

Hoe is de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat in Nederland ingericht?

M.M. Massaut-Panis, P.P.F.M. Kuijer, M.H.W. Frings-Dresen

Er is toenemend belangstelling voor de relatie tussen werk en gezondheid als onderdeel van het dagelijks functioneren. In de reguliere curatieve gezondheidszorg wordt werk of arbeidsparticipatie onvoldoende betrokken bij behandeling.¹ De behoefte aan werkgerelateerde zorg voor complexe arbeidsrelevante aandoeningen en aan klinisch arbeidsgeneeskundigen neemt toe.²

Klinische arbeidsgeneeskunde is tweedelijnsgezondheidszorg (diagnostiek en behandeling) die zich bezighoudt met de factor werk bij mensen met complexe arbeidsrelevante gezondheidsproblemen. De cliënten hebben aandoeningen die mogelijk het gevolg zijn van werk, die wellicht door expositie in werk worden onderhouden, die het functioneren in werk beïnvloeden en/of de terugkeer naar werk belemmeren. Zij worden vanuit de eerstelijns curatieve of bedrijfsgeneeskundige gezondheidszorg verwezen voor beoordeling, behandeling en/of begeleiding vanwege de ingewikkelde arbeidsgeneeskundige problematiek.

In Nederland bieden een paar klinisch arbeidsgeneeskundige centra de mogelijkheid om arbeidsgeneeskundigen te consulteren en beroepsziekte-specialisten in te zetten. Deze centra leveren expertise op meerdere gebieden of hebben zich gespecialiseerd op één gebied, bijvoorbeeld aandoeningen aan de huid, longen of bewegingsapparaat. De academische centra van het AMC Amsterdam, VUmc Amsterdam, UMC Groningen, en UMC St Radboud Nijmegen hebben zich verenigd in de Federatie van Academische Centra voor Arbeid en Gezondheid (FACAG).³ De federatie wil het klinisch arbeidsgeneeskundige aanbod verbreden met een goede verspreiding over het land, de kwaliteit verhogen en structurele financiering nastreven. In september 2007 is de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde NVKA (www.nvka.nl) opgericht.^{4,5} De NVKA streeft naar bevordering van de klinische arbeidsgeneeskunde door stimulering en bewaking van een adequate uitoefening van het vak inclusief wetenschappelijke onderbouwing van de geboden zorg.

In de curatieve en bedrijfsgeneeskundige gezondheidszorg vormen aandoeningen aan het bewegingsapparaat een belangrijk gezondheidsprobleem. Deze aandoeningen dragen sterk bij aan ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Bekendheid met de manier waarop in Nederland de klinische arbeidsgeneeskunde voor deze aandoeningen is ingericht, kan verwijzing door een (para)medisch professional vergemakkelijken en zo bijdragen aan betere arbeidsrelevante zorg.

DOEL EN OPZET

Het doel van dit artikel is beschrijven hoe in Nederland de klinische arbeidsgeneeskundige zorg voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat is ingericht. Daartoe is geïnventariseerd waar tweedelijnszorg voor arbeidsrelevante vragen voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat wordt geleverd. Organisaties zijn geselecteerd als bij de verwijzing vragen over werkgeschiktheid en over interventies voor terugkeer naar werk worden behandeld. Vervolgens is een afspraak gemaakt voor een werkbezoek en/of een semigestructureerd interview met een sleutelpersoon van de organisatie om een beeld te krijgen hoe de arbeidsrelevante zorg voor deze aandoeningen aan het bewegingsapparaat is georganiseerd. Het interview is afgenomen door één persoon. De resultaten werden naderhand ter accordering voorgelegd aan de sleutelpersonen. De volgende vragen zijn gesteld:

- ┃ Wie zijn de verwijzers?
- ┃ Wat zijn de redenen, vragen, verwachtingen en/of doelen van de verwijzing?
- ┃ Welke cliënten worden verwezen en gezien?
- ┃ Wat is de hulpvraag van deze cliënten?
- ┃ Welke expertise wordt ingezet?
- ┃ Welke informatie is noodzakelijk voor beoordeling, behandeling en begeleiding?
- ┃ Wordt de zorg geëvalueerd?
- ┃ Wat zijn de uitkomstmaten?

RESULTATEN

Drie organisaties leverden ten tijde van het onderzoek klinisch arbeidsgeneeskundige zorg

KLINISCHE ARBEIDSGENEESKUNDE, BEWEGINGSAPPARAAT, ARBEIDSRELEVANTIE.

voor arbeidsrelevante vragen over het bewegingsapparaat:

- I EMcare, Rotterdam (www.emcare.nu).
- I Centrum voor Arbeid en Gezondheid Amsterdam/Jan van Breemen Instituut, Amsterdam (CAGA) (www.caga.nu);
- I Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid en Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen (ACAG) (www.acag.nl).

Er werden drie interviews gehouden. Bij EMcare met de heer L. Elders, bedrijfsarts en klinisch arbeidsgeneeskundige gespecialiseerd in bewegingsapparaatklachten; bij CAGA met de heer H. Eeman, arbeidsonderzoeker/trajectbegeleider en manager en bij ACAG met de heer M. Reneman, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper en coördinator Arbeid Centrum voor Revalidatie. De antwoorden op de vragen uit de interviews worden hieronder besproken (zie ook de tabel 1).

1. Wie zijn de verwijzers?

De verwijzers zijn meestal bedrijfsartsen en medisch specialisten, zoals revalidatieartsen die aandacht hebben voor de factor werk. Daarnaast zijn er verwijzingen van verzekeringsartsen, soms van medisch adviseurs, medewerkers van een rechtbank of een patiënt zelf.

2. Wat zijn de redenen, vragen, verwachtingen en/of doelen van de verwijzing?

De verwijzers willen veelal een advies over diagnose, prognose voor terugkeer naar werk, mate van werkgeschiktheid en/of effectieve interventies gericht op terugkeer naar werk. Sporadisch wordt een beoordeling gevraagd over het verloop of de effectiviteit van een ingezette behandeling tot dusver. De revalidatieartsen van ACAG en CAGA richten zich in de revalidatietrajecten bij chronische zieken ook op het optimaliseren van het functioneren in werk zonder dat dat een primaire vraag bij de verwijzing is.

3. Welke cliënten worden verwezen en gezien?

De doelgroep betreft vooral cliënten die problemen hebben met functioneren in en/of terugkeer naar werk. Zij hebben meestal complexe specifieke en chronische klachten, zoals chronische specifieke rugklachten, KANS en knieklachten, maar ook whiplashklachten, reumatologische klachten en fibromyalgie. Gemiddeld is de leeftijd van patiënten 40 jaar met een spreiding van 20 tot 60 jaar. Een psychosociale component

speelt dikwijls een rol. Psychiatrische aandoeningen zoals depressie of angststoornis worden doorverwezen naar de GGZ. De patiënten hebben vaak meerdere behandelaars waardoor een onduidelijk beeld ontstaat over beoordeling, behandeling en begeleiding. Doorgaans is er onvoldoende of niet succesvolle aandacht voor werk of arbeidsparticipatie geweest.

4. Wat is de hulpvraag van deze cliënten?

Cliënten ervaren de zorg tot dan toe als onvoldoende: ze willen meestal van de klachten en/of pijn af of zo goed mogelijk functioneren met de klachten en/of pijn. Vaak kunnen ze hun hulpvraag echter niet precies beschrijven.

5 Welke expertise wordt ingezet?

Bij EMcare vindt de intake plaats door een klinisch arbeidsgeneeskundige, psycholoog en fysiotherapeut die samen het zorgtraject bepalen. Bij CAGA en ACAG is consultatie van een bedrijfsarts mogelijk. Bij ACAG en CAGA hebben revalidatieartsen een kernrol in het team. De revalidatieartsen van ACAG zijn tevens manueelgeneeskundigen. Bij de beoordeling, behandeling en begeleiding worden verder vooral fysiotherapeuten en psychologen ingezet. Op indicatie worden ook andere professionals bij de behandeling en begeleiding betrokken, zoals andere medisch specialisten, psychotherapeuten, neuropsychologen, manueeltherapeuten, ergotherapeuten, bewegingsagogen en arbeidsconsulenten.

I Klinische arbeidsgeneeskundige zorg met accent op beoordeling, behandeling en begeleiding voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat werd in Nederland ten tijde van het onderzoek geboden door drie zorginstellingen: EMcare, Rotterdam, CAGA, Amsterdam en ACAG, Groningen.

I De patiënten bij EMcare zijn doorgaans verwezen door bedrijfsartsen, bij ACAG door bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en specialisten en bij CAGA vooral door specialisten en in mindere mate door bedrijfsartsen. De patiënten hebben chronische klachten en een gemiddelde leeftijd van 40 jaar.

I De beoordeling, behandeling en begeleiding bij EMcare wordt vooral gedaan door een klinisch arbeidsgeneeskundige gespecialiseerd in bewegingsapparaatklachten en bij CAGA en ACAG door een revalidatiearts, psycholoog en/of fysiotherapeut.

I De organisaties zijn bezig met de wetenschappelijke evaluatie van hun zorg. Follow-up over onder andere terugkeer naar werk is beschikbaar tot maximaal een jaar na afloop van de zorg.

Tabel 1

Nederlandse klinisch arbeidsgeneeskundige centra gericht op terugkeer naar werk bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat.

	EMcare*	CAGA	ACAG
1 Verwijzers	bedrijfsartsen verzekeringsartsen medisch adviseurs zorgverzekeraars	medisch specialisten bedrijfsartsen verzekeringsartsen patiënt zelf	bedrijfsartsen verzekeringsartsen revalidatieartsen medisch adviseurs medewerker rechtbank
2 Doel verwijzing	diagnose prognose interventiemogelijkheden werkgeschiktheid effectiviteit ingezette behandeling	diagnose prognose interventiemogelijkheden werkgeschiktheid optimaliseren functioneren chronische zieken	diagnose prognose interventiemogelijkheden optimaliseren functioneren chronische zieken
3 Patiënten/werknemers	complexe klachten chronische klachten m.n. rugklachten, KANS ^a en knieklachten gemiddeld 40 jaar (17–57 jaar) 2/3 mannen en 1/3 vrouwen vaak psychopathologie en afwijkingen in werkvermogenindex	complexe klachten chronische klachten m.n. KANS, rug- en knieklachten reumatologische klachten fibromyalgie vaak meerdere behandelaars onvoldoende aandacht voor werk	aspecifieke klachten chronische klachten m.n. KANS en rugklachten whiplashklachten fibromyalgie gemiddeld 40 jaar (20–60 jaar) psychosociale component van de pijn af zo goed mogelijk functioneren met pijn revalidatiearts tevens manueelgeneeskundige psycholoog fysiotherapeut consultatie bedrijfsarts mogelijk ergotherapie andere medisch specialisten
4 Hulpvraag patiënten	weten niet meer hoe verder	weten vaak hulpvraag niet precies	psychosociale component van de pijn af zo goed mogelijk functioneren met pijn
5 Expertise	klinisch arbeidsgeneeskundige/ bedrijfsarts psycholoog fysiotherapeut medisch specialisten mn orthopedie	diverse disciplines ^b consultatie bedrijfsarts mogelijk	revalidatiearts tevens manueelgeneeskundige psycholoog fysiotherapeut consultatie bedrijfsarts mogelijk ergotherapie andere medisch specialisten
6 Benodigde informatie	gegevens verwijzing klachten, werk, werkvermogen werkgeschiedenis alle medische informatie behandelaars	gegevens verwijzing verdere informatie niet noodzakelijk	gegevens verwijzing eventueel medische informatie behandelaars intakevragenlijst
7 Evaluatie	cliëntvolgsysteem tot 1 jaar	via Vroege Interventie nu tot 1/2 jaar	3 maanden na beëindiging langdurige traject
8 Uitkomstmaten	klachteniveau en pijnbeleving bewegingsangst verzuimreductie werkherleving	klachten niet op de voorgrond medische consumptie verzuimreductie werkherleving	werkstatus beperkingen algemene gezondheidstoestand knelpunten t.a.v. tevredenheid over functioneren

*EMcare, Rotterdam, CAGA = Centrum voor Arbeid en Gezondheid Amsterdam en ACAG = Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid, Groningen.

^aKANS = klachten aan arm, nek of schouder.^bDisciplines = medisch specialismen, psychologie, psychotherapie, neuropsychologie, fysiotherapie, manuele therapie, ergotherapie, bewegingsagogie, arbeidsonderzoek.

6. Welke informatie is noodzakelijk voor een beoordeling, behandeling en begeleiding?

EMcare gebruikt informatie van de werknemer over onder andere het (verrichte) werk, het werkvermogen, de klachten, de aan- of afwezigheid van catastrofen en bewegingsangst. De behandelaars wordt informatie gevraagd over diagnostiek en ingezette behandeling. Het eigen onderzoek en de beoordeling worden verricht door een fysiotherapeut, een psycholoog of case-manager en een klinisch arbeidsgeneeskundige

bedrijfsarts. CAGA gebruikt gegevens uit de verwijzing en uit eigen onderzoek. Bij het eigen onderzoek en de beoordeling worden zo nodig diverse specialismen ingezet. ACAG vraagt op grond van de gegevens uit de verwijzing zo nodig aanvullende informatie op bij verwijzer en/of behandelaar en gebruikt informatie uit de intakevragenlijst van de werknemer over onder andere werkstatus, klachten en beperkingen. Het eigen onderzoek en de beoordeling worden verricht door een fysiotherapeut, een psycholoog en een revalidatiearts.

7. Wordt de zorg geëvalueerd?

De zorg wordt bij alle organisaties geëvalueerd met een follow-up tot maximaal een jaar na afloop van de contacten en trajecten. EMcare heeft een cliëntvolgsysteem tot een jaar.⁶ CAGA heeft de evaluatie van de trajecten geregeld via het Vroege Interventie netwerk (www.vroegeinterventie.nl) en heeft van de eerste trajecten een evaluatie tot zes maanden. ACAG evalueert de zorg drie maanden na beëindiging van de behandelprogramma's. Er zijn geen controlegroepen binnen de reguliere zorg. Uit evaluaties blijkt dat de complexe arbeidsrelevante vragen over werkgeschiktheid, interventies en werkgerelateerdheid merendeels naar tevredenheid worden beantwoord en terugkeer naar eigen of passend werk vaak gerealiseerd kan worden. Tot ruim 90% van de cliënten boekt verbetering op de uitkomstmaten.^{6,11}

8. Wat zijn de uitkomstmaten?

De belangrijkste uitkomstmaten zijn verzuimreductie, werkhervatting in eigen of passend werk, medische consumptie, beperkingen van klachten en zelfgerapporteerde beperkingen. De uitkomstmaten worden hoofdzakelijk met vragenlijsten bepaald. EMcare gebruikt herhalingsvragenlijsten over klachtenniveau, pijnbeleving, bewegingsangst, verzuimreductie en werkhervatting. CAGA gebruikt arbeidsrelevante vragen uit de intake, vooral over medische consumptie, verzuimreductie en werkhervatting in eigen en/of passend werk. Klachten staan niet op de voorgrond. ACAG gebruikt verschillende vragenlijsten en een interview; dezelfde vragenlijst als de intakevragenlijst voor de werkstatus, de Neck Disability Index (NDI)⁷ en de Roland Morris Disability Questionnaire (RDMQ)⁸ voor zelfgerapporteerde beperkingen, de Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF-36 of RAND 36)⁹ voor de algemene gezondheidstoestand en een interview volgens de Canadian Occupational Performance Measure (COPM)¹⁰ voor uitvoering van activiteiten en tevredenheid over het eigen functioneren.

DISCUSSIE

EMcare, CAGA en ACAG bieden klinisch arbeidsgeneeskundige zorg specifiek voor het bewegingsapparaat. De zorg is vooral gericht op vragen gericht op terugkeer naar werk, verbeteren van functioneren in werk en werkgeschiktheid. De reden dat deze organisaties in Nederland op dit moment deze zorg bieden, komt vooral door persoonlijke interesse en door al bestaande relaties met klinische specialismen zoals orthopedie

of revalidatiegeneeskunde. Alleen bij EMcare wordt de zorg gecoördineerd door een gespecialiseerde bedrijfsarts. Bij ACAG en CAGA wordt die rol vervuld door een revalidatiearts. Bij ACAG is momenteel sprake van een tijdelijke situatie door financieringsproblemen voor de klinische arbeidsgeneeskundige zorg. Het is de bedoeling dat medio 2008 een klinisch arbeidsgeneeskundige weer een centrale coördinerende rol krijgt met consultants voor de verschillende gebieden, waaronder het bewegingsapparaat.

Klinisch arbeidsgeneeskundige zorg voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat betreft vooral vragen over effectieve maatregelen voor terugkeer naar werk. Vragen over de mate van werkgeschiktheid en of werk de oorzaak is van de aandoeningen, zijn van minder belang. Veelal zijn er bijkomende psychosociale factoren zoals spanningsklachten, depressieve en/of angstkenmerken die herstel en/of terugkeer naar werk beïnvloeden. De multidisciplinaire aanpak van de drie organisaties zorgt ervoor dat mogelijk relevante factoren voor terugkeer naar werk in kaart worden gebracht.

Het aanbod in Nederland aan klinisch arbeidsgeneeskundige zorg voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat gericht op terugkeer naar werk lijkt op dit moment voldoende. De organisaties hebben jaarlijks tussen 70 en 130 cliënten met deze aandoeningen. Er zijn nauwelijks wachtlijsten. De zorg van CAGA en ACAG is niet landelijk dekkend, maar het Vroege Interventienetwerk heeft wel een landelijke dekking (www.vroegeinterventie.nl). EMcare heeft haar zorg in Nederland intussen uitgebreid met vestigingen in Amsterdam, Heerenveen, Zwolle en Veldhoven.

Nader onderzoek met controlegroepen of tijdseriestudies is noodzakelijk om de klinische arbeidsgeneeskunde wetenschappelijk verder te onderbouwen en te verbeteren. Het onderzoek dient zich vooral te richten op geschikte interventies voor cliënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat die juist niet herstellen en/of werkhervatten na een zorgtraject door de eerste lijn of door één van deze organisaties.

Tot slot, de financiering van deze zorg door werkgever of zorgverzekeraar staat ter discussie. Nu betalen werkgevers vaak de kosten, vooral als de oorzaak van de aandoening in werk ligt. Zorgverzekeraars zijn in individuele gevallen soms bereid te betalen. EMcare heeft afspraken met zorgverzekeraars gemaakt waardoor de geboden zorg in toenemende mate vergoed wordt. ACAG heeft ook afspraken gemaakt over vergoeding van de kosten van (arbeids)revalidatietrajecten.

Recent heeft zorgverzekeraar Instituut Ziektekostenvoorziening Ziekenhuiswezen (IZZ) multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie (MER) ontwikkeld voor werknemers met langdurige aandoeningen aan het bewegingsapparaat (www.izz.nl). MER is snel toegankelijk en gericht op resultaat. De zorgverzekeraars IZZ, Univé, VGZ, IZA en Trias hebben een zorgovereenkomst voor MER afgesloten met de revalidatiecentra die aangesloten zijn bij het landelijk dekkende netwerk voor arbeidsrevalidatie Vroege Interventie. De curatieve zorg komt ten laste van de Zorgverzekeringswet en de arbeidsgerelateerde vraagstukken komen ten laste van de verzekerde of de werkgever.

CONCLUSIE

In Nederland waren ten tijde van het onderzoek drie klinisch arbeidsgeneeskundige organisaties die zich specifiek bezighouden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat en terugkeer naar werk: EMcare, CAGA en ACAG. De wijze waarop de organisaties de zorg hebben ingericht verschilt. EMcare biedt zorg voor voornamelijk chronische klachten van het bewegingsapparaat, vooral van de rug, op basis van samenwerking en expertise van het Nederlands Kenniscentrum AKB en de afdeling Orthopedie van het Erasmus MC. CAGA en ACAG bieden op basis van hun kennis uit de revalidatiegeneeskunde zorg voor diverse chronische klachten zoals klachten aan het bewegingsapparaat, reumatologische klachten en fibromyalgie. De beoordeling, behandeling en begeleiding bij EMcare wordt vooral gedaan door een gespecialiseerde bedrijfsarts en bij CAGA en ACAG door een revalidatiearts, psycholoog en/of fysiotherapeut. Over de effectiviteit van de zorg zijn gegevens bekend tot ongeveer een jaar na een contact of traject.^{6,11} Over het algemeen verminderen de klachten en beperkingen, dalen de medische consumptie en het verzuim en neemt de werkhervatting toe.

LITERATUUR

1. Varekamp I, Spreuwers D, Dijk FJH van. Een mozaïek van deskundigheid. *Med Contact* 2007; 62: 212-215.
2. Piebenga WP, Dijk FJH van, Frings-Dresen MHW. Is er behoefte aan klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland? *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk* 2006; 14: 126-129.
3. Jungbauer FHW. FACAG – Een initiatief van de UMC's ter ondersteuning van BA en VA. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneesk* 2007; 15: 3.

4. Elders LAM, Rodenburg PE. Aandacht voor werk. *Med Contact* 2007; 62: 783-785
5. Nieuwe artsenvereniging. *NieuwsReflex. Med Contact* 2007; 62: 1755.
6. Miedema H, Man F de. Evaluatie eerste fase EMcare. Rapport EMcare BV, Rotterdam, 1 maart 2007.
7. Vernon H, Mior S. The neck disability index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther* 1991; 14: 409-415.
8. Morris RM. A study of the natural history of back pain: Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back-pain. *Spine* 1983; 8: 141-144.
9. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey SF-36: I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
10. Law M, Baptiste S, Carswell A, et al. Canadian Occupational Performance Measure. Ottawa: CAOT publications ACE, 1998.
11. Lierop BAG van. Vroege Interventie; Eindevaluatie. iRv, maart 2006.

DANKWOORD

De auteurs danken dr. Leo A.M. Elders, klinisch arbeidsgeneeskundige gespecialiseerd in bewegingsapparaatklachten bij EMcare, Henny Eeman, arbeidsonderzoeker/trajectbegeleider en manager bij CAGA, dr. Michiel F. Reneman, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper en coördinator Arbeid bij Centrum voor Revalidatie en dr. Frank H.W. Jungbauer, klinisch arbeidsgeneeskundige en coördinator dermatologie, longziekten en allergologie bij ACAG voor hun tijd en medewerking.

PERSONALIA

Drs. Marieke M. Massaut-Panis is bedrijfsarts en werkzaam bij de Arbodienst Koninklijke Landmacht. Zij heeft dit onderzoek verricht tijdens een keuzestage voor haar opleiding tot bedrijfsarts bij de NSPOH.

Dr. P. Paul F.M. Kuijter is consultant arbeidsgebonden aandoeningen aan het bewegingsapparaat bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten en senioronderzoeker bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam (AMC/UvA).

Prof. Dr. Monique H.W. Frings-Dresen is hoogleraar beroepsziekten bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC/UvA.

CORRESPONDENTIEADRES

Maj. drs. M.M. Massaut-Panis, bedrijfsarts, Arbodienst Koninklijke Landmacht, Arbocentrum Utrecht/Noord-Holland, MPC 53 B, Postbus 3003, 3800 DA Amersfoort.
E-mail: MM.Massaut.Panis@mindef.nl.