

ACHTERGRONDDOCUMENT

BIJ DE RICHTLIJN

ISCHEMISCHE HARTZIEKTEN

voor het handelen van de bedrijfsarts bij werkhervatting na een ischemische hartziekte

2020



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

Colofon

© NVAB 2020

Uitgave NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2040620

E nvab@nvab-online.nl

W www.nvab-online.nl

Autorisatie NVAB 21 juli 2020

Auteurs Mevr Dr M. (Margriet) Bouma, huisarts n.p. en senior wetenschappelijk medewerker (NHG)
Dhr Dr J. (Jaap) van Dijk, bedrijfsarts en klinisch arbeidsgeneeskundige cardiologie (NVAB)
Mevr C. (Chris) Kant, bedrijfsarts (NVAB)
Mevr A. (Arienne) Lindhout, bedrijfsarts (NVAB)
Dhr J. (Jan) Siebers, bedrijfsarts en klinisch arbeidsgeneeskundige cardiologie (NVAB)
Dhr Dr H. (Henk) van Exel, cardioloog (NVVC)
Mevr Dr I.M. (Iris) Wichers, huisarts en wetenschappelijk medewerker (NHG)

Eindredactie Mevr F (Fijtje) Koets, redacteur

INHOUD

4	1 SAMENSTELLING WERKGROEP
4	
4	2 INLEIDING
6	2.1 Doel van de richtlijn
6	2.2 Afbakening van het onderwerp
6	2.3 Werkwijze
6	2.4 Gebruikers van de richtlijn
6	2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties
6	2.6 Betrokkenheid patiëntvertegenwoordigers
6	2.7 Presentatie
7	2.8 Implementatie
7	2.9 Juridische status van richtlijnen
7	2.10 Belangenverstrengeling
8	2.11 Financiering
8	
8	3 METHODEN
8	
9	3.1 Ontwikkelproces
9	3.2 Commentaar- en autorisatie fase
9	3.3 Evaluatie en actualisering
9	
9	4 ZOEKSTRATEGIE EN SELECTIECRITERIA PER UITGANGSVRAAG
9	
10	4.1 Risicofactoren voor niet-optimale werkhervatting (noot 4)
10	4.2 Werkgerelateerde risicofactoren voor een recidief van ischemische hartziekte (noot 5)
11	4.3 Parameters voor veiligheid bij werkhervatting (noot 14)
11	4.4 Bedrijfsgeneeskundige interventies en voorkomen recidief bij ischemische hartziekten (noot 20)
12	4.5 Bedrijfsgeneeskundige interventies voor werkhervatting bij werkenden met ischemische hartziekten (noot 19)
13	
13	LITERATUUR
13	
14	BIJLAGEN
17	1 Referenten commentaarfase
19	2 Uitgangsvragen en zoekstrategieën
20	
21	
22	
23	
24	
25	
27	

1 SAMENSTELLING WERKGROEP

WERKGROEPLID	AFFILIATIE/INSTELLING
--------------	-----------------------

Dr Jaap van Dijk	<i>Bedrijfsarts en klinisch arbeidsgeneeskundige cardiologie (contactpersoon)</i>
Chris Kant	<i>Zelfstandig bedrijfsarts, Doc at Work BV, Amsterdam</i>
Ariane Lindhout	<i>Zelfstandig bedrijfsarts, Ariane Lindhout bedrijfsgeneeskunde, Zeist</i>
Jan Siebers	<i>Bedrijfsarts en klinisch arbeidsgeneeskundige cardiologie</i>
Dr Henk van Exel	<i>Cardioloog, hoofd afdeling Hartrevalidatie Rijnlands Revalidatie Centrum</i>

De werkgroep is ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Iris Wichers, wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Margriet Bouma, senior wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Lian Hielkema, medisch-informatiespecialist
- Lies Jansen, secretaresse

De kerngroep deed het voorbereidende werk aan de hand van het projectplan en bereidde de *invitational conference* voor. Tevens leverde zij de epidemiologische en praktische uitwerking van het project (met name literatuursearch, beoordeling van de literatuur, opstellen evidence rapport en conceptrichtlijn, en het uitvoeren van de externe commentaarronde).

2 INLEIDING

2.1 DOEL VAN DE RICHTLIJN

Richtlijnen voor arbeid en gezondheid hebben tot doel om de bescherming en bevordering van gezondheid, veiligheid en welzijn voor de werkende te verbeteren. Het doel van de NVAB-richtlijn Ischemische hartziekten is om de bedrijfsarts handvatten te geven:

- voor de probleemoriëntatie van een werkende na een doorgemaakte ischemische hartziekte
- om interventies te bieden voor optimale werkhervatting
- om een recidief van hart-vaatziekte te voorkomen

2.2 AFBAKENING VAN HET ONDERWERP

Buiten het bestek van deze richtlijn valt de primaire preventie van ischemische hartziekten op de werkvloer. Onder ischemische hartziekten wordt niet verstaan: hartfalen, atriumfibrilleren en cardiomyopathie.

2.3 WERKWIJZE

De ontwikkeling van de richtlijn is gestart in juni 2018. In 7 werkgroepvergaderingen heeft de werkgroep een conceptringlijijn opgesteld. Het bewijs is systematisch samengevat door de betrokken NHG-medewerkers (Iris Wichers en Margriet Bouma) en de werkgroepleden hebben de conceptaanbevelingen voorbereid ter bespreking tijdens de vergaderingen. De vergaderingen zijn geleid door de NHG-medewerkers (Iris Wichers en Margriet Bouma) zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

2.4 GEBRUIKERS VAN DE RICHTLIJN

Deze richtlijn is primair bedoeld voor bedrijfsartsen.

2.5 BETROKKENHEID BEROEPSORGANISATIES

Henk van Exel, cardioloog, was namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie betrokken bij het opstellen van de conceptringlijijn.

2.6 BETROKKENHEID PATIËNTEREGENWOORDIGERS

Inge van de Broek van de Harteraad en lid van het LMDOH (Landelijk Multidisciplinair Overleg Hartrevalidatie) was betrokken bij het ontwikkelen van de conceptrichtlijn en gaf schriftelijk commentaar.

2.7 PRESENTATIE

Deze versie van de richtlijn is een inhoudelijke herziening van de tekst van de vorige richtlijn. In deze richtlijn is uitgegaan van uitgangsvragen die aan het begin van het traject zijn vastgesteld door de werkgroep. De uitkomsten van het literatuuronderzoek en de vertaling daarvan naar aanbevelingen voor de praktijk zijn zichtbaar gemaakt door een modulaire presentatie.

2.8 IMPLEMENTATIE

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

2.9 JURIDISCHE STATUS VAN RICHTLIJNEN

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidentie en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'.

Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden [Hulshof 2009].

2.10 BELANGENVERSTRENGELING

Alle leden van de kern- en projectgroep hebben een belangenverklaring ingevuld behorend bij de [Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling](#). Op basis van de ingevulde belangenverklaringen is door het Kwaliteitsbureau NVAB vastgesteld dat er bij geen leden van de kerngroep en projectgroep belemmeringen zijn voor deelname aan de commissie.

2.11 FINANCIERING

Het ontwikkelen van deze richtlijn kon worden gerealiseerd dankzij financiële steun van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Als subsidieverstrekker heeft SZW geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

3 METHODEN

3.1 ONTWIKKELPROCES

UITGANGSVRAGEN OPSTELLEN

Op basis van de knelpunten die de werkgroepleden hebben ingebracht zijn uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (patiënt, intervention, control, outcome). Bij elke uitgangsvraag is een inhoudelijk expert vanuit de werkgroep aangewezen. Aan het begin van het richtlijntraject is per uitgangsvraag de patiënt-relevante uitkomstmaten vastgesteld.

ZOEKSTRATEGIE EN SELECTIE VAN LITERATUUR

Voor elke uitgangsvraag is een literatuursearch uitgevoerd door een literatuurspecialist van het NHG. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR's) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. De kwaliteit van de SR's of van de evidence-samenvattingen die onderdeel uitmaakte van een richtlijn is beoordeeld met A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR-criteria: https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php), alleen SR's met een score van > 8 punten (op een schaal van 0-11 punten) zijn gebruikt. Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR is gevonden, is een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Het NHG heeft een nieuwe zoekactie uitgevoerd naar primaire onderzoeken indien er geen geschikte SR's waren gevonden. De gevonden literatuur is door een werkgroeplid gescreend op basis van titel en abstract. De meest relevante literatuur is geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd. Zie hoofdstuk 4 voor een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak per uitgangsvraag en een specifieke beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag.

BEOORDELING EN GRADERING VAN HET WETENSCHAPPELIJKE BEWIJS

Het beoordelen en graderen van het bewijs heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. GRADE beoordeelt de zogenoemde body of evidence: de verzameling van alle gevonden onderzoeken die per uitkomstmaat worden beoordeeld. De onderverdeling van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs kent vier niveaus: hoog, matig, laag of zeer laag (zie tabel 1). Een hoge kwaliteit wil zeggen dat het geschatte en het werkelijke effect zeer dicht bij elkaar liggen. Naarmate de kwaliteit van bewijs lager is, neemt de onzekerheid daarover toe. Voor geen van de uitgangsvragen is een GRADE-profiel opgesteld. Zie de handleiding 'Ontwikkelen van NHG-Standaarden' voor een uitvoeriger beschrijving van het beoordelen en graderen van het wetenschappelijke bewijs. Bij het beoordelen van het verschil in effectiviteit tussen interventies is gelet op het bestaan van klinisch relevant verschillen tussen interventies.

Tabel 1 Definitie kwaliteit van bewijs

KWALITEIT	INTERPRETATIE
Hoog	Het werkelijk effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Redelijk	Het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
Zeer laag	Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.

DOELMATIGHEID

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteit- of budgetimpactanalyses uitgevoerd.

SYNTHESE VAN BEWIJS EN OPSTELLEN VAN AANBEVELINGEN

De literatuur is door een wetenschappelijk medewerker van het NHG (IW) samengevat en beoordeeld, vervolgens is in samenwerking met een inhoudelijk deskundig werkgroep lid een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur zijn getrokken, vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Het verantwoordelijke werkgroep lid deed daarvoor een voorzet, die tijdens de werkgroepvergadering is besproken. Op basis van discussies binnen de werkgroep zijn vervolgens aanpassingen uitgevoerd. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van (informele) consensus binnen de werkgroep.

3.2 COMMENTAAR- EN AUTORISATIEFASE

In juli en augustus 2019 is de ontwerpstandaard voor commentaar verzonden naar praktiserende bedrijfsartsen, cardiologen en onderzoekers (zie [bijlage 1 Referenten commentaarfase](#)).

Daarna is de richtlijn voor bestuurlijke goedkeuring voorgelegd en gepubliceerd. De richtlijn is beoordeeld en goedgekeurd door de volgende leden van de autorisatiecommissie: Monique van Beukering, Peter Coffeng, Bertus Robeer, Arthur Sterk, Carel Hulshof en Teddy Oosterhuis.

3.3 EVALUATIE EN ACTUALISERING

Binnen de financiering door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) zijn geen middelen gereserveerd voor de evaluatie noch voor de actualisatie van de richtlijn maar de actualiteit van gepubliceerde richtlijnen moet wel bewaakt worden. Er kan nieuwe evidence beschikbaar komen, ook de context van de te leveren zorg kan essentiële wijzigingen ondergaan die verandering van een richtlijn noodzakelijk maken. Ook commentaar van gebruikers van de richtlijn op onderdelen kan aanleiding zijn tot of meegenomen worden bij herziening van richtlijnen. Daarnaast kunnen ook gegevens uit de visitatie aanleiding geven om in de toekomst bepaalde passages of aanbevelingen uit richtlijnen aan te passen. De auteurs van de richtlijn doen daarom de aanbeveling om de richtlijn te herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten; als er sprake is van een nieuw knelpunt of aandachtsgebied; of na maximaal 5 jaar [Hulshof, 2019]. De beroepsvereniging NVAB is verantwoordelijk voor de initiërende activiteiten ten behoeve van een actualiseringstraject.

4 ORIËNTATIE OP SITUATIE EN DIAGNOSE

INLEIDING

De oriëntatie op de situatie en diagnose vinden plaats via de anamnese met de werkende. De afgelopen jaren is de visie op gezondheid en psychische gezondheid gekanteld en zijn er andere inzichten waarop een effectieve begeleiding zich moet richten. Positieve gezondheid en de capability-benadering zijn expliciet onderdeel van de missie en visie van de NVAB. Het accent van de begeleiding verschuift van aandacht voor het verleden naar aandacht voor de toekomst. De nadruk bij de ondersteuning ligt niet op wat er fout is gegaan, maar op wat er moet gebeuren. Zo kunnen werkende en leidinggevende weer een werkomgeving creëren waarin belangrijke doelen en waarden kunnen worden gerealiseerd en daarmee gezondheid in de volle breedte.

Dit hoofdstuk behandelt de werkwijze bij de oriëntatie op de situatie en diagnose en baseert zich op:

- 1 De multidisciplinaire richtlijn Overspanning & burn-out (LVE NHG NVAB, 2011), de daarop gebaseerde Zorgstandaard Aanpassingsstoornis, inclusief Overspanning en burn-out (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017a) en de NHG-Standaard Overspanning & burn-out (2018).

- 2 De beantwoording van de uitgangsvragen 1 en 2.

- Uitgangsvraag 1: Wat zijn de beperkingen in het werkfunctioneren bij werkenden met overspanning of burn-out?

- Uitgangsvraag 2: Hoe kan het niveau van functioneren vastgesteld worden?

Voor de beantwoording van deze vragen zijn de bevindingen gebruikt uit de literatuursearch van Rongen et al. (2015), uit de actualisering van deze literatuursearch over de periode 2015-2017, en uit de aanvullende literatuursearch naar literatuur over common mental disorders.

- 3 Overige overwegingen (zoals positieve gezondheid, de capability-benadering, patiëntparticipatie, en shared decision making).

4.1

WERKWIJZE BIJ ORIËNTATIE OP SITUATIE

De procesdiagnose wordt gevolgd door en overlapt deels met een oriëntatie op de situatie. De situatie wordt met de werkende en de werkomgeving in kaart gebracht door te achterhalen wat betrokkene in het werk wil bereiken en wat daarvoor nodig is. Hoe heeft het niet kunnen realiseren van doelen en waarden geleid tot het verlies van grip en controle?

4 ZOEKSTRATEGIE EN SELECTIECRITERIA PER UITGANGSVRAAG

In dit hoofdstuk wordt per uitgangsvraag een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak voor de beantwoording gegeven waaronder een beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag.

4.1 RISICOFACTOREN VOOR NIET-OPTIMALE WERKHERVATTING (NOOT 4)

Er is een systematische search uitgevoerd naar risicofactoren voor vertraagde werkhervatting (zie bijlage 2). Er is een systematische review (SR) gevonden, die bruikbaar was voor beantwoording van de uitgangsvraag [O'Neil, 2010]. Voorwaarde voor inclusie in deze SR was het meenemen van depressie naast andere risicofactoren voor vertraagde werkhervatting (psychische, sociale, klinische en demografische risicofactoren). Aanvullend literatuuronderzoek na de onderzoeksdatum van deze review (tot juli 2009) resulteerde in de selectie van 13 artikelen. Alleen gecorrigeerde data zijn besproken en zijn meegenomen in deze analyse.

4.2 WERKGERELATEERDE RISICOFACTOREN VOOR EEN RECIDIEF VAN ISCHEMISCHE HARTZIEKTE (NOOT 5)

Er is een systematische search uitgevoerd naar werkgerelateerde risicofactoren voor een recidief van ischemische hartziekte (zie bijlage 2). In totaal zijn er 30 onderzoeken gevonden, waarvan er 6 bruikbaar waren voor beantwoording van de uitgangsvraag. Eén van de onderzoeken betrof een systematische review, die vier van de gevonden onderzoeken had opgenomen, alle onderzochten psychische werkbelasting [Li, 2015]. Het laatste onderzoek was opgezet om fysieke werkbelasting te onderzoeken [Barger, 2017].

4.3 PARAMETERS VOOR VEILIGHEID BIJ WERKHERVATTING (NOOT 14)

Er is een systematische search uitgevoerd naar parameters en/of criteria voor het bepalen van de belastbaarheid bij werkhervatting (zie bijlage 2). Vanwege de schaarse literaturopbrengst zijn er geen specifieke selectiecriteria gehanteerd.

4.4 BEDRIJFGENEESKUNDIGE INTERVENTIES EN VOORKOMEN RECIDIEF BIJ ISCHEMISCHE HARTZIEKTEN (NOOT 20)

Er is een systematische search uitgevoerd naar bedrijfsgeneeskundige interventies om recidief van ischemische hartziekten te voorkomen (zie bijlage 2). Er zijn geen onderzoeken naar specifiek bedrijfsgeneeskundige interventies gevonden. De zoekactie leverde wel drie systematische reviews van goede kwaliteit (11-13 punten op AMSTAR-2) op naar het effect van fysieke hartrevalidatie, patiënt educatie/onderwijs en psychologische interventies op het voorkomen van recidieven bij coronaire hartziekten [Anderson 2016; Anderson 2017; Richards 2017].

4.5 BEDRIJFGENEESKUNDIGE INTERVENTIES VOOR WERKHERVATTING BIJ WERKENDEN MET ISCHEMISCHE HARTZIEKTEN (NOOT 19)

Er is een systematische search uitgevoerd naar baden bij een bacteriële huidinfectie (zie [bijlage 2](#)). De zoekactie leverde een systematische review op naar het effect van psychosociale en beroepsmatige (*vocational*) interventies gestart in de eerste drie maanden na een acuut myocardinfarct (MI) op werkhervatting na 3, 6 en 12 maanden [O'Brien 2018] en een systematische review naar het effect van ontspanningstherapie op revalidatie en preventie van ischemische hartziekten [van Dixhoorn 2005]. Beide reviews zijn van redelijke kwaliteit (respectievelijk 8 en 7 punten op AMSTAR-2: er mist geen cruciale methode-informatie). Daarnaast is vanuit de werkgroep een Cochrane review aangedragen over fysieke en gecombineerde interventies [Hegewald 2019].

Daarnaast is vanuit de werkgroep een Cochrane review aangedragen m.b.t. fysieke en gecombineerde interventies [Hegewald, 2019].

LITERATUUR

Hulshof CTJ. Introductie NVAB-richtlijnen. Utrecht: Kwaliteitsbureau NVAB, 2009.
Beschikbaar via: https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/introductie_nvab-richtlijnen.pdf.

Hulshof C, Oosterhuis T. Herziening van NVAB-richtlijnen, een beleidsnotitie. Utrecht: NVAB, 2019. Beschikbaar via: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Herziening_van_NVAB-richtlijnen_een_beleidsnotitie_januari_2019.pdf.

ACHTERGRONDDOCUMENT
BIJ DE RICHTLIJN ISCHEMISCHE HARTZIEKTEN

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

REFERENTEN COMMENTAARFASE

De volgende referenten hebben commentaar geleverd op de concepttekst van de richtlijn en het achtergronddocument.

NAAM	FUNCTIE
prof.dr. A.E. de Rijk	<i>hoogleraar Arbeid en Gezondheid Universiteit Maastricht vakgroep geneeskunde</i>
dr. H.M.C. Kemps	<i>cardioloog Maxima Medisch Centrum Eindhoven (namens NVVC)</i>
dr. M.A. Sluman	<i>cardioloog Jeroen Bosch Ziekenhuis</i>
B.E. Colkesen	<i>cardioloog Anthoniusziekenhuis Nieuwegein en Amsterdam UMC Coronel Instituut voor arbeid en gezondheid</i>
J.F. Badloe	<i>bedrijfsarts</i>
E. Kramer, bedrijfsarts	<i>bedrijfsarts</i>
NN	<i>bedrijfsarts</i>
dr. T. Oosterhuis	<i>richtlijnmethodoloog NVAB</i>

BIJLAGE 2

UITGANGSVRAGEN EN UITKOMSTMATEN

Uitgangsvragen

Onderwerp	Uitgangsvraag		Cruciale uitkomstmaten (O)	
Etiologie	1	Noot 4	Wat zijn onafhankelijke risicofactoren voor niet-optimale werkhervatting bij werkenden met een ischemische hartziekte?	Werkhervatting
	2	Noot 5	Wat zijn werkgerelateerde risicofactoren voor een recidief bij werkenden met een ischemische hartziekte?	Recidief van ischemische hartziekte, sterfte
Diagnostiek	3	Noot 14	Welke parameters en/of criteria zijn bruikbaar voor het bepalen van de veilige grenzen van werkhervatting bij patiënten na een ischemische hartziekte?	Recidief van ischemische hartziekte, ischemie bij inspanningsecg of stresstest, ritmestoornissen, sterfte, werkgerelateerde ongelukken (o.a. verkeersongelukken)
Beleid	4	Noot 20	Wat is het effect van (bedrijfsgeneeskundige) interventies bij werkenden met ischemische hartziekten op het voorkomen van een recidief en sterfte?	Recidief van ischemische hartziekte, sterfte
	5	Noot 19	Wat is het effect van (bedrijfsgeneeskundige) interventies bij werkenden met ischemische hartziekten op werkhervatting?	Werkhervatting

Zoekstrategieën

Zoekdatum	Database	Zoektermen
Uitgangsvraag 1 Risicofactoren niet-optimale werkhervatting		
14 juni 2018	PubMed	(myocardial ischemia[mh] OR myocardial ischemia[tiab] OR coronary artery disease[tiab] OR coronary heart disease[tiab] OR ischemic heart disease[tiab] OR angina pectoris[tiab] OR myocardial infarction[tiab] OR percutaneous coronary intervention[tiab] OR coronary artery stent*[tiab] OR coronary artery bypass[tiab] OR CABG[tiab] OR coronary angioplasty[tiab] OR bypass operation[tiab] OR STEMI[tiab] OR non-STEMI[tiab]) AND (return to work[mh] OR return to work[tiab] OR return[ti] OR resumption[tiab] OR returning[ti] OR non-return[tiab] OR vocational rehabilitation[tiab]) AND (predictor*[tiab] OR factor*[tiab] OR risk[tiab]) AND (cohort studies[mh] OR cohort[tiab] OR follow-up[tiab] OR observational study[pt] OR observational[tiab] OR research support, non-U.S. Gov't[pt])
Uitgangsvraag 2 Werkgerelateerde risicofactoren recidief van ischemische hartziekte		
14 juni 2018	PubMed	(myocardial ischemia[mh] OR myocardial ischemia[tiab] OR coronary artery disease[tiab] OR coronary heart disease[tiab] OR ischemic heart disease[tiab] OR angina pectoris[tiab] OR myocardial infarction[tiab] OR percutaneous coronary intervention[tiab] OR coronary artery stent*[tiab] OR coronary artery bypass[tiab] OR CABG[tiab] OR coronary angioplasty[tiab] OR bypass operation[tiab] OR STEMI[tiab] OR non-STEMI[tiab]) AND (workload[mh] OR workload[tiab] OR work-load[tiab] OR employment/psychology[mh] OR teamwork[tiab] OR job strain[tiab] OR shiftwork[tiab] OR shift-work[tiab] OR job insecurity[tiab] OR job satisfaction[mh] OR job satisfaction[tiab] OR job dissatisfaction[tiab] OR job characteristics[mh] OR job characteristics[tiab] OR job security[tiab] OR employer-employee relation[mh] OR quality of working life[mh] OR stress, occupational[mh] OR occupational stress[tiab] OR work environment[mh] OR work environment[tiab] OR shift work schedule[mh] OR air pollutants, occupational[mh] OR occupational exposure[mh] OR occupational exposure[tiab] OR occupational hazards[tiab] OR occupational safety[tiab]) AND (recurr*[tiab] AND (predictor*[tiab] OR factor*[tiab] OR risk[tiab]) AND (cohort studies[mh] OR cohort[tiab] OR follow-up[tiab] OR observational study[pt] OR observational[tiab] OR research support, non-U.S. Gov't[pt])

Zoekdatum	Database	Zoektermen
Uitgangsvraag 3 Parameters veiligheid werkhervatting		
18 juni 2018	PubMed	(myocardial ischemia[mh] OR myocardial ischemia[tiab] OR coronary artery disease[tiab] OR coronary heart disease[tiab] OR ischemic heart disease[tiab] OR angina pectoris[tiab] OR myocardial infarction[tiab] OR percutaneous coronary intervention[tiab] OR coronary artery stent*[tiab] OR coronary artery bypass[tiab] OR CABG[tiab] OR coronary angioplasty[tiab] OR bypass operation[tiab] OR STEMI[tiab] OR non-STEMI[tiab]) AND (workload[tiab] OR work-load[tiab]) AND (predictor*[tiab] OR factor*[tiab] OR risk[tiab] OR indicator*[tiab] OR parameter*[tiab] OR safe[tiab] OR safety[tiab]) AND (cohort studies[mh] OR cohort[tiab] OR follow-up[tiab] OR observational study[pt] OR observational[tiab] OR research support, non-U.S. Gov't[pt])
Uitgangsvraag 5 Bedrijfsgeneeskundige interventies ter voorkoming niet-optimale werkhervatting		
19 juni 2018	PubMed	(myocardial ischemia[mh] OR myocardial ischemia[tiab] OR coronary artery disease[tiab] OR coronary heart disease[tiab] OR ischemic heart disease[tiab] OR angina pectoris[tiab] OR myocardial infarction[tiab] OR percutaneous coronary intervention[tiab] OR coronary artery stent*[tiab] OR coronary artery bypass[tiab] OR CABG[tiab] OR coronary angioplasty[tiab] OR bypass operation[tiab] OR STEMI[tiab] OR non-STEMI[tiab]) AND (workload[mh] OR workload[tiab] OR work-load[tiab] OR employment/psychology[mh] OR teamwork[tiab] OR job strain[tiab] OR shiftwork[tiab] OR shift-work[tiab] OR job insecurity[tiab] OR job satisfaction[mh] OR job satisfaction[tiab] OR job unsatisfaction[tiab] OR job characteristics[mh] OR job characteristics[tiab] OR job security[tiab] OR employer-employee relation[mh] OR quality of working life[mh] OR stress, occupational[mh] OR occupational stress[tiab] OR work environment[mh] OR work environment[tiab] OR shift work schedule[mh] OR air pollutants, occupational[mh] OR occupational exposure[mh] OR occupational exposure[tiab] OR occupational hazards[tiab] OR occupational safety[tiab]) AND (recurr*[tiab]) AND (predictor*[tiab] OR factor*[tiab] OR risk[tiab]) AND (cohort studies[mh] OR cohort[tiab] OR follow-up[tiab] OR observational study[pt] OR observational[tiab] OR research support, non-U.S. Gov't[pt])
Uitgangsvraag 3 Parameters veiligheid werkhervatting		
18 juni 2018	PubMed	(myocardial ischemia[mh] OR myocardial ischemia[tiab] OR coronary artery disease[tiab] OR coronary heart disease[tiab] OR ischemic heart disease[tiab] OR angina pectoris[tiab] OR myocardial infarction[tiab] OR percutaneous coronary intervention[tiab] OR coronary artery stent*[tiab] OR coronary artery bypass[tiab] OR CABG[tiab] OR coronary angioplasty[tiab] OR bypass operation[tiab] OR STEMI[tiab] OR non-STEMI[tiab]) AND (return to work[mh] OR return-to-work[tiab] OR resumption[tiab] OR returning[ti] OR non-return[tiab] OR vocational rehabilitation[tiab]) AND (intervention*[tiab] OR education[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR meta-analysis[pt] OR systematic[sb] OR systematic review[tiab] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR cohort studies[mh] OR cohort[tiab] OR follow-up[tiab] OR observational study[pt] OR observational[tiab] OR research support, non-U.S. Gov't[pt])