzocht. Deze studies laten vaak geen eenduidige resultaten zien (2-4). Ook interventiestudies laten soms positieve effecten en soms geen effecten zien wat betreft werkhervatting en terugvalpreventie (5-6). In eerdere studies lag de nadruk op de terugkeer naar werk zelf (wel of geen werkhervatting). In dit project (gefinancierd door IOSH; Institution of Occupational Safety and Health) trachten wij meer inzicht te krijgen in het werkhervattingsproces bij werknemers met psychische problemen.

Met betrekking tot het werkhervattingsproces speelt graduele werkhervatting een belangrijke rol. Dit houdt in dat mensen stapsgewijs terugkeren in het arbeidsproces, totdat men volledig is teruggekeerd. Graduele werkhervatting wordt vaak gezien als een veelbelovende manier om duurzame werkhervatting te bevorderen. Studies laten echter uiteenlopende resultaten zien wat betreft het effect van een graduele terugkeer naar werk op duurzame werkhervatting (geen/positieve resultaten; 7-8). Een mogelijke verklaring is dat er in de praktijk verschillende graduele werkhervattingstrajecten voorkomen (bijvoorbeeld langzaam, snel of fluctuerend) en dat niet alle trajecten voordelig zijn. Bovendien kan het per persoon en werkomgeving verschillen of een graduele terugkeer duurzame werkhervatting bevordert en zo ja, welk werkhervattingstraject het meest effectief is.

08

In het i-STEP (identifying Sustainable return-to-work Trajectories among Employees with Psychological problems) project onderzoeken wij (1) welke graduele werkhervattingstrajecten geïdentificeerd kunnen worden bij mensen met psychische problemen, (2) wat de verschillende trajecten karakteriseert qua type werknemer, werkomgeving en proces, (3) hoe de verschillende trajecten gerelateerd zijn aan duurzame werkhervatting voor verschillende werknemers en werkomgevingen, en (4) wat de implicaties van onze bevindingen zijn voor de praktijk.

METHODE

Voor de eerste fase van dit project is een cohort van werknemers die zijn ziekgemeld vanwege psychische problemen in 2014 t/m 2017 geëxtraheerd uit de verzuimdata van HumanTotalCare. Werknemers in dit cohort zijn werkzaam in verschillende sectoren en organisaties van verschillende grootte. Psychische problemen zijn gediagnosticeerd door bedrijfsartsen volgens het CAS-code systeem. Werknemers met zowel P1-codes (psychische klachten) als P6-codes (overige psychische stoornissen en gedragsstoornissen) zijn geïncludeerd. Gegevens zijn geëxtraheerd met betrekking tot verzuimduur, werkhervattingspercentages over tijd, terughal (tot 2 jaar later) en kenmerken van de werknemer en werkomgeving (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, sector, grootte bedrijf). Wij gebruiken latente klasse groei analyses om te bekijken welke graduele werkhervattingstrajecten voorkomen in de praktijk. Multilevel analyses worden uitgevoerd om de relatie tussen de verschillende trajecten en duurzame werkhervatting te onderzoeken.

In de tweede fase van dit project zullen we vier focusgroepen organiseren met belanghebbenden uit de praktijk (werknemers, werkgevers, bedrijfsartsen, psychologen en huisartsen). In de focusgroepen wordt eerst besproken wat de verschillende graduele werkhervattingstrajecten (geïdentificeerd in de eerste fase) karakteriseert qua type werknemer, werkomgeving en proces. Vervolgens zullen mogelijke interventies voor werknemers in de verschillende werkhervattingstrajecten besproken worden.

RESULTATEN

De eerste resultaten worden in april 2018 verwacht.

CONCLUSIE

De kennis die wordt opgedaan in dit project kan bedrijfsartsen, werknemers en werkgevers helpen om werkhervattingsbeslissingen te nemen die zijn afgestemd op individuele werknemers, wat vervolgens duurzame werkhervatting kan bevorderen.

LITERATUURREFERENTIES

1. OECD. *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing; 2012.
2. Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. *Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders*. Scandinavian Journal of Work, Environment, & Health. 2014;40(2):195-202.
3. Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. *Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A systematic review*. Journal of Occupational Rehabilitation. 2011;21(2):259-74.

4. Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, et al. *Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: A systematic review*. Journal of Occupational Rehabilitation. 2010;20(3):275-92.
5. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;12:CD006389.
6. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;12:CD006237.
7. Henderson M, Harvey S, Øverland S, Mykletun A, Hotopf M. *Work and common psychiatric disorders*. Journal of the Royal Society of Medicine. 2011;104(5):198-207.
8. Kausto J, Miranda H, Martimo K-P, Viikari-Juntura E. *Partial sick leave - Review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries*. Scandinavian Journal of Work, Environment, & Health. 2008;34(4):239-249.

Kosteneffectiviteit van een nieuwe methodiek voor werkzoekenden met psychische problemen in de gemeentelijke re-integratiepraktijk

Janssens K¹, van Weeghel J², Brouwers E¹, Joosen M¹.

¹ *Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University;*

² *Kenniscentrum Phrenos en Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University*

Emailadres: k.m.e.janssens@tilburguniversity.edu

INLEIDING

Mensen met psychische problemen hebben minder kans op betaald werk en zijn kwetsbaarder om werk te behouden. Dit terwijl arbeidsparticipatie voor deze mensen een positief effect op de psychische gezondheid kan hebben (OECD/EU, 2016). Mensen met psychische problemen hebben niet alleen minder vaak werk vanwege hun klachten, maar vaak ook door het stigma dat op deze problemen berust (o.a. Brouwers, et al., 2016). Stigma kan de arbeidsparticipatie belemmeren doordat werkgevers negatieve gedachten kunnen hebben over mensen met psychische problemen (o.a. Corrigan et al., 2008), werknemers niet graag open zijn over de psychische problemen en vanwege geanticipeerde discriminatie en zelfstigma.

In 2010 heeft is de beschikbare hulp Conceal Or ReveAL (CORAL) ontwikkeld (Brohan et al., 2010). De CORAL is een hulpmiddel bij het maken van een keuze om wel of niet open te zijn over iemands psychische problemen tijdens het solliciteren of in de werkomgeving. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de CORAL voor minder beslissingsstress over openheid en voor vaker fulltime werk zorgt (Henderson et al., 2013).

Dit onderzoek, gefinancierd door ZonMw (ZonMw Projectnummer 535001003), onderzoekt de CORAL in de Nederlandse re-integratiepraktijk. De onderzoeksvragen van dit onderzoeksproject zijn 1. Leidt inzet van de CORAL ertoe dat meer mensen met psychische problemen betaald werk vinden en behouden op lange termijn (12 maanden)?; 2. Is inzet van de CORAL in de gemeentelijke re-integratiepraktijk kosteneffectief?; 3. Bij wie, onder welke omstandigheden en op welke manier werkt de CORAL optimaal of juist minder goed, en waarom?

METHODE

In een Randomized Controlled Trial met een mixed-methods design wordt onderzocht wat



het effect van de CORAL is op het vinden en behouden van betaald werk. Daarnaast wordt onderzocht of er aanvullende factoren zijn, zoals gezondheid of werkzoekgedrag, die bijdragen aan het succesvol vinden en behouden van betaald werk.

Met behulp van een longitudinaal design worden minimaal 150 werkzoekenden met psychische problemen gedurende 12 maanden gevolgd. Deelnemers worden in een jaar tijd geworven door 70 re-integratieprofessionals, werkzaam bij vijf gemeenten en twee re-integratiebedrijven in Noord-Brabant. Re-integratieprofessionals worden op niveau van teams gerandomiseerd en vullen tweemaal een korte vragenlijst in met enkele sociodemografische gegevens en hun mening omtrent mensen met psychische problemen. Deelnemers vullen bij start (T0) en na 3 (T1), 6 (T2) en 12 (T3) maanden een vragenlijst in. Daarnaast worden gegevens uit de gemeentelijke administratie en van het Centraal Bureau voor Statistiek opgevraagd over het werk en inkomen van deze periode. In de vragenlijst komen de volgende onderwerpen aan bod: (psychische) gezondheid, zorggebruik, mentaal welzijn, werk en inkomen, beslissingsstress, openheid, stigma, zelfvertrouwen, (werk-)waarden, ervaren begeleiding bij het vinden van werk en ervaring met de CORAL.

Na afloop van de longitudinale studie, worden ongeveer 30 re-integratieprofessionals en deelnemers uit de interventiegroep uitgenodigd voor een interview. Deze interviews zullen zich focussen op de vraag voor wie, onder welke omstandigheden en op welke manier de CORAL optimaal werkt.

RESULTATEN

De dataverzameling is maart 2018 van start gegaan. De eerste resultaten van deze studie worden maart 2020 verwacht.

CONCLUSIE

Deze studie onderzoekt een nieuwe methodiek, de CORAL, een beslisthulp voor mensen met psychische problemen over openheid tijdens het solliciteren en in de werkomgeving middels een longitudinaal mixed-methods design. Tevens worden extra inzichten verkregen in welke factoren ervoor zorgen dat mensen met psychische problemen succesvol werk vinden en behouden.

LITERATUURREFERENTIES

- Brohan, E. M. (2010). *Disclosure of a mental health problem in the employment context: Measurement of stigma and discrimination and development of a decision aid tool* (Doctoral dissertation, London).
- Brouwers, E. P. M., Mathijssen, J., Van Bortel, T., Knifton, L., Wahlbeck, K., Van Audenhove, C., ... & Tófoli, L. F. (2016). *Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries*. *BMJ open*, 6(2), e009961.
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S., Tsang, H., Shi, K., Larson, J., Lam, C. S., & Jin, S. (2008). *Disability and work-related attitudes in employers from Beijing, Chicago, and Hong Kong*. *International Journal of rehabilitation research*, 31(4), 347-350.

Henderson, C., Brohan, E., Clement, S., Williams, P., Lassman, F., Schauman, O., ... & Slade, M. (2013). Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 350-357.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

Aandacht voor percepties, cognities en gedragingen van naasten in het huidige bedrijfs- en verzekerings-geneeskundig handelen

Snippen N¹, de Vries H¹, van der Burg S², Hagedoorn M³, Brouwer S¹.

- ¹ University of Groningen, University Medical Center Groningen, Department of Health Sciences, Community and Occupational Medicine, Groningen;
- ² Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam;
- ³ University of Groningen, University Medical Center Groningen, Department of Health Sciences, Health Psychology, Groningen

Emailadres: n.c.snippen@umcg.nl

INLEIDING

Uit onderzoek blijkt dat naasten in de privé situatie, zoals partner, familielid of vriend, de arbeidsdeelname van mensen met een chronische aandoening kunnen faciliteren dan wel belemmeren[1-5]. Ziektepercepties, overtuigingen en gedragingen (bijv. steunend, empathisch of overbeschermend) van naasten spelen daarbij een rol. In hoeverre bedrijfs- en verzekeringsartsen in de huidige praktijk dergelijke sociale factoren meenemen in hun handelen is niet bekend. Doel van deze vragenlijststudie was om in kaart te brengen in hoeverre bedrijfs- en verzekeringsartsen in hun dagelijks handelen aandacht besteden aan het in kaart brengen van percepties, cognities en gedragingen van naasten in het kader van werkherhvatting en arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen.

METHODE

Een online vragenlijst is via de NVAB en NVVG uitgezet onder bedrijfs- en verzekeringsartsen. De vragenlijst bestond uit 19 vragen verdeeld over vier constructen: sociale steun, gedragingen, ziektepercepties en overtuigingen van naasten ten aanzien van terugkeer naar en behoud van werk. Daarnaast zijn socio-demografische en werkgegevens verzameld van de deelnemende artsen, te weten geslacht, dienstverband, aantal jaren werkervaring, functie, kerntaak van de professional (e.g. beoordelen, begeleiden of adviseren), beleid van de werkgever ten aanzien van het uitvragen van gedrag of overtuigingen van naasten en het vertrouwen van professionals in de eigen bekwaamheid ten aanzien van het bespreken en interveniëren op sociale factoren. Elk construct is gemeten op een schaal van 1 (nooit) tot 5 (altijd). Per construct is de gemiddelde constructscore en standaarddeviatie berekend. Met een Friedman-toets is getoetst of er een significante verschil was in de

10

frequentie van uitvragen per construct en met post-hoc analyses is onderzocht welke gemiddelde constructscores significant van elkaar verschilden. Multipole lineaire regressie-analyses zijn gebruikt om te bepalen welke persoons- en werkfactoren samenhangen met de scores op de vier constructen.

RESULTATEN

In totaal hebben 186 artsen de vragenlijst volledig ingevuld (n=135 bedrijfsartsen, n=51 verzekeringsartsen). Sociale steun (\bar{x} =3.2, sd=0.6) en gedragingen (\bar{x} =3.1, sd=0.6) worden soms tot vaak uitgevraagd. Ziektepercepties (\bar{x} =2.7, sd=0.8) en overtuigingen van naasten ten aanzien van terugkeer naar en behoud van werk (\bar{x} =2.6, sd=0.8) worden zelden tot soms uitgevraagd. Het beleid van de werkgever over het betrekken van de naaste bij het spreekuur blijkt geassocieerd te zijn met het uitvragen van alle constructen. Meer jaren werkervaring bleek positief samen te hangen met het uitvragen van sociale steun. Vertrouwen in de eigen bekwaamheid ten aanzien van het bespreken van en interveniëren op sociale factoren en begeleiden bij behoud van en terugkeer naar werk als kerntaak bleken positief samen te hangen met het uitvragen van gedragingen van naasten. Bedrijfsartsen vragen significant vaker overtuigingen van naasten ten aanzien van terugkeer naar en behoud van werk uit.

CONCLUSIE

Het uitvragen van sociale factoren als percepties, cognities en gedragingen van naasten blijkt geen standaard onderdeel te zijn van het huidige handelen van professionals in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Er blijkt veel variatie te bestaan in de mate waarin sociale factoren worden uitgevraagd. Het vertrouwen in de eigen bekwaamheid, de kerntaak van de professional (begeleiden versus beoordelen) en het beleid van de werkgever

(wel/niet naaste betrekken bij het spreekuur) blijken hiermee samen te hangen. Verder onderzoek is nodig naar de wijze waarop bedrijfs- en verzekeringsartsen belemmerende en bevorderende percepties, cognities en gedragingen van werkenden en hun naasten in kaart kunnen brengen en hierop kunnen interveniëren bij belastbaarheidsbeoordeling en arbeidsre-integratie.

LITERATUURREFERENTIES

- 1 Shaw WS, Campbell P, Nelson CC, et al. *Effects of workplace, family and cultural influences on low back pain: what opportunities exist to address social factors in general consultations?* Best Pract Res Clin Rheumatol 2013;27:637-48. doi:10.1016/j.berh.2013.09.012
- 2 Islam T, Dahlui M, Majid HA, et al. *Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review.* BMC Public Health 2014;14 Suppl 3:S8. doi:10.1186/1471-2458-14-S3-S8
- 3 Wagner S, White M, Schultz I, et al. *Modifiable worker risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred best-evidence synthesis of systematic reviews.* Work J Prev Assess Rehabil 2014;49:541-58. doi:10.3233/WOR-131709
- 4 Sociaal Economische Raad (SER). *Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte.* Den Haag: 2016.
- 5 Vooijs M, van der Heide I, Leensen MCJ, et al. *Richtlijn Chronisch Zieken en Werk.* Amsterdam: 2016. https://www.psynip.nl/wp-content/uploads/2017/03/Richtlijn_chronisch_zieken_en_werk_2016.pdf

Manganisme of Parkinson? Met plussen en minnen op zoek naar een antwoord

Bartstra H¹

¹ *Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Polikliniek Mens en Arbeid/Solvent team/Neurotoxicologie, AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam*

Emailadres: h.l.bartstra@amc.uva.nl

INLEIDING

Manganisme is een zeldzame neurologische beroepsziekte veroorzaakt door inademing van industrieel Mangaanstof¹. Manganisme is een atypisch parkinsonisme: dit is de verzamelnaam voor een aantal aandoeningen die lijken op de ziekte van Parkinson, maar anders zijn omdat er bijvoorbeeld andere cellen beschadigd zijn of andere neurotransmitters dan dopamine verstoord worden. Ze leiden echter tot vergelijkbare klachten zoals beven of schokken van ledematen of een verhoogde spanning in de spieren en bewegingsstoornissen.

Het is in de praktijk lastig om Manganisme te onderscheiden van de idiopathische ziekte van Parkinson of een andere vormen van atypisch parkinsonisme. Toch kan dat voor bedrijfsartsen van belang zijn omdat mangaan geïnduceerd parkinsonisme beschouwd kan worden als een beroepsziekte en in enkele landen ook als zodanig erkend wordt 2-12.

In 2017 kreeg het Solvent Team Amsterdam aanvragen om bij twee patiënten met bewegingsstoornissen en blootstelling aan industrieel Mangaanstof te differentiëren tussen de ziekte van Parkinson en Manganisme, een vorm van Parkinsonisme.

METHODE

Er is een literatuurstudie verricht en de 2 casus zijn op papier geëvalueerd. In de loop van 2017 kwam er nog een derde patiënt bij en is een klinisch protocol ontwikkeld om te kunnen differentiëren. Dit is nieuw voor Nederland. Hierbij is samenwerking gezocht met de expert bewegingsstoornissen van de afdeling Neurologie en de expert neuro imaging van de afdeling Nucleaire Geneeskunde in het AMC.



RESULTATEN

Met het protocol kon goed gedifferentieerd worden. Hoewel er in alle drie gevallen een relevante blootstelling aan industrieel Mangaanstof is vastgesteld, bleek één geval een functionele neurologische stoornis te hebben en de andere twee de ziekte van Parkinson.

CONCLUSIE

Met het protocol kon goed gedifferentieerd worden. Hoewel er in alle drie gevallen een relevante blootstelling aan industrieel Mangaanstof is vastgesteld, bleek één geval een functionele neurologische stoornis te hebben en de andere twee de ziekte van Parkinson. Evaluatie van meer patiënten is nodig.

LITERATUURREFERENTIES

1. Bartstra, H.L.J., Lenderink, A.F. *Manganisme of Parkinson? Met plussen en minnen op zoek naar een antwoord*. TBV 25, nr 3. 133-136. Maart 2017.
2. Goldman SM. 2014. *Environmental Toxins and Parkinson's Disease*. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 54:141-164.
3. Bowler, Rosemarie M., Sanae Nakagawa, Marija Drezgic, Harry A. Roels, Robert M. Park, Emily Diamond, Donna Mergler, Maryse Bouchard, Russell P. Bowler, and William Koller. 2007. *"Sequelae of Fume Exposure in Confined Space Welding: A Neurological and Neuropsychological Case Series."* *Neurotoxicology* 28 (2): 298-311.
4. Cersosimo, Maria G., and William C. Koller. 2006. *"The Diagnosis of Manganese-Induced Parkinsonism."* *Neurotoxicology* 27 (3): 340-46.
5. Claude Ostiguy Paul Asselin Sylvain Malo Daniel Nadeau Philippe DeWals. 2005. *"Management of Occupational Manganism; Consensus of an Experts' Panel."* 417. IRSST .
6. Flynn, Michael R., and Pam Susi. 2009. *"Neurological Risks Associated with Manganese Exposure from Welding Operations – A Literature Review."* *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 212 (5): 459-69.
7. Guilarte, Tomás R., and Kalynda K. Gonzales. 2015. *"Manganese-Induced Parkinsonism Is Not Idiopathic Parkinson's Disease: Environmental and Genetic Evidence."* *Toxicological Sciences: An Official Journal of the Society of Toxicology* 146 (2). Soc Toxicology: 204-12.
8. Kwakye, Gunnar F., Monica M. B. Paoliello, Somshuvra Mukhopadhyay, Aaron B. Bowman, and Michael Aschner. 2015. *"Manganese-Induced Parkinsonism and Parkinson's Disease: Shared and Distinguishable Features."* *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12 (7). mdpi.com: 7519-40.
9. Laohaudomchok, Wisanti, Xihong Lin, Robert F. Herrick, Shona C. Fang, Jennifer M. Cavallari, Ruth Shrairman, Alexander Landau, David C. Christiani, and Marc G. Weisskopf. 2011. *"Neuropsychological Effects of Low-Level Manganese Exposure in Welders."* *Neurotoxicology* 32 (2): 171-79.
10. Mortimer, James A., Amy R. Borenstein, and Lorene M. Nelson. 2012. *"Associations of Welding and Manganese Exposure with Parkinson Disease: Review and Meta-Analysis."* *Neurology* 79 (11). AAN Enterprises: 1174-80.
11. Olanow, C. W. 2004. *"Manganese-Induced Parkinsonism and Parkinson's Disease."* *Annals of the New York Academy of Sciences*, no. 1012: 209-23.

12. S.A. Eshuis, P.L. Jager, R.P. Maguire, S.Jonkman, R.A. Dierckx, K.L. Leenders. 2009. *“Direct Comparison of FP-CIT SPECT and F-DOPA PET in Patients with Parkinson’s Disease and Healthy Controls.”* Eur J Nucl Med Mol Imaging, no. 36: 454-62.

OPMERKINGEN

Herman Bartstra is klinisch arbeidsgeneeskundige en werkzaam bij het Solvent Team Amsterdam, Polikliniek Mens en Arbeid in het AMC. Het Solvent Team, is door de minister aangewezen als expertise centrum voor zeldzame neurotoxische beroepsmatige aandoeningen.

In de poster wordt kort ingegaan op de definities, de differentiaal diagnostiek tussen Manganisme en de ziekte van Parkinson, de relevante productieprocessen met mogelijke beroepsmatige blootstelling aan mangaan, van belang voor bedrijfsartsen voor de herkenning en bevat enkele illustraties.

Werken met een chronische ziekte: een kwalitatieve synthese van bevorderende factoren, barrières en strategieën

Bosma A¹, de Maaker M¹, Boot C¹, Schaafsma F¹, Anema J¹.

¹ Afdeling sociale geneeskunde, Amsterdam Public Health research institute, VUmc, Amsterdam

Emailadres: a.bosma@vumc.nl

INLEIDING

Het aantal werkenden met één of meer chronische ziekten zal de komende jaren gaan stijgen. Om deze werkenden met een chronische ziekte zo goed mogelijk te ondersteunen bij het behoud van arbeidsparticipatie is het belangrijk om te weten welke factoren een rol spelen bij het aan het werk blijven. Het doel van deze kwalitatieve synthese is om de bevorderende factoren en barrières voor werken met een chronische ziekte te identificeren en om te exploreren welke strategieën er gebruikt worden om aan het werk te blijven.

METHODE

Vier databases zijn systematisch doorzocht op relevante artikelen: PubMed, Embase, PsychInfo and Cinahl. De zoektermen waren gerelateerd aan werk, behoeften ten aanzien van aan het werk blijven, chronische ziekten en kwalitatief onderzoek. Voor de beoordeling van de kwaliteit van de artikelen is gebruik gemaakt van de RATS qualitative research review guidelines. De geïncludeerde artikelen werden thematisch geanalyseerd met behulp van Atlas-Ti.

RESULTATEN

De zoekactie leverde 6.545 artikelen op. 17 artikelen werden geïncludeerd. De voorlopige resultaten laten zien dat er 3 domeinen zijn die een rol spelen bij het aan het werk blijven met een chronische ziekte: de werkomgeving, persoonlijke factoren en ziekte gerelateerde factoren. Voor elk domein konden er bevorderende factoren, barrières en strategieën geïdentificeerd worden. Een begripvolle werkomgeving en werk dat past bij de capaciteiten van de werkende zijn bevorderende factoren in de werkomgeving. Negatieve emoties (angst, schaamte en schuldgevoel) zijn barrières in alle 3 domeinen. Behouden van de juiste balans en omgaan met veranderingen zijn strategieën in het persoonlijke en ziekte gerelateerde domein.

12

Openheid over de ziekte en vragen om hulp zijn strategieën in de werkomgeving.

CONCLUSIE

De resultaten van deze kwalitatieve synthese laten zien dat bevorderende factoren, barrières en strategieën om aan het werk te blijven met een chronische ziekte niet beperkt blijven tot de werkomgeving; persoonlijke en ziekte gerelateerde factoren zijn hierbij ook relevant. Deze inzichten helpen bij het ontwikkelen van een interventie voor bedrijfsartsen, die hen in staat stelt om werkenden met een chronische ziekte te ondersteunen bij het behoud van arbeidsparticipatie en het voorkomen van ziekteverzuim en baanverlies.

LITERATUURREFERENTIES

Niet van toepassing

Hoe kan herstel en arbeidsparticipatie van werknemers met psychische problemen worden bevorderd? het perspectief van de werknemer zelf

Joosen M¹, Lugtenberg M¹, Arends I¹, van Gestel H¹, Schaapveld B¹, Terluin B¹, van Weeghel J¹, van der Klink J¹, Brouwers E¹.

¹ *Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University*

Emailadres: m.c.w.joosen@tilburguniversity.edu

INLEIDING

Tot op heden heeft wetenschappelijk onderzoek naar interventies bij werknemers met psychische problemen om ziekteverzuim te verkorten of te voorkomen niet de gewenste antwoorden opgeleverd [1, 2]. Er is meer kennis nodig over wat er gebeurt voor en na de werkhervatting en is daarnaast het perspectief van de zieke werknemer zelf onderbelicht [3]. In dit kwalitatieve onderzoek staat daarom de werknemer centraal en zijn de volgende vragen onderzocht: 1) Wat zien werknemers met psychische problemen zelf als de oorzaken van ziekteverzuim? en 2) wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor herstel en terugkeer naar werk?

METHODE

Er werden semi-structureerde interviews gehouden met werknemers met psychische problemen. Elke werknemer werd 2 keer geïnterviewd: een eerste interview kort na de ziekmelding en een tweede interview op moment van werkhervatting of na 6 maanden verzuim. Hierdoor ontstonden 3 subgroepen: 1) werknemers die kort verzuimden, minder dan 3 maanden (n=12); 2) werknemers die middellang verzuimden, tussen 3 en 6 maanden (n=11); en 3) werknemers die lang verzuimden, langer dan 6 maanden (n=11).

In het eerste interview werd in kaart gebracht waarom werknemers zich ziek hebben gemeld, wat er aan de ziekmelding is voorafgegaan, en wat hen zou helpen of belemmeren om weer aan het werk te gaan. In het tweede interview werd ingegaan op hoe het werkhervattingsproces is verlopen, en op welke factoren belemmerend en bevorderend zijn geweest voor werkhervatting. De audio-opnames van de interviews werden uitgeschreven en met kwalitatieve datasoftware (ATLAS-Ti) geanalyseerd waarbij werd gezocht

13

naar terugkerende en gemeenschappelijke thema's en verschillen in patronen tussen de drie subgroepen.

RESULTATEN

Zes thema's werden geïdentificeerd die volgens werknemers van invloed zijn op verzuim en het werkherstattingsproces: 1) ervaren werkdruk als oorzaak van verzuim; waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen feitelijke werkdruk en zelfopgelegde werkdruk; 2) psychische problematiek wordt niet gezien als oorzaak, eerder als een gevolg van verzuim; 3) de waarde die werk heeft voor een individu is van belang bij de oorzaak van verzuim en bij werkherstating; 4) verbeteren van zelfreflectie is van cruciaal belang bij terugkeer naar werk; 5) betrokken leidinggevende en persoonlijke begeleiding; 6) ondersteuning in helpend herstelgedrag en controle krijgen over de situatie.

Er leek geen verschil te zijn in de ernst van de psychische problematiek tussen werknemers met kort en lang verzuim, maar we zagen wel verschil in het vermogen voor herstelbevorderend gedrag. Werknemers met kort verzuim leken meer proactief en beter in staat controle over hun leven terug te krijgen, terwijl werknemers met lang verzuim meer reactief leken en meer behoefte hadden aan ondersteuning van professionals. Een ander verschil was de manier waarop werknemers de inhoud van hun werk waardeerden. Een terugkerend thema bij werknemers met lang verzuim was dat het werk al langere tijd minder voldoening gaf terwijl werknemers met kort verzuim vaak aangaven dat zij veel aspecten van het werk leuk vonden en dat dit helpend was in de terugkeer naar dat werk.

CONCLUSIE

Vanuit de interviews komt naar voren dat het verminderen van ervaren werkdruk en het vergroten van zelfinzicht van belang is voor een succesvolle werkherstating. Verzuimpreventie zou meer gericht moeten zijn op werkgerelateerde zaken, naast het behandelen van psychische problematiek. Daarbij is de waarde die werk heeft voor een individu van cruciaal belang, en zou vaker een gespreksonderwerp moeten zijn tussen leidinggevende en werknemer, zowel bij het voorkomen van verzuim als bij de re-integratie. Tot slot lijkt een gepersonaliseerde begeleiding vanuit de leidinggevende en vanuit de re-integratieprofessional op basis van de behoeften en het perspectief van de werknemer van cruciaal belang voor een succesvolle werkherstating.

LITERATUURREFERENTIES

1. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, Bültmann U, Verbeek JH. *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD006389. DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2.
2. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.
3. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN, Anema JR. *A developmental conceptualization of return to work*. Journal of Occupational Rehabilitation. 2005;15(4):557-68.

4. Joosen MCW, Arends I., Lugtenberg M., van Gestel H., Schaapveld B.C.T.M., Terluin B., van Weeghel J., van der Klink J.J.L., Brouwers E.P.M (2017). *Barriers to and facilitators of return to work after sick leave in workers with common mental disorders: perspectives of workers, mental health professionals, occupational health professionals, general physicians and managers*. Report IOSH, october 2017; Wigston, Leicestershire, UK.

OPMERKINGEN

Dit onderzoek is gefinancierd door IOSH, Institution of Occupational Safety and Health, UK

Effecten van (stoppen met) roken op arbeidsproductiviteit en werkvermogen: een propensity-score analyse

Troelstra S¹, Boot C¹, Harting J¹, Kunst A¹, van der Beek A¹.

¹ Afdeling sociale geneeskunde, Amsterdam Public Health research institute, VUmc, Amsterdam

Emailadres: s.troelstra@vumc.nl

INLEIDING

Rokers ervaren meer gezondheidsproblemen dan niet-rokers. Dit heeft ook gevolgen voor hun functioneren op de werkvloer. Meer kennis over de relatie tussen roken en productiviteitsverlies en de invloed van stoppen met roken op arbeidsproductiviteit en werkvermogen is nodig om te bepalen in hoeverre rookbeleid op het werk prioriteit heeft. Het doel van deze studie is inzicht te geven in de relatie tussen roken, productiviteitsverlies en werkvermogen en de effecten van stoppen met roken op arbeidsproductiviteit en werkvermogen.

METHODE

Deelnemers aan de 'Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation in the Netherlands (STREAM)' werden geselecteerd indien zij bij de eerste meting (2010) en ten minste een van de vervolgmetingen (2011, 2012, 2013, 2015 en/of 2016) de status van werknemer hadden (N=10,409). Werknemers die aangaven te roken worden vergeleken met een propensity-score gematchte groep van niet-rokende werknemers. Werknemers die gedurende de studie zijn gestopt met roken worden vergeleken met een propensity-score gematchte groep van blijvend-rokende werknemers. Generalized estimating equations (GEE) modellen worden gebruikt om de invloed van rookstatus op productiviteit in de afgelopen vier weken, werkvermogen en individueel ziekteverzuim te bepalen.

14

RESULTATEN

Geïnccludeerde deelnemers waren gemiddeld 53.9 jaar oud en 56.2% was een man. Op baseline gaf 20.6% van de deelnemers aan te roken. Voorafgaand aan het matchen rapporteerden rokende werknemers significant hogere niveaus van individueel ziekteverzuim (5.7% vs 4.8%), maar vergelijkbare niveaus van productiviteitsverlies in de afgelopen vier weken (7.6% vs 7.5%) en werkvermogen (8.2 vs 8.2) in vergelijking met niet-rokende werknemers. De resultaten van onze GEE analyse over de invloed van rookstatus op productiviteit in de afgelopen vier weken, werkvermogen en individueel ziekteverzuim binnen het propensity-score gematchte sample zullen worden gepresenteerd.

CONCLUSIE

We zullen de effecten van stoppen met roken op arbeidsproductiviteit en werkvermogen bespreken. Bedrijfsartsen kunnen de uitkomsten van deze studie met betrekking tot arbeidsproductiviteit meenemen in hun advisering omtrent het rookbeleid van hun klanten.

LITERATUURREFERENTIES

Niet van toepassing

Wat zijn de verschillen in arbeidsgerichte bevorderende en belemmerende factoren na een Totale Knie Prothese bij snelle of langzame werkhervatting?

Mollema C¹, Kuijer P².

¹ HumanCapitalCare, Amsterdam;

² Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Emailadres: c.mollema@humancapitalcare.nl

INLEIDING

Een totale knieprothese (TKP) is een succesvolle operatie voor vermindering van pijn bij artrose van de knie. Voor weer kunnen werken lijken de resultaten minder gunstig. Internationaal blijkt dat 3 op de 10 patiënten na de operatie niet meer gaan werken. In Nederland neemt het aantal patiënten met een knieprothese de komende jaren sterk toe. Dit komt onder andere door meer overgewicht bij de bevolking. De 'jonge' knieprothese-patiënten vinden het belangrijk om weer te kunnen werken na hun operatie. Over wat de kenmerken zijn van effectieve zorg gericht op terugkeer naar werk is weinig bekend. Het doel van deze studie vast te stellen wat TKP-patiënten die door een bedrijfsarts zijn begeleid en sneller of langzamer dan 6 maanden hun werk hervatten, ervoeren als belemmerende en bevorderende factoren.

METHODE

Een retrospectief cohort onderzoek is uitgevoerd in dossiers van 15 bedrijfsartsen bij werkenden die tussen 2013-2015 zijn geopereerd voor een TKP. Deze dossiers zijn door de afdeling ICT met een zoekopdracht geselecteerd. Wanneer deze patiënten schriftelijke toestemming hadden gegeven, werd de tijd tot terugkeer naar werk uit het dossier gehaald en ontvingen ze een vragenlijst. Deze vragenlijst bevatte 12 bevorderende en 12 belemmerende factoren voor werkhervatting met als begin zin 'Ik kon na mijn knie operatie (makkelijk of moeilijk) aan het werk omdat'. Of de factor voor de werkende van toepassing was, kon deze aangeven op een schaal van 1 ('volledig oneens') tot en met 10 ('volledig eens'). Verschillen zijn gerangschikt naar grootte en zo nodig getoetst.

15

RESULTATEN

De zoekopdracht resulteerde in 33 dossiers over een TKP, waarvan 28 personen aangaven deel te willen nemen. Uiteindelijk zijn 20 vragenlijsten retour ontvangen: een antwoordpercentage van 71%. Van de 20 respondenten waren 13 vrouw (65%), de gemiddelde leeftijd ten tijde van de operatie was 58 jaar, 11 personen waren binnen 6 maanden weer volledig aan het werk (55%) en 9 waren langer dan 6 maanden bezig tot volledige werkhervatting (45%).

Voor de bevorderende factoren verschilden de groepen vooral op: 1. voor de operatie gesproken met de bedrijfsarts over werkhervatting, 2. voor de operatie een positief advies van de orthopeed over het hervatten van werk en 3. de operatie was goed verlopen zonder problemen. Voor de belemmerende factoren waren dit: 1. medische klachten na de operatie, bijvoorbeeld pijn of een dikke knie, 2. minder goed buigen en strekken, en 3. een hoge verwachting van de snelheid van het herstel.

CONCLUSIE

Bevorderende factoren voor werkhervatting zijn volgens TKP-patiënten een positief advies van de bedrijfsarts en de orthopeed en een goed verlopen operatie. Belemmerende factoren zijn symptomen van ongunstig medisch herstel van de operatie zoals een dikke knie of minder goed buigen en een hoge verwachting voor herstel.

LITERATUURREFERENTIES

Pahlplatz TMJ, Schafroth MU, Kuijer PPFM, *Patient-related and work-related factors play an important role in return to work after total knee arthroplasty: a systematic review.* J ISAKOS 2017;2(3):127-132.

Kievit AJ, van Geenen RCI, Kuijer PPFM, Pahlplatz TMJ, Blankevoort L, Schafroth MU, *Total Knee Arthroplasty and the Unforeseen Impact on Return to Work: A Cross-Sectional Multicenter Survey.* J ARTHROPLASTY 2014;29(6):1163-1168.

Otten R, van Roermund PM, Picavet HS. *[Trends in the number of knee and hip arthroplasties: considerably more knee and hip prostheses due to osteoarthritis in 2030].* Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:A1534.

Nederlandse Orthopaedische Vereniging. 2014 *Richtlijn Totale Knieprothese.*
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/totale_knieprothese/totale_knieprothese_-_korte_beschrijving.html

Het belang van persoonsgebonden factoren voor werkparticipatie van werknemers met gezondheidsproblemen

De Wit M¹, Wind H¹, Sluiter J¹, Hulshof C¹.

¹ *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC,
Universiteit van Amsterdam, Amsterdam*

Emailadres: m.e.dewit@amc.uva.nl

INLEIDING

Persoonsgebonden factoren zoals cognities en percepties van werknemers, zijn belangrijke aspecten die het behoud van en de terugkeer naar werk na verzuim kunnen beïnvloeden (Iles et al., 2008; Vooijs et al., 2015; De Wit et al., submitted). Het belang van persoonsgebonden factoren voor werkparticipatie wordt erkend door professionals in de sociale geneeskunde (Dekkers-Sánchez et al., 2011; Dekkers-Sánchez et al., 2013; Van Muijen et al., 2015). Er is nog weinig kennis over hoe belangrijk bedrijfsartsen deze persoonsgebonden factoren vinden en de manieren waarop bedrijfsartsen deze persoonsgebonden informatie verkrijgen. Dit onderzoek is daarom gericht op het beantwoorden van de volgende vragen: Welke van tien voorgeselecteerde persoonsgebonden factoren vinden bedrijfsartsen van belang tijdens een consult of spreekuur en op welke manier kan informatie over deze factoren door hen het beste worden verkregen?

METHODE

In een vragenlijstonderzoek beoordeelden 155 bedrijfsartsen het belang van tien voorgeselecteerde persoonsgebonden factoren (omgang met ziekte, angst-ontwijkende overtuigingen, motivatie, gevoel van controle, verwachtingen t.a.v. herstel of terugkeer naar werk, catastroferende gedachten, werkgebondenheid van de problematiek, zelfvertrouwen, optimisme en gedachten over algehele gezondheid) op een 5-punts schaal (1 = helemaal niet belangrijk; 5 = uitermate belangrijk). Als minstens 60% van de bedrijfsartsen een factor beoordeelde als “zeer belangrijk” (score 4) of “uitermate belangrijk” (score 5), werd de factor beschouwd als van belang om mee te nemen tijdens het spreekuur. Daarnaast werd er gevraagd naar de wijze waarop informatie over deze factoren kan worden verkregen.

16

RESULTATEN

Bedrijfsartsen vonden negen van de tien voorgelegde factoren van belang tijdens een spreekuur. De factoren die voornamelijk belangrijk werden gevonden, waren: de verwachtingen t.a.v. herstel of terugkeer naar werk, de omgang met de ziekte en motivatie. Ruim 80% van de bedrijfsartsen vond deze factoren zeer of uitermate belangrijk. De enige factor die minder belangrijk werd gevonden was: gedachten over de algehele gezondheid. Slechts de helft van deze artsen vond deze factor zeer of uitermate belangrijk. Er zijn verschillende methodes waarop bedrijfsartsen informatie verkrijgen over de factoren. Zo verkrijgen ze informatie door naar de factoren te vragen tijdens een spreekuur of door informatie te vragen aan derden. De meeste bedrijfsartsen (51%) vonden dat informatie over de factoren het beste kan worden verkregen door de factoren te bespreken met de patiënten tijdens het spreekuur aan de hand van een lijst.

CONCLUSIE

Negen van de tien voorgelegde persoonsgebonden factoren zijn volgens bedrijfsartsen belangrijk om mee te nemen tijdens een spreekuur. Informatie hierover kan volgens de bedrijfsartsen het beste verkregen worden door de factoren persoonlijk met de patiënten te bespreken tijdens het spreekuur aan de hand van een lijst.

LITERATUURREFERENTIES

Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. *What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals*. Scan J Work Environ Health 2011; 37: 481-493.

Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. *What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective*. Int Arch Occup Environ Health 2013; 86: 509-518.

De Wit M, Wind H, Hulshof CTJ, Frings-Dresen MHW. *Person-related factors associated with work participation in employees with health problems: a systematic review*. Submitted

Iles RA, Davidson M, Taylor NF. *A systematic review of psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain*. Occup Environ Med 2008; 65:507-517.

Van Muijen P, Duijts SFA, Kornet-Van der Aa DA, Van der Beek AJ, Anema JR. *Work disability assessment of cancer survivors: insurance physicians' perspectives*. Occup Med 2015; 65(7): 558-563.

Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL et al. *Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review*. Int Arch Occup Environ Health 2015; 88:1015-1029.

Kenmerken van klanten met een WIA-uitkering en voorspellers voor uitstroom uit de arbeidsongeschiktheids-uitkering. Een vijf-jaar follow-up studie

Louwerse I¹, Huijsmans M¹, van Rijssen J¹, van der Beek A¹, Anema J¹.

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde en Kenniscentrum voor Verzekeringsgeneeskunde (KCVG), VUmc, Amsterdam

Emailadres: i.louwerse@vumc.nl

INLEIDING

Arbeidsongeschiktheid is een van de grote maatschappelijke en arbeidsmarkt problemen waar beleidsmakers in OECD landen tegenwoordig mee te maken krijgen. Begrip van factoren die samenhangen met langdurige arbeidsongeschiktheid kan helpen bij het identificeren van groepen individuen die een hoog risico lopen om een arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend te krijgen of langdurig arbeidsongeschikt te raken, en bij het ontwikkelen van effectieve interventies voor deze groepen. Het eerste doel van deze studie is inzicht krijgen in de belangrijkste diagnoses voor arbeidsongeschiktheid en hoe deze diagnoses verschillen voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Daarnaast onderzoeken we met een vijf-jaar follow-up periode de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering en bepalen we hoe de duur samenhangt met verschillende klantkenmerken.

METHODE

Onze studiepopulatie bestond uit een historisch cohort van 31,733 klanten die een WIA-uitkering ontvingen van UWV met een vijf-jaar follow-up periode. De data is verzameld uit de systemen van UWV. Diagnoses voor arbeidsongeschiktheid werden vastgesteld door de verzekeringsarts tijdens de claimbeoordeling voor de WIA. We hebben getoetst voor significante relaties tussen sociodemografische factoren, belangrijkste diagnose voor arbeidsongeschiktheid en comorbiditeit voor klanten die een WIA-uitkering toegekend krijgen en klanten die uitstromen uit de WIA.

17

RESULTATEN

Psychische klachten werden het vaakst geregistreerd als de belangrijkste diagnose voor arbeidsongeschiktheid. Diagnoses verschilden per leeftijdscategorie en opleidingsniveau. Voor jongeren en hoger opgeleiden waren psychische klachten de belangrijkste diagnose voor arbeidsongeschiktheid, voor ouderen en lager opgeleiden waren dit lichamelijke klachten (vooral bewegingsapparaat, cardiovasculair en kanker). Vijf jaar na toekenning van de uitkering ontving 82% van de klanten nog steeds een WIA-uitkering. Uitstroom was het laagst voor klanten met (meerdere) psychische klachten en comorbiditeit van psychische en lichamelijke klachten. De WIA-uitkering van klanten met (meerdere) lichamelijke klachten was relatief vaak beëindigd.

CONCLUSIE

De belangrijkste diagnose om een arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend te krijgen was psychische klachten, vooral voor jongere vrouwen. Vijf jaar na toekenning van ontvingen de meeste klanten nog steeds de WIA-uitkering.

LITERATUURREFERENTIES

Niet van toepassing

Ploegendienst, cardio-metabole risicofactoren en verschillen tussen ochtend- en avondmensen

Hulsegge G¹, van der Beek A¹, Proper K², Picavet S², Verschuren M², Twisk J¹.

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam;

² Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Emailadres: g.hulsegge@vumc.nl

INLEIDING

Werken in ploegendienst is geassocieerd met overgewicht en diabetes (1,2), maar de relatie met andere cardiometabole risicofactoren en de rol van chronotype is nog onduidelijk. Wij onderzochten de relatie tussen ploegendienst en cardiometabole risicofactoren en exploreerden verschillen tussen ochtend- en avondmensen.

METHODE

Cardiometabole risicofactoren (antropometrie, bloeddruk, lipiden, diabetes, gamma-glutamyl-transferase, C-reactief proteïne, urinezuur en geschatte glomerulaire filtratiesnelheid) zijn gemeten bij 7,768 volwassenen in 1987-1991 in de Doetinchem Cohort Studie. Elke vijf jaar zijn alle deelnemers opnieuw gemeten. In de zesde ronde (2013-2015), is een uitgebreide vragenlijst over ploegendienst afgenomen en is bepaald of iemand in ploegendienst of overdag werkte 1 jaar voor elke meetronde. De uiteindelijke studiepopulatie bestond uit 1.334 werknemers. Lineaire en logistische regressie modellen werden gebruikt om de relatie tussen ploegendienst en cardiometabole risicofactoren één jaar later te schatten.

RESULTATEN

Werken in ploegendienst was niet geassocieerd met cardiometabole risicofactoren ($P \geq 0,05$), behalve met Body Mass Index (BMI) en overgewicht. Werknemers die in ploegendienst werkten hadden een hogere BMI (β : 0,56 kg/m², 95%BI: 0,10-1,03) en vaker overgewicht (OR: 1,44, 95%BI: 1,06-1,95) dan werknemers die alleen overdag werkten. Een significant verschil in BMI werd waargenomen onder avondmensen (β : 0,97 kg/m², 95%BI: 0,21-1,73), maar niet onder ochtendmensen (β : 0,04 kg/m², 95%BI: -0,85- 0,93). De frequentie van nachtdiensten en duur van ploegendienst hadden geen invloed op de resultaten.

18

CONCLUSIE

Werknemers die in ploegendienst werkten hadden geen verhoogd risico op cardiometabole risicofactoren in vergelijking met werknemers die alleen overdag werkten, maar met name avondmensen die in ploegendienst werkten hadden een verhoogd risico op overgewicht. Meer onderzoek is nodig om onze resultaten te verifiëren en vast te stellen of preventieve maatregelen moeten verschillen voor ochtend- en avondmensen.

LITERATUURREFERENTIES

(1) Gan Y, Yang C, Tong X, et al. *Shift work and diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies*. *Occup Environ Med* 2015;72:72-78.

(2) Proper KI, van de Langenberg D, Rodenburg W, et al. *The Relationship Between Shift Work and Metabolic Risk Factors: A Systematic Review of Longitudinal Studies*. *Am J Prev Med* 50:e147-57.

Voorspellers van werken tot aan de pensioen voor de groep oudere werknemers met en zonder chronische aandoening

Sewdas R¹, van der Beek A¹, de Wind A¹, van der Zwaan L¹, Boot C¹.

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam

Emailadres: r.sewdas@vumc.nl

INLEIDING

Recente beleidsveranderingen, gericht op het langer doorwerken van oudere werknemers, beschouwt de groep oudere werknemers als één homogene groep. In de groep van oudere werknemers neemt echter de prevalentie van het hebben van een chronische aandoening toe. Uit de literatuur blijkt dat werknemers met een chronische aandoening verschillende beperkingen hebben op het werk vergeleken met werknemers zonder een chronische aandoening. Wanneer we kijken naar de recente beleidsveranderingen is het van belang om te onderzoeken of oudere werknemers met een chronische aandoening specifieke behoeftes hebben om aan het werk te blijven vergeleken met de groep zonder een chronische aandoening. Derhalve is het doel van deze studie om te onderzoeken wat de verschillen en overeenkomsten zijn in de voorspellers van werken tot aan de pensioenleeftijd bij oudere werknemers met en zonder chronische aandoening.

METHODE

We selecteerden 2445 werknemers in 2010 tussen de 57 en 62 jaar uit een bestaande cohort studie: Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation (STREAM). Logistische regressie analyses werden toegepast om te onderzoeken wat de relaties zijn tussen de factoren (individuele, gezondheid, werk en sociale factoren) en werken tot aan de pensioen voor werknemers met en zonder chronische aandoening. Om te testen of er verschillen zijn tussen de twee groepen, hebben we getoetst of er sprake was van effect modificatie (interactie term: alle factoren en 'chronische aandoening') in het logistisch model op de gehele populatie.

RESULTATEN

Werknemers met een chronische aandoening hadden een lagere kans om aan het werk te blijven vergeleken met werknemers zonder chronische aandoening. De meeste voorspellers van werken tot aan de pensioen kwamen overeen voor werknemers met en zonder chronische aandoening. Een hogere 'mastery' en hogere autonomie waren factoren die een rol speelden bij werknemers met een chronische aandoening, maar niet bij werknemers zonder een chronische aandoening.

CONCLUSIE

Wanneer we kijken naar de verschillen en overeenkomsten in de voorspellers van werken tot aan de pensioen bij oudere werknemers met en zonder chronische aandoening zijn de voorspellers grotendeels vergelijkbaar, maar er zijn verschillen op een aantal vlakken (autonomie en mastery). Bedrijfsartsen kunnen het werken tot aan de pensioen bij de kwetsbare groep van oudere werknemers met een chronische aandoening mogelijk vergemakkelijken. Dit zou kunnen door bijvoorbeeld aandacht te besteden aan welke aanpassingen op het werk mogelijk en redelijk zijn.

LITERATUURREFERENTIES

Niet van toepassing

Identificatie van verschillende groepen multi-jobbers en exploratie van gezondheidsverschillen

Bouwhuis S¹, Hoekstra T², van der Beek A³.

- ¹ *Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health research institute, VUmc, Amsterdam; afdeling Work Health Technology, TNO, Leiden; Body@Work onderzoeksinstituut, Amsterdam;*
- ² *Afdeling Gezondheidswetenschappen, Bètafaculteit, Vrije Universiteit, Amsterdam;*
- ³ *Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health research institute, VUmc, Amsterdam; Body@Work onderzoeksinstituut, Amsterdam*

Emailadres: s.bouwhuis@vumc.nl

INLEIDING

Het aantal werkenden met meer dan één betaalde baan (multi-jobbers) neemt al jaren toe in Nederland. In 2015 waren het er ongeveer 723.000 (Eurostat). Multi-jobbers vormen een heterogene groep. De relatie tussen multi-jobbing en gezondheid lijkt verschillend te zijn voor verschillende (groepen) multi-jobbers (Dorenbosch et al., 2015). Ons doel is om verschillende groepen multi-jobbers te identificeren en gezondheidsverschillen tussen deze groepen te exploreren.

METHODE

Multi-jobbers uit de vijfde meting (2015) van de Study on Transitions in Employment, Ability, and Motivation (STREAM), een longitudinale studie onder 45+-ers in Nederland) werden geselecteerd voor deze studie (N=702). Latent class analyse (LCA) is toegepast om groepen multi-jobbers te onderscheiden. De relatie tussen deze groepen en gezondheid is cross-sectioneel en longitudinaal (1 jaar follow-up, 2016), met behulp van lineaire regressie, onderzocht.

RESULTATEN

Vier groepen multi-jobbers zijn onderscheiden: (1) een kwetsbare groep (N=145). De meeste multi-jobbers in deze groep zou liever 1 baan hebben en had banen met hoge belasting en weinig hulpbronnen; (2) een onverschillige groep (N=134). Over het algemeen ervoeren respondenten in deze groep weinig voor- of nadelen van multi-jobs; (3) een gelukkige hybride groep, bestaande uit multi-jobbers met een tweede baan als zelfstandige (N=310); en (4) een gelukkige combinatie groep, bestaande uit multi-jobbers met een tweede baan als werknemer (N=113). Beide 'gelukkige' groepen hadden een voorkeur voor multi-jobs en ervoeren voordelen van het combineren van banen. Op baseline rapporteerden kwetsbare

20

multi-jobbers een slechtere mentale en fysieke gezondheid dan multi-jobbers in de andere groepen. Na één jaar follow-up werd geen statistisch significant verschil gevonden.

CONCLUSIE

Vier groepen multi-jobbers konden worden geïdentificeerd. De kwetsbare groep rapporteerde lagere mentale en fysieke gezondheid op baseline. Voor bedrijfsartsen kan het relevant zijn om niet alleen te weten of iemand meerdere banen combineert, maar ook welke banen en hoe deze combinatie ervaren wordt. Het wordt aangeraden om in toekomstig onderzoek de heterogeniteit onder multi-jobbers in ogenschouw te nemen.

LITERATUURREFERENTIES

Dorenbosch L, Sanders J, Beudeker D (2015) *Multi-jobbing: wenselijke of onwenselijke arbeidsmarktdynamiek?*. In: Chkalova K, Goudswaard A, Sanders J, Smits W (eds) *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt: focus op flexibilisering*. Den Haag: CBS, pp 170-196.

Eurostat (2015). *Employment and Social Inclusion Indicators*. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/employment-and-social-inclusion-indicators/employment-guidelines/indicators>. Bezocht: 17/01/2017.

Werken met een totale knieprothese: bij welke knie-belastende activiteiten verwacht en heeft de patiënt veel moeite?

van Zaanen Y¹, van Geenen R², Pahlplatz T³, Arthur J. Kievit³, Marco J.M. Hoozemans⁴, Leendert Blankevoort³, Matthias U. Schafroth³, Daniel Haverkamp⁵, Ton M.J.S. Vervest⁶, Dirk H.P.W. Das⁷, W. van der Weegen⁷, Vanessa A. Scholtes⁸, Monique H.W. Frings-Dresen¹, P. Paul F.M. Kuijer¹

- ¹ Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam;
- ² Department of Orthopaedics, Amphia hospital, Breda;
- ³ Orthopaedic Research Center Amsterdam, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam
- ⁴ CORAL - Center for Orthopaedic Research Alkmaar, Department of Orthopaedics, Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar
- ⁴ Department of Human Movement Sciences, Faculty of Behavioral and Movement Sciences, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam
- ⁵ Department of Orthopaedic Surgery, Slotervaartziekenhuis, Amsterdam
- ⁶ Department of Orthopaedic Surgery, Tergooi Hospital, Hilversum
- ⁷ Department and Research Center of Orthopaedic Surgery, St. Anna Ziekenhuis, Geldrop
- ⁸ Joint Research Orthopedic Surgery, OLVG+, Amsterdam

Emailadres: y.vanzaanen@amc.nl

INLEIDING

In de werkende populatie neemt wereldwijd de incidentie van de Totale Knie Prothesen (TKP) toe. Drie van de tien patiënten keren niet terug naar werk na een TKP operatie. Over het uitkomen van de preoperatieve patientverwachtingen voor het postoperatief uitvoeren van knie-belastende activiteiten in werk is weinig bekend. De onderzoeksvraag is: Komen de patientverwachtingen preoperatief overeen met de ervaren moeite tijdens het uitvoeren van knie-belastende activiteiten 6 maanden postoperatief?

21

METHODE

Een multicenter prospectieve studie is uitgevoerd onder werkende patiënten die in afwachting zijn van een TKP-operatie. De verwachte moeite zes maanden na de operatie en de ervaren moeite bij het uitvoeren van 13 knie-belastende activiteiten in werk 6 maanden postoperatief is gemeten met de Work Osteoarthritis or joint Replacement Questionnaire (WORQ). De antwoordcategorieën zijn ingedeeld in '(erg) veel moeite' versus 'niet veel moeite'. Het percentage patiënten dat '(erg) veel moeite' verwacht 6 maanden na de operatie en het percentage patiënten dat postoperatief '(erg) veel moeite' ervaart bij het uitvoeren van een knie-belastende activiteit is beschreven. Het verschil is statistisch getoetst met de McNemar's test.

RESULTATEN

Tweehonderdeneen (n=201) werkende TKP patiënten hebben deelgenomen, een respons percentage van 85%. De mediane leeftijd was 59 jaar [IQR 54-62] en 52% is vrouw. Preoperatief verwachten de patiënten 6 maanden na de TKP operatie een WORQ score van 75 [IQR 60-85]. Zes maanden na de operatie is de WORQ score 67 [IQR 54-81]. Het verschil was statistisch significant ($p=0.003$).

CONCLUSIE

Preoperatief verwachten TKP patiënten minder moeite met het uitvoeren van knie-belastende activiteiten in werk dan de moeite die zij uiteindelijk ervaren 6 maanden na de operatie. De preoperatieve patientverwachting én de ervaren moeite met knie-belastende werk postoperatief variëren sterk. Bij de begeleiding door de bedrijfsarts is daarom belangrijk om de verwachtingen van de patiënt te bespreken en gezamenlijk een realistisch doel voor knie-belastende activiteiten in werk te formuleren.

LITERATUURREFERENTIES

- Burdorf A, van der Beek AJ. *In musculoskeletal epidemiology are we asking the unanswerable in questionnaires on physical load?* Scand J Work Environ Health 1999 Apr;25(2):81-3.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Trends in Nederland 2016*. [June 2016], 36. 1-6-2016. 18-5-2017. Ref Type: Online Source
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statline Educational level 55 - 65 year of age 2016 Q4*. 20-7-2017. Ref Type: Online Source
- Collins NJ, Roos EM. *Patient-reported outcomes for total hip and knee arthroplasty: commonly used instruments and attributes of a "good" measure*. Clin Geriatr Med 2012 Aug;28(3):367-94.
- Culliford D, Maskell J, Judge A, Cooper C, Prieto-Alhambra D, Arden NK. *Future projections of total hip and knee arthroplasty in the UK: results from the UK Clinical Practice Research Datalink*. Osteoarthritis Cartilage 2015 Apr;23(4):594-600.
- Dutch Orthopedic Association, *Patient information. Orthopedic guideline TKP. Patient information: what is possible with a TKP*. 17-6-2017. Ref Type: Online Source
- Ebrahim S, Malachowski C, Kamal El DM, Mulla SM, Montoya L, Bance S, et al. *Measures of Patients' Expectations About Recovery: A Systematic Review*. J Occup Rehabil 2014 Aug 7.
- Verdere literatuurreferenties op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.*

De dynamische netwerkbenadering van chronische stress

Bolhuis H¹, Sluiter J¹, Frings-Dresen M¹.

¹ *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam*

Emailadres: h.vanbolhuis@amc.uva.nl

INLEIDING

Traditionele benaderingen van onderzoek op het terrein van stress en stres gerelateerde aandoeningen hebben slechts gefragmenteerde kennis opgeleverd (9, 10).

Daarom willen wij een fundamenteel andere wetenschappelijke aanpak op dit terrein adopteren: de dynamische netwerkbenadering. We beschouwen daarbij het stress systeem als een netwerk, waarvan de delen voortdurend in interactie zijn en in tijd veranderen, afhankelijk van wat er gebeurt in de omgeving van het stress systeem. De dynamische netwerkbenadering vindt zijn oorsprong in de wetenschap van complexiteit. In deze wetenschapsbenadering wordt het gedrag van een complex (adaptief) systeem bestudeerd. Voorbeelden van complexe adaptieve systemen zijn de hersenen, het immuunsysteem, het genoom, een cel of een mierenkolonie. De samenstellende delen van het complexe systeem interacteren onderling op allerlei verschillende manieren en deze interacties vinden plaats volgens lokale regels. Er vindt geen enkele centrale aansturing plaats. Het geheel aan lokale interacties bepaalt het gedrag van het gehele systeem. Dit fenomeen staat bekend als emergentie (15, 16, 17, 18, 19, 20).

In onze studie benaderen we het stress systeem als een complex adaptief systeem, waarin de samenstellende delen elkaar beïnvloeden op verschillende en veelvuldige manieren en voortdurend aan verandering onderhevig zijn (dynamisch).

Complex adaptieve systemen veranderen doordat stimuli vanuit de omgeving op het systeem inwerken, maar ze hebben een zekere weerstand (resilience) tegen verandering (21, 22, 23, 24, 25).

Wanneer echter de stimuli vanuit de omgeving sterker en frequenter worden zal er een punt zijn waarop het complex adaptieve systeem een radicale verandering ondergaat. Deze radicale

22

omslag wordt een kritische fase overgang (critical phase transition) genoemd, waarbij het systeem overspringt naar een andere staat of fase. Deze overgang vindt plaats bij het z.g. 'tipping point' (bifurcatiepunt) (21, 22, 23, 24, 25). Wij geloven dat zo een kritische fase overgang ook plaatsvindt in het geval van chronische stress of belasting: de stress stimuli in de omgeving worden zo sterk en frequent dat ze het stress systeem naar het tipping point brengen, waarna het een overgang naar een andere fase ondergaat (de chronische stress fase) die uiteindelijk kan overgaan in de ziekte fase.

De onderdelen van een complex systeem laten signalen zien bij de nadering van het tipping point: deze signalen worden vroege waarschuwingssignalen (early warning signals) genoemd (27, 28, 29). Deze signalen kunnen gemeten worden in de loop van de tijd.

Vraagstelling: Kunnen er vanuit de complexiteit-wetenschap, in casu de dynamische netwerk-benadering van chronische stress, duidelijk verschillende fasen of stadia worden aangetoond (normale fase, een of meerdere fasen van chronische stress, preziekte fase, ziektefase) en kunnen we laten zien dat de overgangen van de ene naar de andere fase plotseling verlopen (kritieke fase overgangen)?

Kunnen we vervolgens de vroege waarschuwingssignalen laten zien, die optreden bij het naderen van het 'tipping point'? Welke onderzoeken kunnen het beste gebruikt worden om de vroege waarschuwingssignalen te herkennen?

METHODE

We gebruiken een observationeel studie ontwerp in de tijd. Het stress systeem van werkenden met een stress gerelateerde aandoening zullen geobserveerd worden, samen met een controlegroep van gezonde vrijwilligers.

Werkenden met een stress gerelateerde aandoening die zich met signalen en symptomen van chronische stress presenteren bij de bedrijfsarts en zijn verwezen naar een centrum voor multidisciplinaire revalidatie zullen in deze studie geïncludeerd worden.

De gezonde vrijwilligers zullen gerekruteerd worden uit een populatie van kantoor-medewerkers.

De verschillende samenstellende delen van het stress systeem zullen onderzocht worden door de signalen en symptomen te meten met behulp van vragenlijsten, bloedspiegels van verschillende bioactieve componenten (dynamische netwerk biomarkers) en via fysieke metingen zoals de bloeddruk en de hartslag, op het moment van entree in de studie ($t=0$) en verschillende momenten in de tijd na de start van de multidisciplinaire revalidatie.

Als resultaten zullen we de volgende variabelen verkrijgen:

1. Voor het aantonen van biochemische signalen van chronische stress wordt de 'Clinical Allostatic Load Index' (CALI) gebruikt, die de volgende biomarkers omvat: Serum cortisol, serum dehydroepiandrosteron-sulfaat (DHEA-S) ($\mu\text{g/dL}$), serum c-reactieve proteïne (mg/L), fibrinogeen (mg/dL), insuline, bloed glycosylated hemoglobine (%), creatinine, totaal cholesterol, high density lipoproteïne cholesterol (mg/dL), serum triglyceriden (mg/dL), bloed glucose (mg/dL), Geaggregeerde systolische and diastolische bloed druk waarden gemeten als gemiddelde van drie achtereenvolgende metingen (mm Hg) en de taille-heup ratio.

De individuele waarden zullen beoordeeld worden naar hun klinische referentiewaarden en als volgt geaggregeerd worden tot de CALL: De percentielen zullen berekend worden en waarden die vallen boven de 75e percentiellijn zullen als 1 worden gescoord en waarden die op

of beneden die lijn vallen zullen met 0 gescoord worden, m.u.v. de DHEA-S, albumine en HDL-cholesterol waarden, waarbij de waarden beneden de 25e percentielijn als 1 worden gescoord. Daarnaast zal het haar cortisol worden bepaald.

2. Voor het in kaart brengen van de symptomen en signalen van chronische stress en mogelijke stress gerelateerde aandoeningen worden de volgende vragenlijsten gebruikt: 4DKL, VAS chronische stress, UBOS A, Fibromyalgie symptoom score, CIS-2, Impact of Events Scale (PTSS), Patient Specific Complaints Questionnaire, vragenlijsten werk and privé situatie.

3. Om fysieke variabelen die met stress te maken kunnen hebben vast te stellen wordt er gemeten: bloeddruk, hart slag frequentie, body-mass index, taille-heup ratio.

Als resultaat zullen we een dynamische tijd serie van gegevens kunnen produceren en zo ontdekken welke verschillende fasen er zijn en wanneer er kritische fase overgangen plaatsvinden.

RESULTATEN

Wij willen een volledig nieuwe benadering in het veld van stress onderzoek introduceren, waardoor we in staat zullen zijn te ontdekken welke fasen in chronische stress een rol spelen, of en wanneer kritische faseovergangen optreden en op welke wijze we vroege waarschuwingssignalen zullen kunnen meten, zodat een fase overgang voorspeld kan worden en met behulp van interventies voorkomen kan worden.

CONCLUSIE

Wat hebben de collega bedrijfsartsen aan een presentatie van dit onderzoek:

1. Er wordt een voor de geneeskunde nog vrij onbekende en relatief nieuwe benadering van wetenschap gepresenteerd, die wel steeds meer aandacht krijgt en snel aan toepassingen en populariteit wint. Er zijn al toepassingen bij o.m. migraine, levercarcinoom, diabetes mellitus, en depressie.
2. Wanneer we weten welke de vroege waarschuwingssignalen zijn bij chronische stress, kunnen we deze meten en interventies in een zo vroeg mogelijk stadium inzetten.
3. Door 'harde' variabelen uit het lab te gebruiken, worden chronische stress en stress gerelateerde aandoeningen als burn out, overspanning, lage rugklachten e.d. meer geaccepteerd als tastbare, meetbare aandoeningen, hetgeen op dit moment nog veel minder het geval is
4. Complexiteit denken levert in zijn algemeenheid een geheel andere manier van denken over en kijken naar ziekte op, die in de wetenschap steeds belangrijker wordt op vele gebieden: ecosystemen, klimaat, archeologie, neuropsychologie etc.

LITERATUURREFERENTIES

1. Sluiter, J.K. Groene de, G. Nieuwenhuijse, K. *Burnout als beroepsziekte*. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken. 2013; 19(2): 279-286.

2. Zantinge, E.M. Houtman, I.L.D. Poos, M.J.J.C. Harbers, M.M. Eysink, P.E.D. *Hoe vaak komen overspannenheid en burnout voor en neemt dit toe of af?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 12 december 2013.

3. TNO. *Factsheet Psychosociale arbeidsbelasting*. Internet site: TNO, Innovation for Life 2014. Available via: www.monitorarbeid.tno.nl/nieuws/factsheet-psa

4. Milczarek, M. Schneider, E. Gonzalez, E.R. *Stress at work, facts and figures*. Internet site European Agency for Safety and Health at Work, OSH in figures, European Risk Observatory Report 2009. Available via: <https://osha.europa.eu/nl/tools-and-publications/publications>

5. McEwen, B. *Stressed or stressed out: What is the difference?* *Psychiatry Neurosci* 2005; 30 (5): 315-318.

6. Kivimäki, M. et al. *Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals*. *Lancet* 2015; 386 (10005): 1739-1746

7. McEwen, B, Gianaros P.J. *Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health and disease*. *Ann N Y Sci* 2010; 1186: 190 – 222

8. Asscher, L. K. *Kamerbrief hoofdlijnen aanpak psychosociale arbeidsbelasting*, Internet site Rijksoverheid 2013. Available via: www.rijksoverheid.nl

9. Steptoe, A. *The links between stress and illness*. *J. of Psychosomatic Res* 1991; 35 (6): 633-644.

10. McEwen, B. *The Brain is the Central Organ of Stress and Adaptation*. *Neuroimage* 2009; 47 (3): 911-913.

11. Yehuda, R, McEwen, B. *Protective and damaging effects of the biobehavioural stress response: cognitive, systemic and clinical aspects.* Psychoneuroendocrinology 2004; (29) 1212 – 122
12. Ursin, H, Eriksen, H. R. *The cognitive activation theory of stress.* Psychoneuroendocrinology 2004; 29: 567-592.
13. Nesse, R. M, Young, E. A. *Evolutionary Origins and Functions of the Stress Response.* Encyclopedia of Stress 2000; Tucson: Academic Press, 79 – 84.
14. McEwen, B. *Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators.* Eur. J. Pharmacol. 2008; 583 (2-3): 174 – 185.
15. Waldrop, M. *Complexity: The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos.* London: Penguin Books; 1990
16. Mitchell, M. *Complexity: A Guided Tour.* New York: Oxford University Press; 2009.
17. Kauffman, S. *At Home in the Universe: The Search for the Laws of Self-Organization and Complexity.* London: Penguin Books; 1990
18. Coveney, P. *Frontiers of Complexity: The Search for Order in a Chaotic World.* London: Faber and Faber; 1995
19. Holland, J. *Emergence: From Chaos to Order.* Oxford: Oxford University Press; 1998
20. Johnson, S. *Emergence: The Connected Lives of Ants, Brains, Cities, and Software.* London: Penguin Books; 2001

21. Stanley, H.E. *Introduction to Phase Transitions and Critical Phenomena*, New York: Oxford University Press; 1971
22. Bruce, A and Wallace, D, *Critical point phenomena: universal physics at large length scales*. *The New Physics*, 1989; 3: 236 – 267
23. Downing, A.S. Nes van, E.H. Mooij, W.M. Scheffer, M. *The resilience and resistance of an ecosystem to a collapse of diversity*. *PLoS One* 2012; 7 (9): 1-7
24. Scheffer, M. Berg van den, A. Ferrari, B. *Migraine Strikes as Neuronal Excitability Reaches a Tipping Point*. 2013; *PLoS One* 8 (8): 1-4
25. Solé, R. and Goodwin, B. *Signs of life: How complexity pervades biology*. New York: Basic Books; 2000

Improvement of menopausal symptoms and the impact on perceived work ability: a retrospective cohort pilot study

Geukes M¹, Anema J¹, Oosterhof H².

¹ *Afdeling sociale geneeskunde, Amsterdam Public Health research institute, VUmc, Amsterdam;*

² *Nij Smellinghe Ziekenhuis, Drachten*

Emailadres: m.geukes@vumc.nl

INLEIDING

Menopause is an important life event that can severely affect quality of life. Menopausal symptoms have a negative impact on women's self-perceived work ability.⁽¹⁻⁶⁾ In this study we aimed to pilot the hypothesis that in women who are severely bothered by their menopausal complaints, improvement of menopausal symptoms is associated with an improvement in work ability.

METHODE

This retrospective cohort study assessed the work ability of first-time attendees (n = 44) of a menopause clinic at baseline (T₀) and 3 to 9 months follow-up (T₁). All patients received care as usual according to local protocol, no interventions were applied by the researchers. Self-reported questionnaire data assessing work ability (Work Ability Index; WAI) and menopausal symptoms (Greene Climacteric Scale; GCS) were used. Multiple linear regression was used in an exploratory analysis to examine the relationship between change in WAI score (Δ WAI T₁-T₀) and change in menopausal symptoms (Δ GCS T₁-T₀), after adjustment for potential confounders. Additional exploratory univariate linear regression analyses were performed to assess the associations of change in WAI score with change in the different GCS domains and with type of treatment.

RESULTATEN

Twenty-seven out of 31 women reported improvement work ability at follow-up (M = 30.73, SD = 6.42 respectively, M = 34.86, SD = 5.98). All women reported to be less bothered by their menopausal symptoms at T₁ (M = 26.57, SD = 8.69 respectively, M = 14.73, SD = 6.36). Multivariate linear regression demonstrated a significant association between Δ WAI score and change Δ GCS (beta = 0.283,

23

p = 0.014). A significant association with Δ WAI score was found for change in the GCS depression domain (beta = 1.007, p = 0.016). The other GCS subscales and type of treatment demonstrated no significant associations.

CONCLUSIE

Reduction of menopausal symptoms in symptomatic menopausal women is associated with improvement in work ability. Menopausal symptoms included in the GCS depression domain seem to be particularly responsible for this outcome.

LITERATUURREFERENTIES

1. Geukes M, van Aalst MP, Nauta MCE, Oosterhof H. *The impact of menopausal symptoms on work ability*. *Menopause* 2012;19:278-282.
2. Geukes M, van Aalst MP, Robroek SJW, Laven JSE, Oosterhof H. *The impact of menopause on work ability in women with severe menopausal symptoms*. *Maturitas* 2016;90:3-8.
3. Griffiths A, MacLennan SJ, Hassard J. *Menopause and work: an electronic survey of employees' attitudes in the UK*. *Maturitas* 2013; 76:155-9.
4. Gartoulla P, Bell RJ, Worsley R, Davis SR. *Menopausal vasomotor symptoms are associated with poor self-assessed work ability*. *Maturitas* 2016;87:33-9.
5. Whiteley J, Wagner JS, Bushmakin A, et al. *Impact of the severity of vasomotor symptoms on health status, resource use, and productivity*. *Menopause* 2013;20:518-24.
6. Jack G, Bariola E, Riach K, et al. *Work, Women and the menopause: an Australian exploratory Study*. *Climacteric* 2014;17:34.

Passende werkgerelateerde ondersteuning voor patiënten gediagnosticeerd met gastrointestinale kanker vanuit de klinische setting; de GIRONA interventie

Zaman A¹, de Boer A¹, Frings-Dresen M¹.

¹ *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam*

Emailadres: a.c.zaman@amc.nl

INLEIDING

De gerandomiseerde GIRONA studie [1] evalueert het effect van werk gerelateerde ondersteuning bij patiënten gediagnosticeerd met gastrointestinale (GI) kanker. De ondersteuning is aangepast op de mate van ernst van de werkgerelateerde problemen [2]. Is het haalbaar in de praktijk om deze ondersteuning vanuit de klinische setting te geven?

METHODE

Interventie groep patiënten zijn door middel van een beslisschema naar passende werk gerelateerde ondersteuning verwezen die verdeeld was in: A (milde problemen, ondersteuning door verpleegkundige), B (ernstige problemen, ondersteuning door bedrijfsarts-consulent oncologie) of C (complexe problemen ondersteuning door onder andere de verpleegkundige, de bedrijfsartsconsulent en de behandeld arts).

De interventie bestond uit 3 face-to-face gesprekken van 30 minuten. Het eerste gesprek vond vóór de behandeling plaats. Tijdens de gesprekken werden onder andere het belang van werk en specifieke werk gerelateerde problemen besproken.

RESULTATEN

Van de 42 interventie patiënten zijn 20 naar ondersteuning A en 21 naar ondersteuning B verwezen. Eén patiënt heeft aangegeven geen gebruik te willen maken van de ondersteunende gesprekken. Gedurende het onderzoek is één patiënt vanuit ondersteuning A doorverwezen naar B voor vervolg gesprek en één patiënt vanuit ondersteuning B naar ondersteuning A. Er zijn een aantal knelpunten waaronder financiële middelen, de timing en beschikbare tijd voor een gesprek.

24

CONCLUSIE

Het is haalbaar om in de klinische setting werk gerelateerde ondersteuning te bieden door een 'externe' hulpverlener (bedrijfsartsconsulent oncologie). De tijd en timing van het gesprek zal nog geoptimaliseerd moeten worden. Door werk gerelateerde zorg op maat te geven vanuit de klinische setting aan patiënten, kunnen deze problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en kan de interventie van nut zijn.

LITERATUURREFERENTIES

1. Zaman, A.G., et al., *Design of a multicentre randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a tailored clinical support intervention to enhance return to work for gastrointestinal cancer patients*. BMC Cancer, 2016.

2. Zaman, A., et al., *Development of a tailored work-related support intervention for gastrointestinal cancer patients*. European Journal of Cancer Care, 2017.

Sponsor:

KWF kankerbestrijding

co auteurs:

Dr. Kristien M.A.J. Tytgat, MD: AMC – MDL

Prof. dr. Jean H.G. Klinkenbijn, MD: UVA - Gelre ziekenhuis Apeldoorn

Integrale zorg gericht op (arbeids-)participatie voor patiënten met een orthopedisch ingreep

Coenen P¹, Hulsegge G¹, Daams J², Sluiter J², van Geenen R³, Kerkhofs G⁴, van Tulder M⁵, Huirne J⁶, Anema J¹, Kuijer P².

¹ *Afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam Public Health onderzoeksinstituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam;*

² *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam;*

³ *Afdeling Orthopedie, Amphia ziekenhuis, Breda;*

⁴ *Afdeling Orthopedie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam;*

⁵ *Afdeling Gezondheidswetenschappen, Faculteit Aard- en levenswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam;*

⁶ *Afdeling Gynaecologie, VUmc, Amsterdam*

Emailadres: p.coenen@vumc.nl

INLEIDING

Orthopedisch ingrepen zoals een knie- of heupvervangende operatie, hebben een grote impact op de (arbeids-)participatie van patiënten. Eén-derde van de patiënten die een knievervangende operatie ondergaat keert niet terug naar werk (1), wat grote kosten voor de samenleving met zich meebrengt en de kwaliteit van leven van patiënten aanzienlijk vermindert (2).

Desondanks is de zorg voor patiënten die een orthopedisch ingreep ondergaan vaak niet gericht op (arbeids-)participatie. Integrale zorg waarbij ook de bedrijfsarts in een vroeg stadium betrokken wordt, zou de terugkeer naar werk aanzienlijk kunnen bespoedigen. Het doel van deze systematische review is om de effectiviteit van dergelijk integrale zorg voor patiënten met een orthopedisch ingreep in kaart te brengen.

METHODE

In deze systematische review hebben we met behulp van databases (Medline, EMBASE en CINAHL) gezocht naar studies waarin de effectiviteit van integrale zorg gericht op (arbeids-)participatie voor patiënten met een orthopedisch ingreep is geëvalueerd. Dergelijke zorg kan, naast de gebruikelijk zorg, bijvoorbeeld bestaan uit: I) het vroegtijdig verwijzen van de orthopedische chirurg naar een casemanager zoals bedrijfsarts, II) revalidatie waarbij patiëntgerichte doelen worden geformuleerd en geëvalueerd en III) e/mHealth waarbij de patiënten aanvullende informatie krijgen aangereikt. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar relevante artikelen geïdentificeerd. Deze artikelen zijn vervolgens beschreven op basis van hun methodologische kwaliteit en de belangrijkste bevindingen in termen van vooral kwaliteit van leven en (arbeids-)participatie.

25

RESULTATEN

Van de 8.094 artikelen die we in databases hebben gevonden, bleken 14 artikelen (van 11 verschillende studies) relevant. De methodologische kwaliteit van deze studies was over het algemeen hoog, waardoor het risico op inaccurate uitkomsten laag is. Relevante componenten van deze integrale zorg zijn: actief verwijzen naar casemanagers zoals bedrijfsartsen (5 studies - 637 patiënten), revalidatie met patiëntgerichte (arbeids-) participatie doelen (6 studies - 938 patiënten) en e/mHealth (4 studies met 345 patiënten). In vergelijking tot normale zorg was er in de geïnccludeerde studies een snellere terugkeer naar werk (hoewel niet statistisch significant in één studie) en een sterkere vooruitgang in kwaliteit van leven (hoewel niet statistisch significant in vijf –weliswaar kleine- studies) te zien.

CONCLUSIE

Uit deze systematische review blijkt dat integrale zorg voor patiënten met een orthopedisch ingreep over het algemeen positieve effecten laat zien voor (arbeids-) participatie en kwaliteit van leven. Onder meer een vroege verwijzing van de orthopedische chirurg naar de bedrijfsarts kan hierbij een belangrijke rol spelen.

LITERATUURREFERENTIES

1. Kievit AJ, van Geenen RC, Kuijer PP, Pahlplatz TM, Blankevoort L, and Schafroth MU. *Total knee arthroplasty and the unforeseen impact on return to work: a cross-sectional multicenter survey.* J Arthroplasty, 2014 29(6):1163-1168.
2. Ackerman IN, Bucknill A, Page RS, Broughton NS, Roberts C, Cavka B, Schoch P, and Brand CA. *The substantial personal burdens experienced by younger people with hip or knee osteoarthritis.* Osteoarthritis Cartilage, 2015 23(8):1276-1284.

MiLES project: Ondersteunen van werkgevers tijdens werkhervatting van werknemers met kanker; ontwikkeling van een online interventie met de Intervention Mapping methode

Greidanus M¹, Tamminga S¹, de Rijk A², Frings-Dresen M¹, de Boer A¹.

¹ *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid AMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam;*

² *Vakgroep Sociale Geneeskunde, Onderzoeksinstituut CAPHRI, Universiteit Maastricht*

Emailadres: m.a.greidanus@amc.nl

INLEIDING

Jaarlijks krijgen in Nederland ongeveer 40.000 werkenden de diagnose kanker. Terugkeren naar werk is voor werkenden een belangrijk onderdeel van hun herstel. Werkgevers spelen een cruciale rol tijdens de werkhervatting van werknemers met een diagnose kanker. Het doel van het MiLES project is het ontwikkelen van een online interventie voor werkgevers, om werkhervatting van werknemers met een diagnose kanker te optimaliseren. Specifieke onderzoeksvragen waren: (1) wat zijn – op basis van de rol, ondersteuningsbehoeften en belangrijkste handelingen van werkgevers – doelen voor de interventie en (2) wat zijn de meest effectieve praktische strategieën om deze doelen te bewerkstelligen.

METHODE

De Intervention Mapping methode is gebruikt voor de ontwikkeling van de online interventie. Allereerst zijn Nederlandse werkgevers (N=30) geïnterviewd over hun rol en ondersteuningsbehoeften tijdens werkhervatting van werknemers met een diagnose kanker [1]. Daarnaast is een systematische literatuurstudie uitgevoerd naar ervaren werkgever-gerelateerde belemmerende en bevorderende factoren voor werkparticipatie van werknemers met kanker [2]. Deze factoren zijn vervolgens samengevat en met een Delphi methode is nagegaan welke handelingen van werkgevers volgens werkgevers (N=23) en werknemers met kanker (N=29) het belangrijkste zijn [3]. Vervolgens zijn doelen voor de beoogde interventie geformuleerd, zijn praktische strategieën gekozen op basis van literatuur en interviews met eHealth experts (N=8), en is een online interventie ontwikkeld. De inhoud en gebruiksvriendelijkheid van de online interventie is getest tijdens interviews met werkgevers (N=5) en focus groepen met

26

werknemers met kanker (N=8) en Bedrijfsarts Consultenten Oncologie (BACO) (N=7).

RESULTATEN

Werkgevers geven in de interviews aan dat de begeleiding van werknemers met een diagnose kanker veeleisend is, onder andere door complexe communicatie en besluitvorming. Werkgevers geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning op maat tijdens verschillende fasen van de werkhervatting: (1) diagnose van kanker, (2) behandeling, (3) werkhervatting plannen en (4) werkhervatting [1]. In de literatuurstudie zijn een groot aantal en grote variatie van ervaren belemmerende en bevorderende factoren geïdentificeerd [2]. De volgende handelingen van de werkgever werden als meest belangrijk beschouwd in het Delphi onderzoek: 'praktisch ondersteunen', 'werkvermogen inschatten', 'waardering geven' en 'communiceren' [3]. In de online interventie is gekozen voor 'to-the-point' tips en interactieve video's gericht op het verhogen van de bereidheid en het vermogen van werkgevers om de belangrijkste handelingen uit te voeren. Gebruikers gaven tijdens het testen van de online interventie tips met betrekking tot het doorklikken en uitten de behoefte aan printbare checklists voor gespreksvoering.

CONCLUSIE

Met inbreng van verschillende stakeholders is een online interventie ontwikkeld. Deze online interventie biedt werkgevers handvatten in de vier verschillende fasen van het re-integratietraject van werknemers met een diagnose kanker. Het doel van de interventie is een succesvolle werkhervatting van werknemers met een diagnose kanker. Bewustzijn van bedrijfsartsen over de ondersteuningsbehoeften van werkgevers zou werkhervatting van werknemers met een diagnose kanker kunnen bevorderen.

LITERATUURREFERENTIES

1. Tiedtke, C.M., et al., *Employers' experience of employees with cancer: trajectories of complex communication*. J Cancer Surviv, 2017.
2. Greidanus, M.A., et al., *Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: a systematic review of employers' and survivors' perspectives*. Psychooncology, 2018.
3. Greidanus, M.A., et al., *Which employer actions are most important for successful return to work of employees with cancer: a Delphi study among employees and employers*. Journal of Occupational Rehabilitation Submitted.

NVAB

Postbus 2113, 3500 GC Utrecht

030 - 20 40 620

nvab@nvab-online.nl

www.nvab-online.nl

