

## University of Groningen

### Begeleiding door de bedrijfsarts

Sorgdrager, Bas; Geelen, Charlotte; Schriemer, Arnold

*Published in:*  
Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde

*DOI:*  
[10.1007/s12498-020-1288-8](https://doi.org/10.1007/s12498-020-1288-8)

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2021

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*  
Sorgdrager, B., Geelen, C., & Schriemer, A. (2021). Begeleiding door de bedrijfsarts. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 29(1-2), 64-68. <https://doi.org/10.1007/s12498-020-1288-8>

#### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

#### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

## NVAB-richtlijn Slechthorendheid en tinnitus

# Begeleiding door de bedrijfsarts

Bas Sorgdrager, Charlotte Geelen, Arnold Schriemer

Slechthorendheid en tinnitus zijn veel voorkomende hoorproblemen. Werkenden met slechthorendheid en/of tinnitus hebben meer last van vermoeidheid na het werk en zijn vaker ziek of afwezig in verband met stressgerelateerde klachten. Een slechthorende heeft problemen in werksituaties die rumoerig, onrustig, onoverzichtelijk en onvoorspelbaar zijn. Werkenden met tinnitus hebben deze problemen ook omdat tinnitus vaak gepaard gaat met slechthorendheid en hyperacusis.

De NVAB-richtlijn *Slechthorendheid en tinnitus* geeft de bedrijfsarts aanbevelingen voor de probleemoriëntatie, de diagnostiek en het beleid bij werkenden met slechthorendheid en/of tinnitus. Het doel is de werkende zo goed mogelijk te laten functioneren en participeren op het werk. Het belangrijkste doel daarbij is behoud van werk. De richtlijn sluit aan bij de NHG-Standaard *Slechthorendheid 2014*, de KNO-richtlijn *Perceptieve slechthorendheid 2016*, de KNO-richtlijn *Tinnitus 2016* en de NOAH *Veldnorm 2013*. Er is weinig wetenschappelijk bewijs voor effectieve interventies. Interventies zijn dan ook opgesteld op basis van ervaringen en consensus in de werkgroep.

### Achtergrond

De richtlijn is opgesteld in nauwe samenwerking met het NHG. Het presenteren van achtergrondinformatie in de vorm van noten waarop de lezer kan doorklikken is van de NHG overgenomen. Bestudering geeft nader inzicht in functioneringsproblemen bij slechthorendheid en tinnitus en geeft handvatten voor het opstellen van een probleemanalyse en interventies, waaronder verwijzing naar Audiologische Centra. Functioneringsproblemen hebben te maken met communicatie, vermoeidheid, psychosociale klachten en mogelijke gevolgen zoals arbeidsverzuim, conflicten en veiligheidsrisico's.

### Communicatie en verstaan in rumoer

Werken in rumoer of omgevingslawaai kan voor slechthorenden hinderlijk zijn voor optimaal concentreren en

communiceren, ook omdat zij vaak problemen hebben met het lokaliseren van geluiden (richting horen). Het verstaan en lokaliseren, vooral in combinatie met achtergrondrumoer, kost met het toenemen van de leeftijd vanwege het gehoorverlies steeds meer energie. In diverse bedrijfssectoren hebben ouderen daardoor moeite zich staande te houden.

### Vermoeidheid

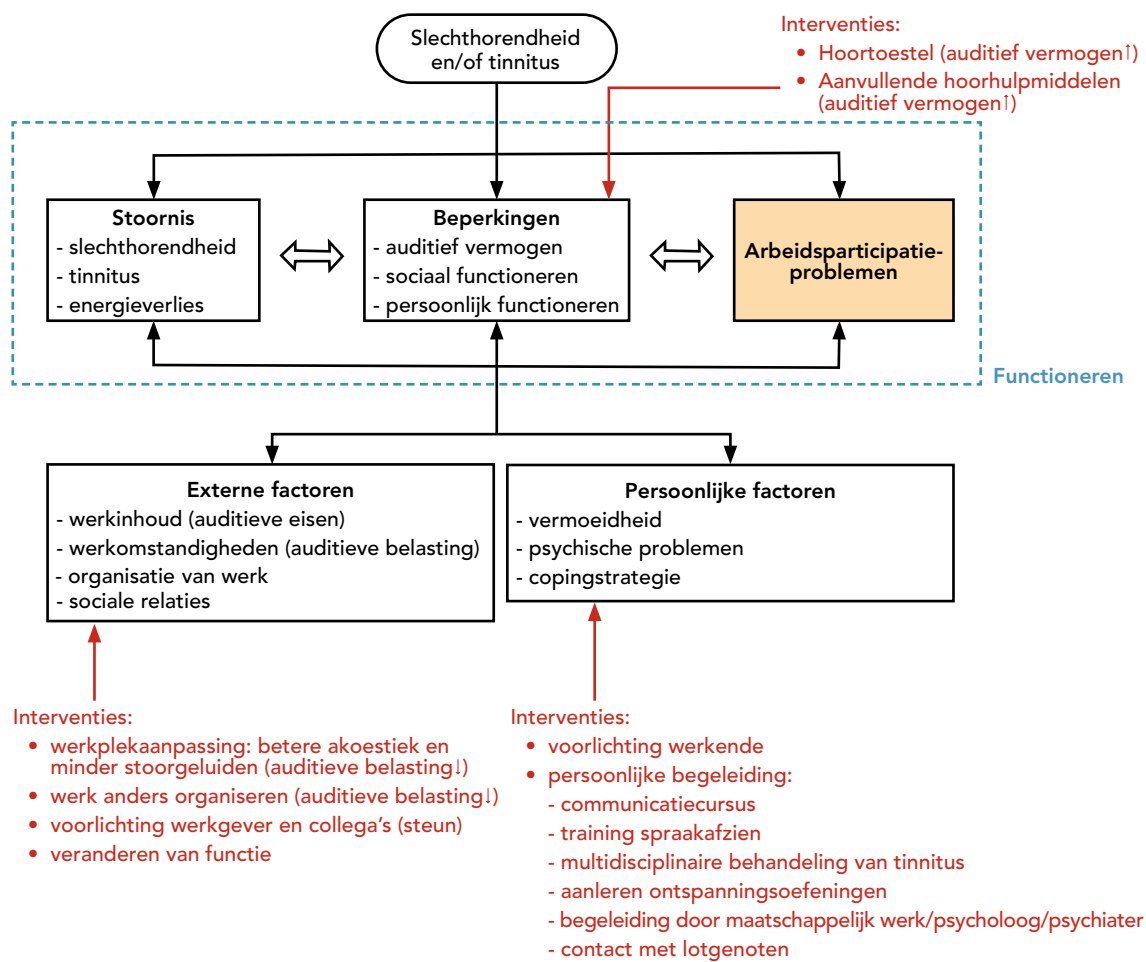
Werkenden met slechthorendheid hebben meer last van vermoeidheid na het werk, omdat luisteren hun veel inspanning en concentratie kost. Werkenden met tinnitus moeten zich extra inspannen om zich te kunnen concentreren, slapen slecht(er) en zijn daardoor vaak oververmoeid. Tijdens zowel mentale als fysieke inspanning kan de tinnitus meer op de achtergrond aanwezig zijn, maar die kan na een dergelijke inspanning des te heftiger optreden. Achtergrondrumoer, drukte, weinig rustmomenten en ervaren spanningen kunnen daarbij een negatieve invloed hebben. Bij onvoldoende mogelijkheden te ontspannen neemt de tinnituslast toe. Psychosociale klachten, zoals angst, psychische vermoeidheid, stress, somatisatie, depressieve gevoelens en eenzaamheid komen meer voor bij slechthorenden en patiënten met tinnitus dan bij normaalhorenden.

### Verzuim, arbeidsconflicten en veiligheidsrisico's

Werkenden met slechthorendheid en/of tinnitus zijn vaker ziek of afwezig in verband met stressgerelateerde klachten. Miscommunicatie, onbegrip, pesten en als gevolg daarvan arbeidsconflicten zijn situaties waar de bedrijfsarts op bedacht moet zijn in contact met werkenden met slechthorendheid en/of tinnitus. Soms worden slechthorenden voor dom aangezien, omdat ze de gesproken tekst niet begrijpen. Daarnaast bestaat er een afbreukrisico, doordat de kans bestaat dat de werkende met gehoorproblemen eerder fouten maakt. Slechthorendheid brengt ook veiligheidsrisico's met zich mee. Waarschuwingssignalen worden minder snel opgemerkt, waardoor de kans op ongevallen toeneemt. De omgeving (collega's, leidinggevenden, artsen) heeft vaak niet door dat een werkende slechthorend is of

Bas Sorgdrager, Charlotte Geelen en Arnold Schriemer zijn bedrijfsartsen en waren lid van de projectgroep/

Correspondentieadres: sorgdrager@basbgz.nl



tinnitus heeft. De slechthorende zelf is zich vaak wel bewust van de gehoorbeperking, maar vaak niet van de consequenties die dit heeft voor het functioneren op het werk. Daarnaast wordt vaak gedacht dat er naast een hoortoestel niets te doen is aan slechthorendheid. Bij tinnitus wordt vaak gezegd dat men ermee moet leren leven.

Belangrijke onderdelen van de richtlijn zijn de probleem-analyse, functionele mogelijkheden en interventiemogelijkheden, zie figuur.

### Probleemanalyse

- Objectiveer de stoornis (bekend bij KNO-arts?):
  - mate van gehoorverlies;
  - verloop van de tinnituslast in de tijd;
  - indruk mate energieverlies (herstelbehoefte).
- Ervaren beperkingen:
  - auditief vermogen: slechter horen, spraakverstaan in stilte en rumoer, detecteren en lokaliseren van geluiden;
  - persoonlijk functioneren: concentratie, maximale duur concentratie, vasthouden aandacht, herstelbehoefte;
  - sociaal functioneren: communiceren;
  - breng eventueel met een vragenlijst (Tinnitus Handicap Inventory) de tinnituslast in kaart.

- Betekenis externe factoren:
  - werkinhoud (auditieve eisen): verbale en non-verbale eisen;
  - werkomstandigheden (auditieve belasting): onder andere in welke ruimtes werkzaam, geluidsniveaus, achtergrondrumoer, akoestiek, voldoende licht;
  - organisatie van het werk: onder andere regelmogelijkheden, werkdruk, werkplek zelf kiezen;
  - sociale relaties: leidinggevende/collega's op de hoogte, vermijden sociale situaties, arbeidsverhoudingen (conflicten?).
- Betekenis persoonlijke factoren: vermoeidheid, psychische problemen, actieve of passieve copingstrategie, eventuele zorgen over behoud functie/baan.

### Functionele mogelijkheden

Als het functioneren problemen oplevert, ga dan eerst na of de diagnostiek compleet is en alle mogelijke interventies zijn ingezet.

- Diagnostiek: het auditief vermogen is onderzocht in relatie tot de auditieve eisen (bijvoorbeeld belang van lokaliseren, spraakverstaan in ruis, horen van signalen in verband met de veiligheid).
- Interventies: optimale instelling hoortoestel/gebruik hulpmiddelen, optimale inrichting werkplek/organisatie van het werk, optimale persoonlijke begeleiding.

Overweeg of urenreductie een (tijdelijke) optie kan zijn om tegemoet te komen aan de recuperatiebehoefte.

- Voordat wordt besloten dat het eigen werk niet meer passend is, is audiologisch onderzoek door een audiologisch centrum gewenst, in afstemming met bedrijfsarts en/of in samenwerking met een arbeidsgeneeskundig consulent audiologie.

*Persoonlijk functioneren:* afhankelijk van energieverlies en/of psychische comorbiditeit (overspannen/depressief) kunnen er problemen zijn met langerdurend concentreren, verdelen van de aandacht, hanteren van drukte.

*Sociaal functioneren:* functioneren in diverse sociale relaties, zoals werk waarin rechtstreeks contact met klanten, leerlingen of hulpbehoevenden vereist is; ga na of hij/zij kan werken zonder verhoogd persoonlijk risico; houd afhankelijk van spraak-in-ruïstest rekening met communiceren in rumoer; de wijze van communiceren: in een ongecontroleerde communicatiesituatie (zoals in onoverzichtelijke situaties of chaotische omstandigheden) zijn problemen te verwachten.

*Omgevingseisen:* rustige ruimte, lawaai beperking, passen de waarschuwingssignalen (veiligheid), rekening houdend met individuele gevoeligheid.

Werktijdbeperking is afhankelijk van recuperatiebehoefte. In werk dat passend is wat betreft inhoud en werkruimte is er voor een slechthorende in beginsel geen aanleiding voor een beperking in werktijden. Voor tinnitus kan dat anders zijn, aangezien de tinnitus op zichzelf al een energievreter is. Om een hele dag te werken is het van belang auditieve inspanningen te doseren over de dag.

### Interventies

De meeste slechthorenden kunnen hun functie blijven uitoefenen met voorlichting, audiologische hulpmiddelen en eventueel werkplekaanpassing en persoonlijke begeleiding. Bij werkenden in communicatieve beroepen (zoals docenten) die slechthorend zijn en/of tinnitusklachten hebben, vraagt de begeleiding door de leidinggevende extra aandacht. De bedrijfsarts richt zich op interventies om de beperkingen te verbeteren door de auditieve belasting te verminderen, te adviseren in werksituaties en de persoonlijke begeleiding.

*De richtlijn is vrij toegankelijk en via [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl) te bekijken.*

## Reactie vanuit bedrijfsgeneeskundig perspectief

### Tinnitus vaker een primaire klacht op het spreekuur

#### Rulanda van Kruysbergen

Medewerkers zijn zich niet altijd bewust van het feit dat ze geleidelijk aan minder goed horen omdat het een glijdend proces is. Voor mij was een eyeopener toen een jaar of zeven geleden mijn middelbare schoolvriendin me vertelde dat ze gehoorapparaten had omdat ze toch wel slecht hoorde. Voor mij was dat evident ook al zo in onze jeugd en ik veronderstelde dat ze dat wist. Dat heeft mij alert gemaakt.

Vrijwel iedere bedrijfsarts zal in de praktijk regelmatig met slechthorendheid en tinnitus te maken krijgen.

Persoonlijk heb ik het idee dat met name tinnitus vaker dan voorheen als primaire klacht wordt genoemd tijdens de spreekuren, terwijl voorheen bij het uitpluizen van oorzaken van burn-out en overspanning de slechthorendheid en/of tinnitus als een duveltje uit een doosje opeens ook onderwerp van gesprek c.q. probleem bleek te zijn. Deze nieuwe richtlijn is in mijn ogen helder en logisch van opzet. Er zijn veel verwijzingen naar informatiebronnen die makkelijk toegankelijk zijn. De onderwerpen die in de probleemanalyse aan de orde moeten komen zijn in logische volgorde omschreven. Maar, er wordt dan wel van uitgegaan dat de primaire klacht de slechthorendheid en/of de tinnitus is, terwijl in de praktijk vaak een andere

klacht de reden zal zijn van de arbeidsongeschiktheid. Zoals ook wel wordt aangegeven kan slechthorendheid leiden tot functioneringsproblemen, arbeidsconflicten en overspanning. Dus als iemand zich meldt op het spreekuur met een van deze problemen werkt het ook andersom en moet je slechthorendheid uitvragen.

Hoofdstuk 4 van de richtlijn *Diagnostiek en probleemoriëntatie* beschrijft de methoden voor het in kaart brengen van de mate van de beperkingen, de hulpmiddelen en de instellingen die je daarbij kunt inschakelen. De vragenlijst THI (*tinnitus handicap inventory*) geeft in korte tijd inzicht in de mate van hinder die de medewerker ondervindt. In de samenvatting waar dit TBV-artikel mee begint wordt erg weinig aandacht besteed aan de toegevoegde waarde van onder andere het audiologisch centrum. In hoofdstuk 5 komen systematisch alle nu beschikbare interventies aan bod en veel tips die bedrijfsartsen aan medewerkers en hun leidinggevenden kunnen geven voor het dagelijks functioneren. Bij het maken van de probleemanalyse in het kader van WVP hebben we zeker niet genoeg aan een eenmalig consult omdat ook de expertise van anderen nodig kan zijn om het probleem voldoende in beeld te brengen.

Als ten aanzien van het functioneren beoordeeld moet worden of de eigen functie nog wel passend is, worden de ervaren beperkingen ondergebracht in de rubrieken persoonlijk en sociaal functioneren en in werktijden. Bij een werktijdbeperking wordt gesproken over recuperatiebehoefte terwijl in de rest steeds het woord herstelbehoefte wordt gebruikt. Naar mijn mening geeft dit laatste voor de medewerker en zijn leidinggevende beter aan waar zij rekening mee moeten houden.

Is er verder niets aan te merken op de richtlijn? Ja, in de behoefte om compleet te zijn, is er een groot aantal noten die voor een deel een herhaling zijn van informatie die al in de richtlijn zelf staan, voor een deel zo gedetailleerd dat ze beter in het achtergronddocument zouden kunnen worden opgenomen.

Ten slotte: een deel van de richtlijnen is opgenomen in een hanteerbare app voor de mobiele telefoon, het zou fijn zijn als deze ook snel beschikbaar komt.

## Reactie vanuit de persoonlijke ervaring van een verzekeringsarts

### Tinnitus en de rol van een gedragsmatige aanpak

#### Kees Lemmers

##### Inleiding

Als verzekeringsarts en sinds 7 jaar ook ervaringsdeskundige wil ik enkele persoonlijke zaken kwijt die de richtlijn slechthorendheid en tinnitus in een meer praktisch perspectief zetten. Allereerst wil ik aangeven dat ik met ruim 66 jaar nog steeds fulltime als verzekeringsarts bij het UWV werkzaam ben. Ik heb nu 30 dienstjaren, 23 jaar zonder tinnitus en de laatste 7 jaar met tinnitusklachten. Ik heb veel behandelingen gehad, de tinnitusklachten zijn zeker niet verdwenen, zelfs niet eens minder in frequentie of luidheid geworden; ik heb er grip op.

##### Catastroferen

De manier hoe ik met de tinnitus omga heeft zich positief ontwikkeld; met name het 'catastroferen' is sterk verminderd (catastroferen is een negatieve emotionele set die bestaat uit een mix van: piekeren over klachten en pessimisme ten aanzien van de aandoening alsmede een gevoel van machteloosheid en versterking van klachtgerelateerde symptomen). Dat catastroferen ontwikkelde ik na enkele maanden in 2013. De behandeling was gericht op het catastroferen en heeft mijn tinnitusklachten naar de achtergrond gebracht. Het heeft mijn leven weer vrij normaal leefbaar gemaakt, eigenlijk net zo goed als voor ik tinnitus had. Dat is me overigens niet zonder de sympathieke hulp van 'deskundige derden' gelukt

##### Ontstaan en beloop

Het eerste jaar van de klachten is moeizaam voor mij en mijn omgeving geweest. Het is vrijwel de enige fase in mijn artsencarrière dat ik 3 weken ziekteverlof heb gehad. Ik ontwikkelde tinnitus op 6 juni 2013 met een fors suizen in beide oren bij het wakker worden. Vrijwel

onmiddellijk meende ik al de 'medische' oorzaak te kennen, namelijk de proefrit met een motorfiets de dag ervoor waarbij blootstelling aan windgeruis. Na enkele dagen was het suizen weg om de volgende dag weer wakker te worden met hetzelfde probleem. Ik kreeg geleidelijk angstgevoelens want nu realiseerde ik me dat ik mogelijk gehoorschade had opgelopen. Ook werd ik minder vast op mijn voeten, een soort vertigo. Na een maand afwachten met zelfmedicatie (vitamine B) en wat rustig aandoen ben ik via de huisarts naar de KNO-arts gegaan. Zijn diagnose was niet echt duidelijk, mogelijk atypische ziekte van Ménière.

Mijn gehoorstest was in alle frequenties goed. Inmiddels had ik al aardig wat literatuur over tinnitus doorgelezen. Ik werd een soort van amateurexpert op het gebied van tinnitus, maar dat verminderde mijn klachten geenszins. Ook werd niet duidelijk wat nu dé oorzaak van tinnitus was of zou kunnen zijn en wat nu echt zou helpen. Er was bijvoorbeeld in België een dr. De Ridder die veel gepubliceerd had en proeven deed met magneetonderdrukking van specifieke akoestische hersengebieden en daar vrij goede resultaten mee boekte. Wat overigens initieel goed bij mij klachtenverlichting gaf, was een geluidsprogramma Hush Tinnitus, een soort van *white noise* dat ruisonderdrukking gaf vergelijkbaar met een geluid van als je de radiozender tussen twee radiostations zet. Dat gaf me wat bewegingsruimte. Ik kon soms mijn gedachten van de tinnitus afhouden, het beheerste niet meer voor 90% mijn leven maar voor naar schatting 60%. Wel had mijn omgeving nu 'last' van mijn suizen. Het KNO-onderzoek en een MRI van mijn hersenen lieten geen afwijkingen zien, met name geen brughoek of een demyeliniserend proces. Ik moest er maar mee leren leven. Wat ik duidelijk merkte was dat in de maanden die daarop volgden mijn

spankracht minder werd. Ik werd humeuriger, zonderde me af, bezocht geen kennissen meer, hobby's verloren hun glans. Ik kon net, maar dan ook net, terwijl ik de geluidsonderdrukking aan had staan, mijn werk doen. Ik werd nerveus, sliep minder goed en kon minder 'hebben'. Mijn collega's op het werk lieten me wat met rust, overvroegen me niet. Mijn baas zag wel in dat hij geen extra opdrachten kon geven en vroeg wel vaak op een sympathieke manier hoe het met me ging. Ik voelde steun van een ieder om me heen, en heb overigens nooit het gevoel gehad dat de omgeving mij als aansteller beschouwde. Na een normale werkdag was ik echt op en kon ik er weinig meer naast doen. Een vakantie op Kreta werd een mislukking. Hele dagen lag ik op bed met het *white noise*-apparaat naast me. Inmiddels was er een jaar verstreken. Het werd me duidelijk dat ik dit niet zonder hulp kon oplossen

### Behandeling met effect

Mijn KNO-arts maakte me attent op een multidisciplinair programma onder leiding van klinisch psychologe dr. R. Cima van het revalidatiecentrum Adalante dat gerefereerd is in *The Lancet*.<sup>1</sup> Dat trok me over de streep, hoewel ik wel reserves had. Hoe zou cognitieve gedragstherapie mij kunnen helpen? Dat ik negatieve catastroferende cognities had, zonder het eigenlijk zelf echt te beseffen, daar kwam ik pas later echt achter. Bovendien ben ik geen zweverig type en had ik eerlijkheidshalve voorheen weinig op met deze tak van behandelingen. Dit terwijl ik toch al die jaren als verzekeringsarts patiënten met allerlei klachten beoordeelde van wie een aanzienlijk deel met verkeerde cognities en somatisatie van doen had. Ook nu nog voel ik soms schaamte omdat ik me eigenlijk achteraf gezien toch als arts niet echt volledig in mijn medemensen in kon leven, iets wat mij tegenwoordig overigens veel beter lukt. Het cognitief gedragsmatige programma duurde 3 maanden en was intensief, tenminste 2 dagdelen per week. Ook werd de partner van de patiënt intensief betrokken bij de multidisciplinaire behandeling. Dat was één van de sleutels tot succes. Kern van het groepsge-

wijze programma is het weer vrijuit leren functioneren met tinnitus. Interessant is om op te merken dat er geen aandacht werd gegeven aan de oorzaak van tinnitus omdat dit geen relevante rol speelt in de behandeling. Het doel is het verminderen of doen verdwijnen van negatieve cognities (als ik die tinnitus niet meer kwijt-raak dan is mijn leven voorbij; wat kan ik nu nog; ik word voorgoed arbeidsongeschikt, als ik die tinnitus niet kwijtraak; ik raak het contact met mijn mensen om me heen kwijt; ik word geleidelijk aan gek). Naast bewegings- en ontspanningsoefeningen, liggend op een matje luisteren naar rustige muziek en vrijuit sporten met mijn medepatiënten waren er ook sessies in de avonden. Met de partners en gezinsleden werd een programma gegeven om samen het probleem van de tinnitus aan te pakken. Juist die benadering was in mijn geval erg succesvol. Overigens, je leert in dit programma om zelf beter om te gaan met je problematiek en de bedoeling is dat juist je zelfredzaamheid verbetert. Zeven jaar na dit programma kan ik aangeven dat mijn leven geleidelijk aan weer volkomen 'normaal' verloopt.

### Wat zijn nu belangrijke factoren?

1. Het onderkennen dat je een echt probleem hebt wat je niet zelf kunt oplossen, deskundige hulp en voorlichting.
2. Compliance met het programma – in mijn geval echt over de schaamte heen stappen dat ik het als arts niet zelf kon oplossen.
3. Het niet meer toewerken naar een 'somatische' oplossing, meer rust nemen, maar ook jezelf zo 'normaal mogelijk' inspannen.
4. Geleidelijk aan weer je actieradius opvoeren. De omgeving is erg belangrijk voor het succes, ook een begripvolle houding van de werkgever en je partner, maar wel proactief meewerken, zijn succesfactoren.

### Referentie

1. Berthold Langguth, Tinnitus: the end of therapeutic nihilism. *www.thelancet.com* Vol 379 May 26, 2012: 1926-1928