

Blijven zagen

Blijven zagen

over wetenschap en praktijk in de arbeids- en
bedrijfsgeneeskunde

Rede

uitgesproken bij aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
vanwege de Nederlandse Vereniging voor
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
aan de faculteit der geneeskunde
van de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 11 oktober 2012

door

Carel T. J. Hulshof

 VOSSIUSPERS UVA

Dit is oratie 455, verschenen in de oratiereeks van de Universiteit van Amsterdam.

Opmaak: JAPES, Amsterdam

© Universiteit van Amsterdam, 2012

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

*Mevrouw de Rector Magnificus,
Mijnheer de Decaan,
Leden van de Raad van Bestuur van het AMC,
Leden van het Curatorium van de leerstoel 'Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde',
Leden van het Bestuur van de NVAB,
Zeer geachte collegae en toehoorders,
Lieve familie en vrienden,*

Wie, tot voor enkele jaren geleden, de stad Amsterdam via de IJ-tunnel binnenkwam keek bij het uitrijden van de tunnel tegen een huis waarop in grote graffitiletters stond geschreven: 'En, lekker gewerkt?' De aanblik hiervan ontlokte mij en ook anderen vaak een glimlach. Waarom eigenlijk? Is het de wat ironische toon die wij, loonslaven en harde werkers in dit ondermaanse, nodig hebben ter relativering na weer een dag zwoegen in het zweet des aanschijs? Of zijn we stiekem ook een beetje jaloers op de aanbrengers van de tekst die zich, althans in mijn fantasie, vast niet dagelijks bezig hoeven te houden met zoiets triviaals als werk?

Ontwikkelingen in werk

Wat is eigenlijk werk en waarom speelt het zo'n grote rol in het leven van de meeste van ons? Voor sommige mensen is het antwoord verfrissend simpel: voor hen is werken slechts 'voor mensen die niet kunnen vissen'. Ook de bekende Britse filosoof, historicus, wiskundige en Nobelprijswinnaar Bertrand Russell had een eigen kijk op werk.¹ In zijn in 1932 geschreven essay 'In praise of idleness' (de lof der luiheid) schrijft hij: 'Work is of two kinds: first, altering the position of matter at or near the earth's surface relatively to other such matter; second, telling other people to do so'. Waarbij hij er nog aan toevoegt: 'The first kind is unpleasant and ill paid; the second is pleasant and highly paid'. Russell zag in zijn provocatieve essay de weg naar geluk en welvaart vooral in een georganiseerde vermindering van werk en een betere verdeling ervan. Door hem werd werk vooral als een taak en minder als een vorm van zingeving gezien. Een paar decennia later wijst in haar boek *The human condition* de Duits-Amerikaanse filosofe Hannah Arendt op de activiteiten die sa-

men ons actieve leven vormen en ze maakt daarbij onderscheid tussen arbeid, werk en handelen.² Arbeid staat in die ordening het laagst en is die activiteit die gedicteerd wordt door de biologische noodzakelijkheid van productie en consumptie. Werk is volgens Arendt iets anders dan arbeid. In werk worden duurzame producten, zoals gebruiksvoorwerpen, artistieke voorwerpen, gebouwen of monumenten, gefabriceerd. Dat zijn scheppingen van de mens die als het ware tegenover hem staan en waarop hij zijn stempel heeft gedrukt. Werk betekent veelal eenzaamheid en het is onnatuurlijk in de zin dat het de gegeven natuur transformeert. Fabrieksarbeid met zijn productie van massaconsumptieartikelen rekent Arendt tot arbeid en niet tot werk. De moderne tijd heeft volgens haar een enorme uitbreiding van arbeid ten koste van werk te zien gegeven. Handelen is in de ogen van Arendt de hoogste menselijke activiteit, niet voorgeschreven door de natuur (arbeid) en ook geen eenzame aangelegenheid (werk), maar zich voltrekkend in de publieke ruimte die mensen met elkaar kunnen vormen.

Inmiddels zijn, in een samenleving als de onze, zowel arbeid als werk ingrijpend van karakter veranderd. Het aantal mensen dat zich nog daadwerkelijk met 'the position of matter at or near the earth's surface' bezighoudt is sterk teruggelopen en veel van de klassieke industriële arbeid is tegelijkertijd met God uit Jorwerd verdwenen. Het heeft plaatsgemaakt voor arbeid op kantoor, in de zorg of in de dienstensector. Maar ook veel van het werk, in Arendts betekenis van het woord, is anders geworden; minder een eenzame aangelegenheid en zich steeds meer ook in die publieke ruimte voltrekkend. Voor het gemak zal ik het in mijn verdere betoog vooral over 'werk' hebben waartoe ik dan zowel de noodzakelijkheid van productie en consumptie als de zingevende en scheppende kant ervan reken.

Het laatste decennium komt 'het nieuwe werken' steeds meer in zwang, waarbij de vraag wat mij betreft nog wel open staat wat er nu zo nieuw is aan die manier van werken behalve het feit dat de grens tussen werk en privé, zowel in tijd als in omgeving, steeds meer verdwijnt. Bij de geschetste karakterverandering van werk heeft in de afgelopen halve eeuw ook het taalgebruik zich aangepast. Het verschil tussen arbeiders, die een weekloon kregen en beampten of employees die een maandsalaris genoten is vrijwel uit alle cao's verdwenen. We spreken nu meestal over werknemers al is dat op de keper beschouwd misschien een wat merkwaardige term: is het immers niet de werknemer die zijn of haar werk geeft terwijl de werkgever in ruil voor een beloning dat werk neemt...?

Om enkele veranderingen in werk en de relatie met gezondheid aanschouwelijker te maken, permitteer ik mij u even een kort moment mee terug te nemen naar mijn jeugd. Dan begrijpt u ook waar de titel van mijn voordracht

vandaan komt en waar wellicht ook de kiem voor mijn latere loopbaan is gelegd. Begin jaren zestig brachten wij een deel van onze vakanties door in het ouderlijk huis van mijn moeder, in de Achterhoek. Een paar keer per dag staken we de weg over en kwamen dan op de werf van het bedrijf van mijn opa, dat inmiddels door zijn zoons, mijn ooms, gerund werd: de stoomhoutzagerij Nahuis in Groenlo. Nu ik dit vertel ruik ik ook meteen weer de geur van gezaagd hout, hars en de afvalproducten van de oven van de stoomketel. Van het einde van de 19e eeuw tot eind jaren zeventig is deze stoomhoutzagerij in bedrijf geweest. Vanaf 1918 zorgde een grote ééncilinder liggende stoommachine via lange aandrijfriemen voor de aandrijving van een horizontale en een verticale zaagmachine. U ziet hier die verticale zaagmachine. Voor ons als kinderen was het hoogtepunt van de dag als we tegen 12.00 uur 's middags bij de stoker van de stoomketel, die we 'Ome Hendrik' noemden, de stoomfluit mochten bedienen. Met zijn kolenschoppen van handen tilde hij je op tot boven de ketel. Als je dan aan de hendel van de stoomfluit trok klonk er een indringend signaal als teken dat het schaft was. Van over de hele werf kwamen dan de werknemers naar de schaftruimte, in mijn herinnering allemaal bonken van kerels. Wat ik als klein jongetje griezelig maar ook wel spannend vond was dat als je wat beter naar hun handen keek, je zag dat er bij sommigen wel een paar vingers misten..., de gevolgen van een bedrijfsongeval dat in die tijd kennelijk nogal eens voorkwam. Mijn oudere neef was ooit ooggetuige van een dergelijk ongeval. Hij kon beeldend vertellen hoe na al het tumult en het afvoeren van de ongelukkige naar het ziekenhuis, Ome Hendrik zonder veel omhaal van woorden de plek des onheils schoonmaakte en het bloederige afval inclusief de afgezaagde vingers zo hup de oven inwierp. Van microchirurgie was toen nog geen sprake! Mits de beperkingen niet te groot waren kwam de betrokkene na een korte revalidatie gewoon weer terug op zijn werk. In het weekend kon hij dan, met de nuchterheid die de meeste Achterhoekers eigen is, in de kroeg met zijn collega's meedoen met het populaire grap 'Ober, vijf bier graag'.

U zult begrijpen dat de harde werkelijkheid toch wat minder prozaïsch was. Van 'de arbo' had Ome Hendrik in die dagen nog nooit gehoord en in modernisering of verdere mechanisering van het productieproces is in het bedrijf nauwelijks geïnvesteerd. Dat heeft in dit geval achteraf een voordeel: na de sluiting in 1977 is dankzij het initiatief en enthousiasme van vele vrijwilligers en instanties de oude stoomhoutzagerij als een museum blijven bestaan.³ Een aantal keren per jaar wordt de stoommachine weer opgestart en de zagerij in bedrijf gezet. Onder het motto 'een herkenning voor de ouderen, een belevenis voor de jongeren' kunt u met uw eigen ogen zien hoe men hier al die tijd is blijven zagen....

Werk en gezondheid

Wie de kernwaarden van de afgelopen kabinetten heeft gezien weet dat ‘werk’ daarin, zeker ‘voor de bühne’, een belangrijke plaats inneemt. Het is ‘werk, werk, en nog eens werk’, destijds het motto van het eerste paarse kabinet, en de laatste jaren: ‘participatie; meedoen, moet!’ Willen we met zijn allen de BV Nederland nog een beetje draaiende houden dan is het belangrijk dat we aan het werk gaan als we dat nog niet zijn, het blijven als we het al doen en het ook nog langer, tot een paar jaar na ons 65e blijven doen. Het bekendste futurologenduo van ons land, Koot en Bie, had deze ontwikkeling kennelijk al vele jaren geleden voorzien, getuige een uitspraak van Koot uit 1976: ‘Zowel Bie als mijzelf zijn namelijk niet aan de Alcohol, niet aan de Drugs, maar reeds jaren aan het Werk. Wat een hele erge verslaving is. Daar kom je namelijk nooit meer van af.’

De begrippen ‘duurzame inzetbaarheid’ en ‘participatie’ zijn in beleidsstukken van de overheid en in discussies niet meer weg te denken. Naast een economische noodzaak wordt daarbij vaak ook een gezondheidkundig argument gebruikt. Aan het werk zijn is goed voor de gezondheid. Werkende mensen leven langer en zij hebben ook nog een betere kwaliteit van leven. Is dat zo? Wat weten we er eigenlijk van?

In 2006 verscheen er in het Verenigd Koninkrijk het verslag van een uitgebreid literatuuronderzoek door Gordon Waddell en Kim Burton met de titel: ‘Is work good for your health and well-being?’⁴ Dit veel geciteerde rapport speelde een belangrijke rol in een uitgebreide door Dame Carol Black geleide Britse campagne gericht op werkgevers, werknemers en medische beroepsorganisaties, om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te beperken en terugkeer naar werk te bevorderen.⁵ De conclusies van het rapport van Waddell en Burton zijn helder: er is sterk bewijs (strong evidence) dat werk een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid kan bevorderen, ziekte kan helpen voorkomen en een actieve rol kan spelen in herstel na ziekte of uitval. Het hebben van goed werk verhoogt de eigenwaarde en verbetert het sociaal functioneren. Andersom leidt het níét hebben van werk juist tot een hogere kans op fysieke en/of psychische klachten of aandoeningen, door sommige auteurs wel eens becijferd als gevaarlijker dan het roken van een pakje sigaretten per dag. Tot zover zijn dit conclusies die, zo zou een cynicus kunnen opmerken, de opdrachtgever voor dit literatuuronderzoek, het Department for Work and Pensions (het Britse Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) wel erg goed uitkomen en deze conclusies worden in allerlei overheidspublicaties ook ruim vermeld. Iets minder vaak zie je de andere conclusies van de auteurs terug die de eerste niet tegenspreken maar wel van een belangrijke nuancering

voorzien: het positieve effect van werk op gezondheid doet zich vooral voor als werk goed aansluit op iemands' kennis, vaardigheden en persoonlijke omstandigheden en indien dat werk wordt uitgevoerd in een veilige, gezonde en ondersteunende werkomgeving. Bovendien concluderen de auteurs uit een aantal onderzoeken in de sociale zekerheidssystemen in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten dat het verlagen of intrekken van sociale uitkeringen zónder dat dit gepaard gaat met daadwerkelijke re-integratie in werk juist een groot risico betekent op achteruitgang in de lichamelijke of geestelijke gezondheid. De auteurs voegen hier voorzichtigheidshalve aan toe dat, gezien de verschillen in bestaande sociale zekerheidssystemen deze conclusies niet zonder meer naar andere landen kunnen worden vertaald. Toch lijkt het me voor politici en beleidsmakers, ook in ons land, een tot nadenken stemmend signaal.

Ook in Nederland is en wordt op verschillende plaatsen onderzoek gedaan naar de invloed van arbeidsparticipatie op de gezondheid. Dat er grote sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn in de Nederlandse bevolking is inmiddels genoegzaam bekend. Recent onderzoek vanuit het Erasmus MC in Rotterdam laat zien dat het hebben van een slechte of minder goede gezondheid negatieve consequenties heeft voor de arbeidsparticipatie en omgekeerd dat het terugkeren in werk na een periode zonder werk een positieve invloed heeft op de gezondheid.⁶ Merel Schuring en collega's deden onderzoek onder een kleine duizend mensen die via het Centrum voor Werk en Inkomen in Rotterdam begeleid werden naar een nieuwe baan. Een half jaar na het starten met betaald werk bleken vrijwel alle dimensies van de door hen ervaren gezondheid te zijn verbeterd. Werk kan dus beschouwd worden als een belangrijk medicijn en zou ook meer op die manier ingezet kunnen en moeten worden!

Betekent dat nu dat werk altijd goed is voor de gezondheid? Ik heb u daar net al gewezen op de nuancering die de Britse literatuuronderzoekers gaven bij hun conclusies en die lijkt ook in ander onderzoek te worden bevestigd. In een recent Australisch onderzoek werd aangetoond dat werkhervatting na werkloosheid inderdaad leidt tot een verbetering van de geestelijke gezondheid maar dat dit niet geldt voor banen met slechte psychosociale omstandigheden.⁷ Aandacht voor en verbetering van arbeidsomstandigheden blijft dus in de dagelijkse praktijk hard nodig. Dat blijkt onder andere ook uit het aantal beroepsziekten, ziekten die vooral in en door het werk zijn ontstaan, die jaarlijks door bedrijfsartsen gemeld worden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. In 2011 waren dat er bijna 7000 maar we weten dat dit door onderrapportage nog een onderschatting van het daadwerkelijke risico laat zien.⁸ Aan de hand van de gegevens uit het Peilstation Intensief Melden wordt de werkelijke incidentie van beroepsziekten geschat op 260 beroepsziekten per

100.000 werknemersjaren waarbij de top vijf bestaat uit psychische aandoeningen, aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat, lawaaislechthorendheid, huidaandoeningen en infectieziekten.

Een omvangrijk en lang lopend cohortonderzoek onder de werknemers van het Franse elektriciteit- en gasbedrijf laat zien dat na pensionering het risico op chronische aandoeningen blijft stijgen (leeftijdseffect) maar dat de scores op het gebied van klachten over lichamelijke en geestelijke gezondheid en depressie snel dalen.⁹ Dit was vooral bij hen die voor hun pensionering al met een of meer chronische ziekten werkten het geval. Hetzelfde werd gezien bij werknemers met chronische hoofdpijnklachten.¹⁰ Bij de werknemers met een hoge mate van werkstress voor de pensionering was het verschil het grootst. Zou het leven als God in Frankrijk pas na de pensionering beginnen?

Met de huidige demografische ontwikkelingen en pensioendiscussies in het achterhoofd is er dus alle reden om ervoor te zorgen dat de alom aanwezige positieve effecten van het werk op de gezondheid zo goed mogelijk benut worden en dat daar waar er toch risico's voor de gezondheid optreden deze voorkomen of tegengegaan worden.

De activiteiten tot behoud van gezonde arbeidsparticipatie zijn bij uitstek het domein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde als vakgebied en van bedrijfsartsen als beroepsgroep. Maar niet van hen alleen. Het belang van de relatie tussen werk en gezondheid maakt het noodzakelijk dat toegang tot, behoud van en terugkeer naar geschikt werk als een belangrijke uitkomstmaat voor medische behandeling en begeleiding van alle patiënten in de werkzame leeftijd wordt gezien. Dat is ook wat mensen in toenemende mate van artsen en andere gezondheidsprofessionals verwachten: hulp en behandeling gericht op het verminderen van klachten bij ziekte maar ook advies en begeleiding bij bevordering of herstel van sociaal en maatschappelijk functioneren. Meedoen is voor mensen belangrijk en behoud van of terugkeer naar werk is daar een onderdeel van. Dat geldt niet alleen voor lichte en voorbijgaande aandoeningen maar misschien nog wel meer voor patiënten of cliënten met chronische en soms ernstige ziekten. Zo zien en ervaren we in verschillende onderzoeksprojecten die we als afdeling zowel binnen als buiten het AMC uitvoeren wat het betekent voor kankerpatiënten om als het kan weer aan het werk te gaan of te blijven.^{11 12} Verschillende onderzoeken bij borstkankerpatiënten laten zien dat werk voor hen een belangrijke bron van emotionele en financiële steun betekende: werk geeft het gevoel van 'normaal zijn' en helpt ook om de negatieve effecten van de behandeling beter te kunnen verdragen.¹³ Het geeft het gevoel er weer bij te horen. Toch ondervinden velen nog problemen met werkhervatting. Vandaar dat een aantal onderzoeksprojecten zich er nu op richten om na te gaan hoe een effectieve begeleiding naar werk het beste kan plaats-

vinden en wie daarbij, naast de patiënt zelf, een rol kan spelen. Het bevorderen van participatie wordt daarmee ook een gezamenlijk behandeldoel. In Groot-Brittannië hebben een paar jaar geleden vrijwel alle relevante medische beroepsorganisaties, van bedrijfsartsen tot chirurgen en gynaecologen een paar jaar geleden een convenant, het healthcare professionals consensus statement, ondertekend.¹⁴ Hierin verklaren ze dat ze in samenwerking met de overheid, de sociale partners en de andere werkers in de gezondheidszorg mensen in de werkzame leeftijd, voorzover nodig, proberen te overtuigen van de sociaal-economische en gezondheidsvoordelen van werk en dat ze alles zullen doen wat in hun vermogen ligt om hun patiënten te helpen het werk te behouden of naar hun werk terug te keren. Hoewel nog slechts papier zou je dit toch als een krachtig signaal kunnen beschouwen dat ook medische beroepsgroepen buiten de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde hun verantwoordelijkheid op dit thema beginnen te tonen. In ons land gaan binnenkort de NVAB, de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap rond de tafel zitten om te kijken of ze een soortgelijk convenant kunnen opstellen en de overigen al bestaande samenwerking op dit thema verder kunnen versterken. Een belangrijke stimulans hiertoe komt in ons land ook door de enkele jaren geleden gemaakte landelijke afspraak dat voortaan in alle relevante multidisciplinaire richtlijnen over belangrijke en veel voorkomende ziekten en aandoeningen aan aspecten van werk en werkhervatting aandacht moet worden besteed. Een eerste initiatief hiertoe van NVAB en CBO werd ondersteund door een rapport van de Gezondheidsraad waarin ten aanzien van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid voor de opstelling van richtlijnen voor beoordelen, behandelen en begeleiden, zogenaamde drie B-richtlijnen, werd gepleit.¹⁵ In opdracht van de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en gefinancierd door ZonMw is vervolgens een Blauwdruk Participeren in richtlijnen, een leidraad voor het effectief opnemen van participeren en functioneren in werk in richtlijnen, ontwikkeld.¹⁶ Dit heeft geleid tot de publicatie van meer dan 50 multidisciplinaire richtlijnen verdeeld over een breed veld van geneeskundige thema's waarin aandacht aan werkgebonden aspecten wordt besteed. Het is slechts een begin maar het is goed te beseffen dat dit tot op heden uniek is in de wereld! Vanuit het buitenland kijkt men met enige jaloezie hiernaar en bereiken ons regelmatig verzoeken om hen hierover te adviseren.

Samengevat: werk speelt een belangrijke rol in onze gezondheid. Die is in overwegende mate positief. Als werk echter van onvoldoende kwaliteit is, niet aansluit bij de capaciteiten van mensen of in gevaarlijke of slechte omstandigheden wordt uitgevoerd dan kan het ook leiden tot ongevallen, beroepsziekten of werkgerelateerde klachten en aandoeningen. Omgekeerd kan een goede ge-

zondheid of een goed aangepaste gezondheid, bijvoorbeeld bij werkenden met een chronische aandoening die via zelfmanagement goed in staat zijn om te gaan met die verminderde gezondheid, leiden tot een positieve invloed op functioneren op het werk. Als dit niet lukt, kan dit aanleiding geven tot verzuim of arbeidsongeschiktheid dat naast veel persoonlijk leed ook hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt.

Als we in ons land participatie willen bevorderen en willen dat de mensen letterlijk en figuurlijk blijven zagen dan zullen we aan beide aspecten van deze relatie tussen werk en gezondheid aandacht moeten besteden! Daar komt meer bij kijken dan alleen heel hard te roepen dat iedereen moet meedoen!

De positie van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

Alvorens in te gaan op de activiteiten die ik in het kader van deze leerstoel, samen met mijn collega's, wil gaan ondernemen is het goed even stil te staan bij een aantal ontwikkelingen in het domein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

De zojuist geschetste groeiende erkenning van het feit dat werk belangrijk is voor de gezondheid en dat participatie en duurzame inzetbaarheid bevorderd moeten worden bieden voor het vakgebied mogelijkheden om zich hierbij nadrukkelijk te profileren. Datzelfde geldt voor de groeiende aandacht voor de werkomgeving als mogelijkheid tot werkgerelateerde interventies op een breder gezondheidsterrein. Tegelijkertijd zien we echter een ontwikkeling waarbij onder andere door verandering en liberalisering van de wetgeving, de eenzijdige nadruk op de verzuimbegeleiding, de introductie van de marktwerking in deze sector en de neergaande economie een aantal klassieke taken in de knel is gekomen. De investeringen in de bedrijfsgeneeskundige zorg zijn in de afgelopen 7 jaar gehalveerd.¹⁷ Het door de overheid afgeschafte vrij toegankelijk arbeidsgeneeskundige spreekuur is in de meeste bedrijven verdwenen, het preventief medisch onderzoek (PMO) dat een belangrijk instrument kan zijn om de inzetbaarheid van werkenden in kaart te brengen en preventieve interventies te bevorderen wordt nog vaak niet aangeboden (zelfs als het verplicht is) en het aantal beroepsziektemeldingen, die op hun beurt weer aanleiding zouden kunnen zijn voor beleidsmaatregelen, blijft bij de werkelijkheid achter. Het op afstand zetten van de bedrijfsarts en andere arboprofessionals, zoals sommige vormen van het zgn eigen regiemodel nastreven kan ertoe leiden dat er wildgroei aan niet-professionele dienstverlening, tekortschietende zorg en schending van de privacy van werknemers ontstaat. Mede door deze ontwikkelingen is Nederland zijn positie als gidsland op het gebied van de organisatie

van multidisciplinaire arbodiensten met een sterke verankering in de bedrijven kwijt geraakt.

Tijd voor actie, zou ik zeggen. Wat moet er naar mijn idee gebeuren?

Het traditionele concept van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde waar alleen gekeken wordt naar risico's in het werk moet verbreed worden tot een aanpak waarbij ook bevordering van gezondheid en inzetbaarheid in meer brede zin wordt vormgegeven. Deze ontwikkeling is deels al ingezet en wordt door de World Health Organization (WHO) wel de transitie van Occupational Health naar Workers' Health genoemd. De exclusieve aandacht voor verzuimbegeleiding moet plaatsmaken voor beleid waarin ook op preventie zowel van werkgebonden risico's als van algemene gezondheidsrisico's die het functioneren beïnvloeden wordt ingezet. Op het gebied van verzuimbegeleiding is ontegenzeggelijk vooruitgang geboekt. Er zijn evidence-based richtlijnen ontwikkeld, er is een wet die de belangrijkste stakeholders op hun verantwoordelijkheden wijst en er is een grotere aandacht voor mensen met chronische en psychische problemen gekomen. Maar het is ook vaak een defensieve activiteit, het bereikt slechts een klein deel van de werknemers, het biedt een wankel vertrouwenbasis en slechts voor een deel een oplossing voor het bevorderen van de participatie. Last but not least: de slechts op afroep en dan vaak te laat of te eenzijdig in te zetten arbodienstverlening moet naar mijn idee vervangen worden door bedrijfsgezondheidszorg waarin continuïteit in de relatie met werkgevers en werknemers een belangrijke plaats inneemt. 'Zorg' lijkt voor sommigen in dit vakgebied een besmet woord geworden met allerlei associaties als 'pampering' en 'passief makend'. Mijns inziens volkomen ten onrechte! Henk van Weert, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan deze Universiteit, noemde vorig jaar op deze plaats in zijn oratie de drempelloze toegankelijkheid, de poortwachterfunctie en de continuïteit in de zorgverlening de belangrijkste kenmerken voor de kwaliteit van de huisarts.¹⁸ Ik durf de stelling aan dat dit voor de Nederlandse bedrijfsarts eigenlijk ook geldt. Ter gedeeltelijke onderbouwing hiervan laat ik u een voorbeeld zien uit een al iets ouder promotieproject dat op onze afdeling door Karen Nieuwenhuijsen werd uitgevoerd.¹⁹ In dit onderzoek evalueerde zij het gebruik van de NVAB-richtlijn psychische klachten door bedrijfsartsen aan de hand van performance-indicatoren, met andere woorden: doen de bedrijfsartsen eigenlijk wel wat ze volgens de richtlijn zouden moeten doen en als ze het doen levert dat dan een beter resultaat op? Continuïteit van zorg door de bedrijfsarts bleek hierbij een belangrijke en onafhankelijke voorspeller van vroegere terugkeer naar werk te zijn. Een vergelijkbaar resultaat werd gezien in een later onderzoek dat door David Rebergen vanuit VU medisch centrum werd uitgevoerd naar de effectiviteit van dezelfde NVAB-richtlijn bij een groep politiemedewerkers.²⁰ Ook hij zag een statistisch

significant verband tussen het volgens de richtlijn aanbevolen regelmatig contact met werknemer en bedrijf en een positieve uitkomst. In een eerder onderzoek naar evaluatie van een voorloper van de richtlijn voor begeleiding van werknemers bij lage rugklachten vond op onze afdeling Willeke van der Weide hetzelfde.²¹ Kortom: werkgevers die slechts eenmalig en ook nog te laat de bedrijfsarts inschakelen doen niet alleen hun werknemers tekort maar ook zichzelf!

Wat is er nu nodig om die paradigmaverschuiving te bewerkstelligen?

Allereerst politieke wil. De overheid maar ook de politiek en de sociale partners moeten stimuleren dat mensen gezond, actief en betrokken aan het werk komen en blijven. Waar nodig moet bestaande wetgeving gehandhaafd worden en werkgevers moeten investeren in preventie. De NVAB heeft in een recente brief aan staatssecretaris de Krom van Sociale Zaken hier ook ruim aandacht voor gevraagd.²² Daarnaast is er ook wetenschappelijk onderzoek nodig dat gegevens oplevert waarmee effectieve interventies kunnen worden ingezet en ook (implementatie-)onderzoek dat de invoering van die interventies kan ondersteunen. Het van de grond komen van een (nieuw) onderzoeksprogramma rond Arbeid en Gezondheid vanuit ZonMw zou hierbij een geweldige steun in de rug kunnen betekenen. Uiteraard moet tenslotte ook het veld, arbodiensten, bedrijfsartsen en de andere arboprofessionals, hier haar eigen verantwoordelijkheid nemen en die invoering actief ondersteunen.

Dat vraagt nogal wat, dat besef ik, zeker in een tijd van een krimpende markt. Gelukkig liggen er op dit gebied al vele mooie initiatieven en hoeven we niet 'from scratch' te beginnen.

Van wetenschap naar praktijk

De leerstoel richt zich op het versterken van de wetenschappelijke basis van de beroepspraktijk, vooral die van bedrijfsartsen en het verkleinen van de kloof, die nogal eens ervaren wordt tussen arbeidsgeneeskunde als wetenschap en de bedrijfsgeneeskundige praktijk in het veld. Het feit dat deze leerstoel is ingesteld vanuit de NVAB weerspiegelt het belang dat gehecht wordt aan een verbinding tussen academie en de praktijk. Je zou kunnen zeggen: dat is een vereniging die zichzelf een wetenschappelijke beroepsvereniging noemt ook wel een beetje aan haar stand verplicht maar zo simpel ligt het natuurlijk niet. Juist in die verbinding met het veld liggen de mogelijkheden.

De kwaliteit van het handelen van de bedrijfsarts heeft het afgelopen decennium een geweldige impuls gekregen door de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen voor het handelen van de bedrijfsarts.²³ Rond 1996 nam het toen-

malige NVAB-bestuur de beslissing om te kijken of men tot ontwikkeling van evidence-based richtlijnen zou kunnen komen. Het is naar mijn mening een belangrijke beslissing voor de ontwikkeling van de beroepsgroep geweest. In 1999 publiceerde de NVAB met eigen middelen en met ondersteuning vanuit de toenmalige Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB) haar eerste evidence-based richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten'. Later werd het met forse ondersteuning vanuit de Ministeries van SZW en VWS mogelijk een professioneel bureau op te zetten. Het werd de start van een reeks richtlijnen die tot doel heeft de bedrijfsarts en anderen in het werk te ondersteunen. Dat deze aanpak vruchten heeft afgeworpen blijkt eigenlijk al uit het feit dat nu, na iets meer dan tien jaar, NVAB-richtlijnen niet meer weg te denken zijn uit de dagelijkse praktijk. Natuurlijk weten we en zien we, zowel uit onderzoek als ook uit de visitaties, dat nog lang niet iedereen ze gebruikt en op dat punt is nog heel veel werk te doen. Toch mogen we misschien ook wel eens iets meer trots zijn op onze richtlijnen. Richtlijnen zijn primair bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van zorg en het zijn de uithangborden van de kwaliteit van onze beroepsuitoefening! Het mooie ervan is ook dat de ontwikkeling ervan de werelden van de wetenschap en de praktijk fraai bij elkaar brengt. Het is immers niet alleen de aanwezige evidence die belangrijk is maar ook de context waarin de zorg moet plaatsvinden en de ervaringen van professionals en patiënten daarbij. Zonder die geweldige en bevlogen inzet van bedrijfsartsen en projectleiders uit het veld lukt het de NVAB niet dat voor elkaar te krijgen. De richtlijnen over rugklachten en psychische problemen hebben zowel binnen als buiten de beroepsgroep veel weerklank gevonden en ze zijn beide ook inmiddels herzien. Dat hoort ook zo. Richtlijnen worden niet voor de eeuwigheid opgesteld maar moeten geregeld worden getoetst en aangepast op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten of op grond van andere overwegingen. De ontwikkeling en implementatie van evidence-based richtlijnen blijft de komende jaren in het kwaliteitsbeleid van de NVAB een belangrijke plaats innemen. Daarbij gaat het niet alleen om (monodisciplinaire) richtlijnen voor bedrijfsartsen maar in toenemende mate om onze betrokkenheid bij multidisciplinaire richtlijnen.

Is dit alles nu luchtftetserij? Uiteindelijk gaat het erom of de richtlijnen in de praktijk ook gebruikt worden. Alles staat of valt met de implementatie; een begrip dat al vele jaren in zwang is bij beleidsmakers, onderzoekers en praktijkmensen maar kennelijk nog altijd niet bij de spellingcontroleurs van Word die dat ook nu nog 'vaag taalgebruik' vinden. Eigenlijk wordt er al veel implementatie in het richtlijnontwikkelingsproces verwerkt: er is ruime betrokkenheid van de doelgroep; we proberen de richtlijn zo compact mogelijk te maken en de evidence in het achtergronddocument te verwerken. We doen naast de

commentaarronde ook een praktijktest waarbij we mensen uit het veld vragen de conceptrichtlijn uit te proberen. Dit levert de eerste ervaring met de implementatie op en waardevolle informatie waarmee we de kwaliteit van de definitieve richtlijn kunnen verbeteren. Om de implementatie te bevorderen wordt door de NVAB voor elke richtlijn een pakket hulpmiddelen ontwikkeld: checklists, kennistoetsen, casuïstiek, werknemers- en werkgeversbrieven, een powerpointpresentatie over de achtergrond en de inhoud van de richtlijn. Deze hulpmiddelen zijn bij de richtlijnen op de NVAB-site te vinden en te downloaden. Ze kunnen meteen in de praktijk gebruikt worden. Daarnaast wordt onderwijskundig materiaal ontwikkeld in overleg met de opleidingen voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en is kritische reflectie op richtlijngebruik aan de hand van enkele dossiers ook een van de instrumenten van de visitatie.

Kortom: het is ook hier vooral een kwestie van blijven zagen.....

Heeft dit dan uiteindelijk effect? Daarover wordt her en der van alles geroepen maar beter is het natuurlijk daar ook systematischer onderzoek naar te doen. Een van de voorbeelden hiervoor is het al eerder genoemde onderzoek van David Rebergen naar de richtlijn psychische klachten. Hij vond dat de richtlijn kosteneffectief was en dat gemiddeld door de deelnemende bedrijfsartsen aan het onderzoek (ongetwijfeld een positieve selectie) ongeveer de helft van de aanbevelingen volgens de richtlijn werden uitgevoerd. Tja, is het glas dan half vol of half leeg? Als rasoptimist ben ik geneigd dat toch vooral als halfvol te beschouwen en het als een geweldige aansporing voor verdere verbetering te zien. Momenteel loopt er een groot onderzoek vanuit de Universiteiten van Tilburg en Groningen naar de effectiviteit van de richtlijn psychische problemen bij een grote landelijke arbodienst. Ook die resultaten kunnen ons verder helpen.

Soms moet je ook de moed hebben een richtlijn niet uit te brengen als uit een (in dit geval uitgebreide) praktijktest blijkt dat hij eigenlijk niet goed werkt. Samen met het VUmc (Lisanne Verweij is daar vorige week op gepromoveerd) heeft de NVAB een concept-richtlijn ter preventie van gewichtsstijging door het stimuleren van beweeggedrag en gezondere voeding in een RCT getest. Hoewel er wel enige positieve resultaten waren op korte termijn bleken die op de langere termijn weg te vallen.²⁴ De richtlijn zal in deze vorm dan ook niet uitgebracht worden. Wel heeft het ons bruikbare informatie opgeleverd die we ook bij de huidige praktijktest van het preventieconsult cardiometabool risico kunnen gebruiken.

Ik ben wat uitgebreider blijven stilstaan bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen, niet alleen omdat ik daar nog steeds enthousiast over ben (u hebt dat misschien al gemerkt) maar ook omdat ze een belangrijke rol spelen bij de verdere invulling van mijn leerstoel.

Speerpunten

Wat ga ik de komende jaren met vele collega's samen doen? De speerpunten in het onderzoek zijn in drie thema's samen te vatten:

Thema 1 is onderzoek naar de werkzaamheid, effectiviteit en doelmatigheid van het professioneel handelen op het gebied van werk en gezondheid.

Hierbij denken we aan onderzoek dat belangrijke bouwstenen kan leveren voor (toekomstige) richtlijnen, bijvoorbeeld evaluatie van lawaaipreventieprogramma's of omgaan met alcoholproblematiek. Ook voor bestaande richtlijnen is 'the proof of the pudding' de wetenschappelijke evaluatie van de (kosten-)effectiviteit van richtlijnen in de dagelijkse praktijk. Een mogelijkheid waarbij we hier aan denken is ischemische hartziekten. Ook het op andere wijzen bevorderen van evidence-based werken in de praktijk van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts is een belangrijk onderwerp van onderzoek.

Thema 2 is implementatieonderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij het invoeren van richtlijnen en andere instrumenten in de dagelijkse praktijk van professionals.

Belangrijk is te weten wat grote barrières voor invoering zijn maar ook wat de invoering kan bevorderen. Op dit gebied heeft Nederland een naam hoog te houden, met name door het pionierswerk van Richard Grol en 'zijn' instituut IQ Healthcare. Hiermee bestaan contacten en een aantal van de ontwikkelde en gebruikte onderzoeksmethoden en technieken zijn ook goed toepasbaar bij implementatieonderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg. Bovendien bouwt dergelijk onderzoek voort op onderzoek dat eerder op het Coronel Instituut is verricht naar het gebruik van richtlijnen in de praktijk met behulp van performance-indicatoren. Voorbeelden zijn onderzoek naar het Preventieconsult cardiometabool risico en het preventief consult in de NVAB-richtlijn 'Zwangerschap, postpartumperiode en werk, advisering en begeleiding door de bedrijfsarts'.

Thema 3 is onderzoek naar overdracht van kennis en verbetering van de kennisinfrastructuur.

In de praktijk duurt het vaak lang voordat nieuwe kennis zijn weg vindt in het werk van gezondheids- of arboprofessionals maar ook van de belangrijkste stakeholders op de werkvloer: werknemers, preventiemedewerkers en leidinggevenden of werkgevers.²⁵ Hier kunnen via onderzoek bevorderende en belemmerende factoren in beeld worden gebracht. Daarbij moet ook en meer gekeken worden naar de mogelijkheden en beperkingen van de nieuwe digitale

media als e-learning, blended learning, online kennistools, wiki's en question and answer systemen. Dit onderzoek kan deels gebruik maken van en voortbouwen op onderzoek dat onder andere door Nathalie Hugenholtz en Martijn Rhebergen met financiering van de Stichting Instituut GAK, op het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid hiernaar is verricht. Daarnaast is er wordt ervaring opgedaan met internationale ontwikkeling en evaluatie van kennisinstrumenten via organisaties als WHO, International Commission on Occupational Health (ICOH) en Emutom.

Op de speerpunten in het onderwijs ben ik nauwelijks ingegaan. Niet omdat ik die niet belangrijk vind; integendeel, maar omdat de tijd nu eenmaal dwingt keuzes te maken. Samen met de onderwijsstaf van het Coronel Instituut wordt hier verdere invulling aan gegeven waarbij ook de Academische Opleidingswerkplaats, die samen met de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) en de afdeling Sociale Geneeskunde is opgezet, nog veel uitdagingen kent. Vervelen zal ik me niet...

Dankwoord

Mevrouw de Rector, geachte toehoorders. Een dankwoord heeft een hoog afbreukrisico. Je doet altijd mensen tekort, vergeet bij het noemen van namen andere namen en je kunt voor sommige activiteiten nauwelijks woorden vinden om de ervaren steun tot uitdrukking te brengen. Toch wil ik aan het slot van mijn oratie een korte poging doen om een woord van dank uit te spreken aan een aantal mensen die zich bijzonder ingespannen hebben om deze leerstoel mogelijk te maken.

Allereerst wil ik in de personen van –nu nog– voorzitter Pieter Rodenburg en directeur Kees van Vliet de NVAB bedanken die het initiatief tot deze leerstoel nam. Pieter, het is een van je wapenfeiten waarmee je binnenkort je voorzitterschap afsluit. In het begin hebben vanuit de NVAB o.a. Leo Elders en Willem Pieter Piebenga zich voor deze leerstoel ingezet. Toen het allemaal officieel werd hebben Emmelien van Rees en vooral Theo Senden als voorzitter van het Curatorium het stokje overgenomen. Theo, ik hoop in deze functie nog een tijd met je samen te werken.

Het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam en de Raad van Bestuur van het Academisch Medisch Centrum dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen en ik hoop dat ook waar te kunnen maken. Agita Sanders en Monique Frings-Dresen dank ik voor hun actieve rollen naast Theo in het Curatorium van de leerstoel en Koos van der Velden en Frank van Dijk voor hun werk in de voorbereidingsfase.

De collega's en ex-collega's van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, inclusief de belendende percelen NCvB, PMA en KCVG, dank ik voor alle steun, kameraadschap, wijze woorden, discussies, kritische opmerkingen, cappuccino's, sportieve uitstapjes, borrels, roddels, goede en foute grappen en andere geneugten des levens die ik in al die jaren van jullie mocht ontvangen. Ik voel me er nog steeds thuis en we zijn in ieder geval de best dansende afdeling van het AMC. Ik ga ervan uit dat ik vanavond weer op jullie kan rekenen.

Een paar mensen wil ik in het bijzonder noemen:

Frank van Dijk; je kwam ooit midden in de winter op de fiets vanuit Amsterdam naar ons huis in Nijmegen waar Adé op dat moment nog in het kraambed lag. Ik vroeg je mij te waarschuwen als er een baan in de regio Haarlem-Amsterdam vrijkwam. Een paar weken later belde je op over een onderzoeksbaan bij het Coronel Laboratorium en dat werd het begin van een lange samenwerking en vriendschap. Ik heb in al die jaren veel van je geleerd en doe dat nog steeds. Hoewel het volgend jaar na je pensionering een ander karakter zal krijgen ga ik er vanuit dat we nog een tijdlang samen zullen werken.

Monique Frings-Dresen. Je hebt een tijdje geleden het stokje als hoofd van het instituut overgenomen en zit nu in een tijd waarin vele uitdagingen op je afkomen zoals dat zo mooi heet. Het zijn niet de gemakkelijkste jaren en ik bewonder je inzet en taaiheid waarmee je je erin vastbijt. Voor mij staat je deur altijd open en ik dank je voor je ondersteuning bij deze leerstoel en je improvisatie als ik weer eens een bestaande procedure een wat vrijere interpretatie heb gegeven.

Jos Verbeek. Al vele jaren mijn steun en toeverlaat. Je zit nu al vele jaren vooral in Finland maar dat voelt eigenlijk helemaal niet zo. We hebben vaak aan een half woord genoeg en we gaan nog mooie onderzoeks- en richtlijnprojecten samen doen.

Judith Sluiter. Het Kenniscentrum Medische Keuringen in de Arbeid (KMKA) begint steeds meer vorm te krijgen en het is plezierig met je daarin samen te werken. Kennelijk produceren we rond aanstellingskeuringen, verplichte medische keuringen en PMO's nu al zoveel arousal dat heel wat mensen van buiten denken dat het een heel groot centrum is. We laten ze in die waan.

Paul Smits. Al weer vele jaren werken we op die kleine kamer op het AMC maar met onze gezamenlijke al veertig jaar durende geschiedenis zouden we het zelfs nog op de helft daarvan kunnen doen maar dat zeggen we tegen niemand.

De collega's van het Kwaliteitsbureau NVAB dank ik voor alle ondersteuning en kameraadschap. We hebben in korte tijd een bureau opgezet met een

ongelooflijke inzet en drive. De NVAB is rijk met zo'n bureau. Er wordt hard gewerkt maar ook hard gelachen; voor mij de ideale combinatie. Ik dank jullie ook voor het compenseren van mijn mindere aanwezigheid door deze leerstoel. Ook het Secretariaatsbureau van de NVAB dank ik voor de jarenlange ondersteuning.

De strategische alliantie tussen de VU en het AMC is officieel even op een laag pitje gezet maar dat staat de samenwerking met mijn collega's hoogleraren Willem van Mechelen, Han Anema, Allard van der Beek en Paulien Bongers helemaal niet in de weg en zo hoort het ook. Hetzelfde geldt op iets meer afstand met Lex Burdorf en Jac van der Klink.

Mijn samenwerking met de collega's in Nijmegen is nog aan het groeien. Ik kijk er naar uit om dat met o.a. Toine Lagro-Jansen, Nathalie Donders, Koos van der Velden, Theo Senden, Joost van der Gulden en volgend jaar ook Pim Assendelft verder vorm te geven.

De vele collega's, zowel binnen als buiten de NVAB, die zich met aanstekelijk enthousiasme en belangeloos inzetten bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen ben ik veel dank verschuldigd. Ik hoop daar nog lang mee door te gaan.

Onderzoek doen is teamwerk en publiceren ook. In de woordwolk in Figuur 1 zitten de namen van alle co-auteurs waarmee ik in de afgelopen jaren in internationale en nationale peer-reviewed tijdschriften heb gepubliceerd. Hoe groter hoe meer gezamenlijke publicaties. Ik wil iedereen bedanken, ook diegenen (en dat zijn er heel wat) waar ik mee samengewerkt heb zonder dat die in deze wolk terug te vinden zijn en die mij in mijn ontwikkeling gestimuleerd hebben.



Figuur 1 *Woordwolk mede-auteurs*

Tenslotte mijn familie:

Het is jammer dat mijn ouders hier niet meer bij kunnen zijn. Ze zijn in het begin van het jaar binnen vijf dagen na elkaar overleden. Ze hebben me altijd gestimuleerd en hebben gelukkig nog wel meegemaakt dat ik benoemd werd. Samen met mijn beide zussen en broer en alle kleinkinderen ben ik dankbaar dat we ze zo lang in ons midden hebben gehad.

Lieve Janneke, Lies en Meike. Jullie zijn uitgegroeid tot prachtige mensen en ik geniet ervan om te zien hoe jullie je eigen weg aan het zoeken en vinden zijn. In mijn proefschrift zei ik over jullie ‘never a dull moment’ en dat is gelukkig niet veranderd.

Lieve Adé. Wat zou ik zonder jou moeten beginnen? Je bent de vrouw van mijn leven en met jou wil ik nog heel lang blijven zagen.

Ik dank u allen voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Bertrand Russell. *In Praise of Idleness and Other Essays*. New York: Norton, 1935 (voor tekst essay: <http://www.zpub.com/notes/idle.html>)
2. Tijmes P. Vita activa: arbeid, werk en handelen. *Filosofie Magazine* 1999; nr 8 (<http://www.filosofiemagazine.nl/nl/artikel/4091/vita-activa-arbeid-werk-en-handelen.html>)
3. <http://www.stoomzagerij.nl/>
4. Waddell G., Burton A.K. *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office, 2006
5. Black C. *Working for a healthier tomorrow*. London: The Stationery Office, 2008.
6. Schuring M, Robroek SJ, Otten FW, Arts CH, Burdorf A. The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. *Scand J Work Environ Health* 2012 Sep 7. pii: 3321. doi: 10.5271/sjweh.3321. [Epub ahead of print]
7. Butterworth P, Leach LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occup Environ Med* 2011;68(11):806-12.
8. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. *Beroepsziekten in cijfers 2012*. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC, 2012
9. Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Pentti J, Melchior M et al. Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ* 2010 Nov 23;341:c6149. doi: 10.1136/bmj.c6149
10. Sjösten N, Nabi H, Westerlund H, Singh-Manoux A, Dartigues JF, Goldberg M et al. Influence of retirement and work stress on headache prevalence: a longitudinal modelling study from the GAZEL Cohort Study. *Cephalalgia* 2011;31(6):696-705
11. De Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MH, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(2):CD007569. Review
12. Van Zanten-Przybysz I, de Boer AG, Maes L, Rosenbrand K (red.) *Blauwdruk Kanker en Werk*. Utrecht: NVAB, 2009
13. Ferrell BR, Grant MM, Funk B et al. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology* 1997; 6:13-23
14. Healthcare Professionals' Consensus Statement (2008). <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-healthcare-professionals-consensus-statement-04-03-2008.pdf>
15. Gezondheidsraad. *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: Gezondheidsraad publicatie nr 2005/10, 2005
16. De Boer WEL, Hulshof CTJ, Stadlander MC, Sterk AHJM. *Blauwdruk 'Participeren in richtlijnen. Leidraad voor het opnemen van participeren en functioneren in werk in richtlijnen'*. Utrecht: VGI, NVAB, CBO, 2010
17. <http://bgmagazine.nl/content/onderzoek-arbodienstverlening-2011-opmars-eigen-regie-zet-door-samenvatting>

18. van Weert HCPM. *De wetenschap van de huisarts*. Oratie. Amsterdam: Vossiuspers UvA, 2011
19. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003;60 Suppl 1:i21-5.
20. Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bos CM, van der Beek AJ, van Mechelen W. Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems—process evaluation of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2010;36(6):488-98
21. Van der Weide WE, Verbeek JH, Van Dijk FJ. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occup Environ Med* 1999;56:488-93
22. <http://nvab.artsennet.nl/Nieuws/NVAB-stuurt-vijf-aanbevelingen-aan-de-staatssecretaris-van-SZW.htm>
23. Hulshof CTJ. *Introductie NVAB-richtlijnen*. Utrecht: NVAB, 2009
24. Verweij LM, Proper KI, Weel ANH, Hulshof CTJ, van Mechelen W. Long-term effects of an occupational health guideline on employees' body weight-related outcomes, CVD risk factors and quality of life: results from an RCT. *Submitted*
25. Van Dijk FJH, Verbeek JH, Hoving JL, Hulshof CTJ. A knowledge infrastructure for Occupational Safety and Health *J Occup Environ Med* 2010;52(12):1262-8