

heidsfactoren, het onderwijs, de organisatie van de zorg, de kwaliteit van arbeid en arbeidsomstandigheden, en maatschappelijke factoren zoals ongelijke kansen een rol.

De noodzaak van een multisectorale benadering van preventie en arbeidsparticipatie is onlangs onderstreept in onderling afgestemde advisering door de SER, de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad, en de Raad voor het Openbaar Bestuur. Het parallelle belang van wetenschappelijk onderbouwde preventie en zorg voor de volksgezondheid en als investering in de samenleving en de economie, kan niet genoeg worden benadrukt.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn te vinden op [www.gezondheidsraad.nl](http://www.gezondheidsraad.nl).

#### LITERATUUR

1. Mulder G. Hadden we maar meer geweten. Gezondheidsraadlezing 2009. <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/tekstVoorzitterGBBS.pdf>

#### PERSONALIA

Prof.dr J.A. Knottnerus is voorzitter van de Gezondheidsraad.

#### CORRESPONDENTIEADRES

De Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag.  
E-mail: [info@gr.nl](mailto:info@gr.nl).

## KLINISCHE ARBEIDSGENEESKUNDE

# Klinische arbeidsgeneeskunde: meer aandacht voor de factor arbeid in de kliniek

L.A.M. Elders

Er bestaat nauwelijks aandacht voor de factor arbeid in de curatieve gezondheidszorg. Op dit punt loopt Nederland achter in Europa. Integratie van arbeidsgeneeskundige en klinische zorg biedt echter grote voordelen. Door gebrek aan structurele financiering wordt de toegang tot de tweedelijnsarbozorg ernstig beperkt, waardoor kansen voor betere etiologische diagnostiek en arbeidsparticipatie worden gemist. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA), die anderhalf jaar geleden werd opgericht, ziet het als haar taak hierin verandering te brengen. De initiatiefnemers van de NVKA gaan in dit artikel in op de meerwaarde van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg.

#### HISTORIE

Met zijn *Handleiding tot de kennis der beroepsziekten* (1908) heeft Louis Heijermans de basis gelegd voor de klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland.<sup>1</sup> In het verloop van de vorige eeuw ontstond ook steeds meer wet- en regelgeving op het gebied van de sociale zekerheid en zorg. Door de introductie van de Wet Arbeidsongeschiktheitsverzekeringen (WAO) in 1967 verdwenen vervolgens de Ongevallenwet en Invaliditeitswet en daarmee ook het onderscheid tussen het *risque social* en het *risque professionnel*.

Dit laatste betekende het einde van het verschil in inkomenscompensatie tussen hen die arbeidsongeschikt waren geworden door bedrijfsongevallen en beroepsziekten en degenen die dat geworden waren door oorzaken buiten het werk. Met het opheffen van het *risque professionnel* verdwenen echter ook financiële prikkels om op bedrijfsniveau voor verbetering van preventie te zorgen en, binnen de gezondheidszorg, de hiermee verbonden structurele financiering voor diagnostiek en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen te regelen. Een infrastructuur voor klinische arbeidsgeneeskunde zoals die bekend is in ons omringende landen, zoals Duitsland, Frankrijk en Scandinavische landen, ontbreekt dan ook in Nederland.<sup>2</sup>

De oprichting van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) in 1995 en het Solvent Team voor patiënten met organisch psychosyndroom (OPS) of 'schilderziekte' in 1997 in Amsterdam betekende een nieuwe start van de klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland. Aan patiënten met OPS, of chronische toxische encefalopathie (CTE), kon door middel van uitgebreide diagnostiek en begeleiding advies worden gegeven, en betrokken instanties konden worden geïnformeerd over preventieve maatregelen.<sup>3</sup> Het was mevrouw Borst, de toenmalige minister van

**KLINISCHE ARBEIDSGENEESKUNDE, NVKA**

Volksgezondheid, die destijds de Ziekenfondsraad vroeg hiervoor een subsidieregeling in te stellen die later werd omgezet in een structurele financiering.

Klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland heeft zich vanaf 2001 verder ontwikkeld met de oprichting van vier kenniscentra voor longaan- doeningen, psychische aandoeningen, klachten aan het bewegingsapparaat en huidaandoeningen. Ze hadden als taak door middel van het verzamelen, ontwikkelen en verspreiden van nieuwe kennis een directe bijdrage te leveren aan de verbetering van de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met arbeidsrelevante gezondheidsproblemen. Na het intrekken van de subsidie door het ministerie van VWS in 2004 ontwikkelden zich uit enkele kenniscentra klinisch arbeidsgeneeskundige centra.

### BEHOEFTEPEILING

Bestaat er behoefte aan arbeidsgeneeskundige centra in Nederland? In 2005 werd op grond van deze vraagstelling op verzoek van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop de reguliere zorg inspeelde op arbeidsrelevante aandoeningen. Aan de hand van een zestal ziektebeelden, reumatoïde artritis, artrose van de knie, insuline afhankelijke diabetes, slechthorendheid, depressie en myocardinfarct werd een zorganalyse uitgevoerd.

Uit de resultaten bleek dat er een duidelijke lacune bestond tussen de gangbare en wenselijke behandeling en begeleiding indien de factor 'arbeid' daarin een rol speelde. Winst in de zorg viel zeker te behalen en daarvoor werden drie oplossingen geopperd:

- bijscholing van huisarts, specialist en bedrijfsarts;
- een vaste consulent bedrijfsarts verbonden aan een beperkt aantal specialismen;
- oprichting van een beperkt aantal expertisecentra op het gebied van werk en aandoeningen.

Als eerste aanbeveling werd genoemd het toetsen van de genoemde oplossingen op kosten en baten door middel van een pilotproject. Als tweede aanbeveling gold de analyse van indicatoren gericht op de beoordeling van de effectiviteit van de genoemde oplossingen.<sup>4</sup> Helaas is tot op heden met dit rapport door CVZ niets gedaan. Toch zijn er anno 2009 volop kansen en uitdagingen voor klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland. Daarbij zal vooral onderzoek naar kwaliteit en behaald resultaat nodig zijn om de toegevoegde

waarde van de klinisch arbeidsgeneeskundige centra aan te tonen. Wat betreft dat laatste hebben enkele centra een analyse uitgevoerd van de eigen data die een duidelijke onderbouwing geven van de behoefte aan de ontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde als onderdeel van de reguliere zorg.<sup>5,6</sup>

### DEFINITIE, MISSIE EN VISIE

De NVKA heeft de klinische arbeidsgeneeskunde als volgt gedefinieerd: het is het domein binnen de geneeskunde waarin structureel gebruik wordt gemaakt van specifieke arbeids- en bedrijfsgeneeskundige kennis in een reguliere klinische of transmurale setting voor patiënten waarbij de factor arbeid relevant is voor diagnostiek, behandeling, prognose en preventie. De klinische arbeidsgeneeskunde heeft als focus de meer complexe problematiek rond ziekte en arbeid. Het kan daarbij gaan om causaliteits- en conditionaliteitsvragen; van beide een voorbeeld. Bij onderzoek van specifieke arbeidsomstandigheden als mogelijke oorzaak van de aandoening moet gedacht worden aan mogelijke gevallen van beroepsastma of beroepshuidaandoeningen. Het gebeurt nu maar al te vaak dat behandelingen tegen deze aandoeningen worden ingesteld zonder etiologische diagnostiek. De kans op recidivering en verergering van de aandoening ligt dan op de loer, en kansen voor preventie worden hiermee gemist. Bij een goede infrastructuur met (poli)klinieken voor beroepsziekten, zoals in vele andere landen bestaat, worden deze 'bijwerkingen van werk' beter zichtbaar waardoor effectieve secundaire en primaire preventie kan worden georganiseerd.

Ook de conditionaliteitsvragen bij patiënten met ingrijpende ziektes wat betreft hun werk behoort tot het domein van de klinische arbeidsgeneeskunde. Counseling door een klinisch arbeidsgeneeskundige met verstand van werk kan kataly-

! Nederland is een ontwikkelingsland op het gebied van de klinische arbeidsgeneeskunde.

! Hierdoor worden kansen gemist: patiënten blijven onnodig aan de kant staan of komen in functies terecht die voor hen ziekmakend zijn.

! Signalen voor preventie worden gemist omdat in Nederland zoeken naar oorzaken van ziekte in het werk niet structureel geregeld is.

! Het is 'time for a change'. De NVKA wil zorgvernieuwing ondersteunen met als doel integratie van arbeidsgeneeskunde en curatieve zorg.

serend werken en taboes rond bijvoorbeeld kanker en werk kunnen worden doorbroken. Behandelende specialisten hebben vaak onvoldoende aandacht voor en verstand van werk en de mogelijkheden en beperkingen van het sociale zekerheidssysteem. Samenwerking met een klinisch arbeidsgeneeskundige in het zorgteam kan deze lacune doorbreken. Klinische arbeidsgeneeskunde heeft een toegevoegde waarde in de zorgketen voor patiënten die op enigerlei wijze werkzaamheden (arbeid) verrichten. Het slaat een brug tussen eerste- en tweedelijnszorg en is in die zin een verbindend element in de zorg. Integratie van arbeids- en bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg, met andere woorden multidisciplinaire aanpak, biedt dan ook een meerwaarde. De zorg wordt toegankelijker, de samenwerking tussen professionals eenvoudiger met als resultaat een forse kostenbesparing<sup>7</sup> en zou in de reguliere gezondheidszorg moeten worden ingebed. Tweedeling in de klinische arbeidsgeneeskunde dreigt nu omdat alleen de 'betere bedrijven' voor deze zorg willen betalen.

Het huidige kabinet zet nadrukkelijk in op het vergroten van arbeidsparticipatie. Het is dan ook van groot belang om de zorg rond de patiënt die vanuit de kliniek wil re-integreren in werk, te verbeteren. In wezen is elke ziekte, aandoening of stoornis potentieel arbeidsrelevant omdat deze gerelateerd kunnen zijn aan verzuim en arbeidsongeschiktheid.<sup>8</sup> Vooral op de reductie van deze laatste uitkomstmaten wordt door het kabinet zwaar ingezet. Er moet dus nodig wat veranderen aan het zorgsysteem in Nederland.<sup>9</sup> Om dit te concretiseren heeft de NVKA een aantal doelstellingen geformuleerd waarvan de twee belangrijkste zijn:

- bevorderen van diagnostiek en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen zowel op individueel als op populatieniveau;
- stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, zorgvernieuwing en professionele ontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde.

Om dit te kunnen realiseren onderstreept de NVKA de noodzaak tot een multidisciplinaire benadering van het vakgebied.

#### KLINISCH ARBEIDSGENEESKUNDIGE CENTRA

In Nederland is een aantal klinisch arbeidsgeneeskundige centra actief gespecialiseerd in één of meerdere diagnosegroepen. Ze hebben vaak samenwerkingsverbanden met academische cen-

tra en zijn veelal gelokaliseerd in de grote steden. In de tabellen 1 en 2 staat een overzicht van de thans functionerende centra waarin leden van de NVKA actief zijn.

De geleverde zorg van enkele van deze centra is recent ook geëvalueerd. De conclusie luidt dat over het algemeen de klachten en beperkingen verminderen, de medische consumptie en het verzuim daalt en de werkhervatting toeneemt.<sup>10</sup> De meeste centra vallen niet onder de reguliere zorg en hebben moeite met hun financiering omdat zij afhankelijk zijn van externe verwijzers in de particuliere markt, voornamelijk werkgevers; het zijn vooral werknemers van kleine bedrijven die deze zorg moeten ontberen. Door deze problemen blijven de verwijzingen naar de klinische arbeidsgeneeskundige centra achter bij de verwachtingen. Hierdoor staat de continuïteit van sommige centra en de mogelijkheden de kwaliteit van zorg goed te evalueren met bijvoorbeeld randomized controlled trials onder druk.

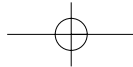
#### DE TOEKOMST

De klinische arbeidsgeneeskunde zit in Nederland in een ontwikkelingsfase die nog niet uitgekristalliseerd en geïnstitutionaliseerd is. De NVKA acht het van groot belang dat het CVZ en het ministerie van VWS de financiering van de klinische arbeidsgeneeskundige zorg in Nederland reguleert. De diagnosebehandelcombinaties (DBC's) zouden aangepast kunnen worden waardoor in de zorg rekening kan worden gehouden met de factor arbeid. De NVKA wil zich sterk maken voor het verder ontwikkelen van de klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland. De ontwikkeling van een 'profiel en eisenpakket' voor de klinisch arbeidsgeneeskundige is belangrijk om te komen tot een beschermde titel 'klinisch arbeidsgeneeskundige' en noodzakelijk om een kwaliteitsniveau te handhaven. Nu nog kan iedereen zich klinisch arbeidsgeneeskundige noemen ongeacht opleiding en werkervaring. Als laatste geldt het uitdragen van het belang en het vergroten van de herkenbaarheid van de klinische arbeidsgeneeskunde in de zorg, het onderwijs aan studenten geneeskunde en aan collega's in het veld. Met de oprichting van de NVKA is hiervoor een eerste stap gezet. Voor meer informatie over lidmaatschap, enzovoort, wordt verwezen naar de website van de NVKA [www.nvka.nl](http://www.nvka.nl).

#### LITERATUUR

1. Heijermans L. Handleiding tot de kennis der beroepsziekten. Deel 1 en 2. Rotterdam: W.L.&J. Brusse's Uitgevers-Maatschappij, 1908.
2. Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen en begelei-

<b>Tabel 1</b> Overzicht van Nederlandse klinische arbeidsgeneeskundige centra	
<b>Centrum</b>	<b>PMA (Polikliniek Mens en Arbeid)</b>
<b>Emcare</b> (arbeidsgerelateerde aandoeningen van het bewegingsapparaat)	<b>Emcare</b> (arbeidsgerelateerde aandoeningen van het bewegingsapparaat)
<b>NKAL</b> (Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen)	<b>NKAL</b> (Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen)
<b>CALHAR</b> (Centrum voor Arbeidsgerelateerde Luchtweg-, Huid-, en Allergologische aandoeningen Rotterdam)	<b>CALHAR</b> (Centrum voor Arbeidsgerelateerde Luchtweg-, Huid-, en Allergologische aandoeningen Rotterdam)
<b>Centrum voor huid en arbeid ('kapperspoli')</b>	<b>Centrum voor huid en arbeid ('kapperspoli')</b>
<b>Hoofvestiging</b>	Amsterdam
<b>Diagnosegroep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologie, inclusief cerebrovasculaire aandoeningen</li> <li>• Chronische toxische encefalopathie (CTE) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Solvent Team</li> <li>– Solvent Team</li> </ul> </li> <li>• Dermatologie</li> <li>• Endocrinologie, m.n. diabetes mellitus</li> <li>• Gehoor en Arbeid</li> <li>• Houdings- en bewegingsapparaat, i.s.m. het Jan van Breemen Instituut (CAGA)</li> <li>• Kanker en werk</li> <li>• Longaandoeningen</li> <li>• Oogaandoeningen</li> <li>• Psychiatrische aandoeningen <ul style="list-style-type: none"> <li>– depressie</li> <li>– psychotrauma</li> <li>– overige arbeidsrelevante psychiatrische aandoeningen</li> </ul> </li> <li>• Zwangerschap en werk</li> </ul>
<b>Samenwerkingsverband</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erasmus MC, Rotterdam</li> <li>• CIR, Zwolle</li> <li>• Medisch Expertise Centrum Kempen, Veldhoven</li> <li>• Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc), Amsterdam</li> <li>• Gezondheidsboulevard Friesland, Heerenveen</li> </ul>
<b>Nevenlocaties</b>	Zie bovenstaande locaties
<b>Website</b>	<a href="http://www.emcare.nu">www.emcare.nu</a>
	<a href="http://www.amc.nl/?sid=673">www.amc.nl/?sid=673</a>
	<a href="http://www.nkal.nl">www.nkal.nl</a>
	<a href="http://www.erasmusmc.nl/algo-cs/calhar/CALHARfolder??lang=nl">www.erasmusmc.nl/algo-cs/calhar/CALHARfolder??lang=nl</a>
	<a href="http://www.huidenarbeid.nl">www.huidenarbeid.nl</a>

**Tabel 2**

Vervolg overzicht Nederlandse klinische arbeidsgeneeskundige centra

Centrum	ICARA ( Integraal Centrum voor Arbeidsrelevante Aandoeningen)	Stichting Vroege Interventie Revalidatiezorg	ECEM (Expertise Centre Environmental Medicine)
<b>Hoofdvestiging</b>	Sint Maartenskliniek, Nijmegen	Contactadres: Wijk aan Zee	Arnhem
<b>Diagnosegroep</b>	Houdings- en bewegingsapparaat	Houdings- en bewegingsapparaat	Toxicologische aandoeningen
<b>Samenwerkingsverband</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polikliniek Mens en Arbeid (PMA), Amsterdam</li> <li>• Partner met PMA in Medisch Expertisecentrum vervoersector (MECV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrum voor revalidatie UMCG</li> <li>• Revalidatie Friesland</li> <li>• Het Roessingh, Centrum voor revalidatie</li> <li>• De Trappenberg</li> <li>• Heliomare arbeidsintegratie</li> <li>• Militair Revalidatiecentrum Aardenburg</li> <li>• Stichting Revalidatiecentrum Breda</li> <li>• Revalidatiecentrum Leijpark</li> <li>• Revalidatiecentrum Blixembosch</li> <li>• Stichting Revalidatie Limburg</li> <li>• Rijndam revalidatiecentrum</li> <li>• Revalidatiecentrum De Waarden</li> <li>• Jan van Breemen Instituut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem</li> </ul>
<b>Nevenlocaties</b>	Woerden	Zie bovenstaande locaties	–
<b>Website</b>	<a href="http://www.maartenskliniek.nl/contact/icara">www.maartenskliniek.nl/contact/icara</a>	<a href="http://www.vroegeventerventie.nl">www.vroegeventerventie.nl</a>	<a href="http://www.environmentalmedicine.nl">www.environmentalmedicine.nl</a>

- den. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Nr 2005/10. Den Haag: GR, 22 juli 2005.
- Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Kop in de wind. Tien jaar werken aan beroepsziekten. Amsterdam: NCvB, 2005.
  - Piebenga WP, Dijk F van, Frings-Dresen M. Verkenning behoefte klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland. Amsterdam: Coronel Instituut/AMC, juli 2005 rapport nr 05-05.
  - Groene GJ de, Pal TM. Klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland anno 2009: Volop kansen en uitdagingen. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2009; 17: 112-115.
  - Rooijackers JM. Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen. Ned Tijdschr Geneeskd 2006; 150: 1238-1242.
  - Bruins Slot JHW. Bedrijfsgeneeskunde moet integreren. Med Contact 2006; 61: 248-251.
  - Faber E. Management of sick leave due tot musculoskeletal disorders [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2006.
  - Elders L, Rodenburg P. Aandacht voor werk. Structuur gezondheidszorg voor werknemers kan veel beter. Med Contact 2007; 18: 783-785.
  - Massault-Panis MM, Kuijer PPFM, Frings-Dresen M. Hoe is de klinische arbeidsgeneeskundige zorg voor het houdings- en bewegingsapparaat in Nederland ingericht? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2009; 16: 400-404.

**PERSONALIA**

Dr. Leo A.M. Elders is bedrijfsarts-klinisch arbeidsgeneeskundige en secretaris/penningmeester NVKA.

Drs. Gert van der Laan is klinisch arbeidsgeneeskundige en voorzitter NVKA.

Prof.dr. Derk P. Bruynzeel is dermatoloog en bestuurslid NVKA.

Drs. J.H.W. Bruins Slot is bedrijfsarts en lid NVKA.

**CORRESPONDENTIEADRES**

Dr. L.A.M. Elders, Lotte Stam-Beesestraat 54, 3066 HB Rotterdam.

