

dr. Teake Pal
bestuurslid Nederlands
Vereniging voor Klinische
Arbeidsgeneeskunde (NVKA)

dr. Leo Elders
voorzitter NVKA

drs. Jurriaan Penders
voorzitter Nederlandse
Vereniging voor Arbeids- en
Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

dr. Kees van Vliet
directeur NVAB

KLINISCHE ARBEIDSGENEESKUNDE HOORT IN HET BASISPAKKET

Gezondheidszorg voor werkenden moet beter

Klinische arbeidsgeneeskunde, bedoeld voor patiënten met complexe arbeidsgelateerde gezondheidsproblemen, krijgt in Nederland moeilijk voet aan de grond. Onder andere omdat de financiering niet goed geregeld is. Terwijl deze aanvullende tweedelijnszorg juist veel kosten kan besparen.

Bijna 7,5 miljoen mensen in Nederland hebben een betaalde baan. De overige 9 miljoen zijn van hen afhankelijk. Door vergrijzing van de bevolking zal de komende tien jaar een wanverhouding ontstaan tussen deze twee groepen. Ook de stagnatie van de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en arbeidsgehandicapten draagt bij aan deze disbalans. De huidige structuur van de gezondheidszorg speelt echter onvoldoende in op deze economische en maatschappelijke ontwikkelingen.

Gezondheidsproblemen

De relatie tussen arbeid en gezondheid is meerledig. Van werken gaat een gezondheidsbevorderende werking uit, maar werken kan ook gepaard gaan met gezondheidsrisico's, die tot uiting kunnen komen in beroepsziekten of verergering van reeds bestaande aandoeningen. Gezondheidsproblemen kunnen verder de belastbaarheid in werk beperken. Volgens de Arbobalans 2011

heeft een groot aantal werknemers te maken met gezondheidsrisico's door blootstelling aan vormen van fysieke belasting (10-35%), gevaarlijke stoffen (15%) of psychosociale belasting (15-30%).¹ Jaarlijks melden bedrijfsartsen ongeveer zesduizend nieuwe beroepsziekten; dit is het topje van de ijsberg.² Extra aandacht voor het betrekken van de factor arbeid

Een verwijzing strandt als de werkgever niet wil betalen

bij de preventie, diagnostiek en behandeling van gezondheidsproblemen en van ziekteverzuim en productiviteitsverlies is daarom van groot belang. Het grootste deel van deze zorg kunnen bedrijfsartsen

in de eerste lijn leveren, voor het overige deel is echter klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg in de tweede lijn noodzakelijk.

Complexe vragen

De afgelopen jaren zijn er poliklinische centra opgezet voor patiënten met complexe vragen in de relatie tussen arbeid, beroepsmatige blootstelling en gezondheid. Hier wordt structureel gebruikgemaakt van tweedelijns arbeids- en bedrijfsgeneeskundige kennis in de zorg.³ Deze arbeidsgelateerde poli's in ziekenhuizen zijn beperkt van schaal maar laten zien dat een integrale werkwijze effectief is.⁴ Doel van de zorg is terugkeer in eigen, aangepast of ander werk door gerichte begeleiding, wanneer de bedrijfsgezondheidszorg in de eerste lijn dit niet kan realiseren.

Deze integratie van arbeidsgeneeskundige expertise in de tweede lijn wordt aangeduid met de term klinische arbeidsgeneeskunde. Deze arbeidsgeneeskundige neemt het werk van de bedrijfsarts niet over, maar vormt een aanvullende voorziening voor complexe arbeidsgelateerde problematiek. De basis voor zorgfinanciering vormen de DOT's. De op werk gerichte diagnostiek, begeleiding en advisering maken op dit moment geen deel uit van deze DOT's. Dit heeft tot gevolg dat verwijzingen naar klinisch-arbeidsgeneeskundige centra regelmatig stranden doordat een werkgever niet akkoord gaat met de



ANP PHOTO

betaling, of doordat verwijzende huisartsen of specialisten in de veronderstelling verkeren dat de zorgverzekeraar financiert. Dit leidt tot ongelijkheid in de beschikbaarheid van deze vorm van gezondheidszorg.

Het is tot op heden nog niet gelukt om in overleg met zorgverzekeraars te komen tot afspraken over structurele financiering van klinisch-arbeidsgeneeskundige zorgpaden voor diverse werkgerelateerde aandoeningen. Wel is er een aantal geïsoleerde initiatieven voor financiering van arbeidsgeneeskundige consultatie bij oncologische patiënten en financiering van klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg door een aantal branches, gekoppeld aan branchegebonden gezondheidsrisico's, zoals longproblemen in de bouwnijverheid en bakkersbranche en huidproblemen in de kappersbranche. Verder is er structurele financiering voor de diagnos-

tiek van chronische toxische encefalopathie (CTE) bij patiënten die de schildersziekte hebben, op basis van afspraken die door de toenmalige minister Borst zijn gemaakt met het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Specifieke expertise

De jaarlijkse incidentie van beroepslong- en luchtwegaandoeningen en arbeidsdermatosen geeft een beeld van de behoefte aan specifieke expertise.^{5,6} Een conservatieve schatting leidt tot ongeveer 3500 nieuwe gevallen van beroepslong- en luchtwegaandoeningen per jaar. Op het gebied van arbeidsgelateerd contacteczeem tot een schatting van ongeveer 10.000 nieuwe gevallen per jaar.⁷ Op grond van deze gegevens wordt geschat dat 500 verwijzingen naar een specialistisch centrum voor arbeidsgelateerde luchtweg- en longaandoeningen nodig

zijn en maximaal 1500 verwijzingen naar een gespecialiseerd centrum voor arbeidsdermatosen. Gelet op deze aantallen kan deze vorm van klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg het beste geleverd worden vanuit een beperkt aantal centra, bij voorkeur gelieerd aan een universitair medisch centrum.

Veel lastiger is het om tot een schatting te komen van de noodzakelijke capaciteit bij specifieke belastbaarheidsvragen en geïntegreerde multidisciplinaire zorg bij patiënten met functioneringsproblemen door chronische aandoeningen zoals slechthorendheid, chronische rugklachten of oncologische aandoeningen.

Kosten en baten

De kosten die op dit moment niet vanuit de zorgverzekering vergoed worden, kunnen per verwijzing variëren, maar zullen gemiddeld genomen tussen de



EFFECTIEVE AANPAK RUGKLACHTEN BESPAART MILJOENEN

Rugklachten kosten in Nederland 3,5 miljard euro per jaar; 90 procent hiervan zijn uitkeringskosten. Er is daarom behoefte aan effectieve interventies om deze kosten te reduceren, vooral voor werknemers met chronische rugklachten. Geïntegreerde (op terugkeer naar werk gerichte) zorg bij een groep patiënten met chronische rugklachten die twaalf weken of langer arbeidsongeschikt waren, leidde in vergelijking met de groep die normale zorg kreeg, gemiddeld genomen tot vier maanden snellere werkhervatting.

In een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek werd het verschil in zorgkosten tussen de twee genoemde groepen patiënten in kaart gebracht. De ene groep werd verwezen naar de huisarts en bedrijfsarts, en werd behandeld op grond van respectievelijk de NHG-Standaard Lage Rugpijn en NVAB-richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten. De andere groep werd verwezen naar een klinisch arbeidsgeneeskundige die zelf de zorg coördineerde. De interventie voor deze laatste groep bestond uit twee delen: een *graded activity*-programma (tijdcontingente en stapsgewijze toename van de functionele belasting)

op basis van een cognitief gedragsprincipe en een werkplekaanpassing op basis van participatieve ergonomie (werkplekaanpassing door samenwerking tussen werknemer en leidinggevende, gericht op terugkeer naar werk). De klinisch arbeidsgeneeskundige werkte daarbij samen in een integraal team met onder anderen een medisch specialist, arbeidsdeskundige en fysiotherapeut.

De totale kosten (direct en indirect) voor de behandeling van de integrale zorggroep bedroegen gemiddeld 18.036 euro per persoon, terwijl de kosten voor de andere groep veel hoger uitvielen: 25.311 euro per persoon. Bij de kosteneffectiviteitsanalyse bleek ook een positief effect ten gunste van de integrale zorggroep: elke geïnvesteerde euro in deze groep leverde 19 euro aan bespaarde uitkeringskosten op.¹⁰ Wanneer de resultaten van dit onderzoek geëxtrapoleerd worden naar het aantal verwachte patiënten op basis van gegevens over de incidentie van chronische rugklachten in de beroepsbevolking, dan zou het inzetten van een dergelijk integraal programma door huisartsen en bedrijfsartsen in Nederland dus tot een gemiddelde besparing van 365 miljoen euro kunnen leiden.

1000 en 2000 euro liggen. Bij 10.000 verwijzingen per jaar leidt dit tot een extra uitgave van 10 tot 20 miljoen euro zorgkosten per jaar, ruwweg 2 tot 3 euro per werkende per jaar. Deze extra uitgaven zullen echter gecompenseerd worden door baten.

Van een aantal werkgerelateerde aandoeningen, zoals beroepsastma en contacteczeem, is bekend dat vroegtijdige en goede diagnostiek leidt tot een betere prognose en daarmee daling van de medische consumptie.^{8,9} Veel omvangrijker zal echter de besparing op uitkeringskosten zijn, zo blijkt uit studies bij patiënten met chronische rugklachten (zie kader) en werkgerelateerde depressie.^{10,11} Bij evaluatie van een in Duitsland gegeven intensief begeleidingsprogramma aan patiënten met chronisch handeczeem, bleek dat bij 66 procent van hen sprake was van succesvolle terugkeer in hun beroep.¹²

Knelpunten

De indruk bestaat dat het met de gezondheidszorg voor werkenden de goede kant opgaat. Het ziekteverzuim bij werknemers met een vast dienstverband daalt immers gestaag. Bij flexwerkers neemt het ziekteverzuim echter toe. En het risico op arbeidsongeschiktheid bij mensen die geen baan meer hebben, stijgt. Ook voor deze groepen kan arbeid als medicijn dienen.

Helaas blijkt uit het in 2011 verschenen Astri-rapport over de positie van de bedrijfsarts en de reactie hierop van voormalig staatssecretaris De Krom dat er de nodige knelpunten bestaan bij het verlenen van zowel curatieve als preventieve zorg door bedrijfsartsen.¹³ Deze knelpunten zijn al eerder gesignaleerd en hebben geleid tot adviezen over betere borging van de arbeidsgeneeskundige zorg in de curatieve zorg door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB).¹⁴⁻¹⁷ Een aspect dat extra aandacht behoeft en belemmerend werkt op de besluitvorming rond betere integratie van arbeidsgeneeskundige zorg in de curatieve zorg is het gebrek aan integratie

tussen de zorgverzekering en sociale zekerheid.¹⁸ Op arbeid gerichte gezondheidszorg schept immers de beste voorwaarden voor duurzame arbeidsparticipatie voor hen die werken maar ook voor hen die op zoek zijn naar een baan. Zowel de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) als de NVAB doen een beroep op de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid om bij herstructureren klinisch-arbeidsgeneeskundige

De besparing op uitkeringskosten zal groot zijn

zorg in het basispakket te laten opnemen. Ook het recente SER-advies over vernieuwing van de bedrijfsgezondheidszorg wijst in die richting. Daarin wordt gepleit voor aanpassing van het stelsel van bedrijfsgezondheidszorg en de ontwikkeling van arbeidsgerelateerde poliklinieken en kenniscentra. De SER ziet daarbij een taak weggelegd voor de NVAB. De NVKA wil deze ontwikkeling graag faciliteren.¹⁹ ■

contact

secretariaat@nvka.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Dit artikel is voor de formatie van het nieuwe kabinet-Rutte II in briefvorm aangeboden aan de toenmalige ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken. De beroepsverenigingen willen dit pleidooi nogmaals onder de aandacht brengen.

web

www.nvka.nl
www.nvab-online.nl

De voetnoten vindt u onder dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

PRAKTIJKPERIKEL

KIJKEN, KIJKEN, NIET KOPEN

Als bijna zeventigjarige gepensioneerde neuroloog consulteerde ik enige jaren geleden een orthopeed voor toenemende pijnklachten van de knieën. De collega keek nauwelijks, maar liet direct röntgenfoto's en een MRI-scan maken. Daar was artrose op te zien (weinig verwonderlijk natuurlijk!) en een scheur in de meniscus. Aangezien ik geen symptomen van een meniscuslaesie had, wees ik de ogenblikkelijk voorgestelde arthroscopie beleefd van de hand en ging ik oefenen. Dat lukte matig.

Een paar jaar later noopten de klachten tot een tweede consult bij een orthopeed die ik had uitgezocht om zijn reputatie van conservatief beleid. Deze keek goed en maakte slechts één staande röntgenfoto, waarop matig versmalde gewrichtsspleten zichtbaar waren. Hij ried fietstraining aan. Mijn fietsconditie steeg tot jeugdige hoogte, maar enkele jaren later werd de pijn bij het lopen zeer storend.

Met tegenzin liet ik mij door vrienden een derde consult aanpraten. Deze orthopeed nam een goede anamnese af en keek alleen maar. Naar mijn benen, naar de stand, naar mijn looppatroon en naar mijn levensstijl. Hij ontried ten stelligste operatief ingrijpen en beval houdingverandering aan, bijvoorbeeld met behulp van correctiezolen. De zolen hielpen iets, maar onvoldoende. Lopen met gebogen knieën bleek de pijn te verminderen.

Het begrip 'houdingverandering' bracht mij op het idee om mij tot een Mensendieck-therapeute te wenden. Zij keek, consult na consult, naar stand, houding en bewegingspatroon, van top tot teen. Oefeningen en een veranderd looppatroon, dat zij met mij ontwierp, bleken voldoende te helpen. Lopen werd weer een feest! De kosten voor deze bewegingstherapie droeg ik zelf. Het kostte de verzekering, de gemeenschap, dus niets. Jammer van de eerder 'gekochte' dure onderzoeken. Goddank dat er mij geen operatie verkocht werd.

Bij alle soms noodzakelijke geavanceerde diagnostiek is er beslist nog plaats voor het ouderwets zuinige, maar effectieve en veilige: 'kijken, kijken, niet kopen!'

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl