

TNO-rapport
96.046

TNO Preventie en Gezondheid
Divisies Collectieve Preventie
en Arbeid en Gezondheid

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18
Fax 071 5 18 19 20

**Preventie van klachten en aandoeningen van
het bewegingsapparaat**
een verkenning van epidemiologie, mogelijkheden
voor preventie en toepassing van preventieve
activiteiten; samenvattend rapport

auteurs:
H.S. Miedema
P.M. Bongers
M.H. Westhoff

datum:
Juli 1996

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onderzoeks-
opdrachten aan TNO, dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1996 TNO

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 30, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr. 29.428
plaats 56-49 (2^e ex.)
datum 01 NOV. 1996



Miedema, HS
Bongers, PM
Westhoff, MH

ISBN: 90-6743-434-5

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 35,25 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 96.046.

INHOUD	pagina
1. INLEIDING, DOEL- EN VRAAGSTELLINGEN EN AFBAKENING	1
1.1 Inleiding en doelstelling	1
1.2 Vraagstellingen	2
1.3 Afbakening	3
2. EPIDEMIOLOGIE VAN KLACHTEN EN AANDOENINGEN VAN HET BEWEGINGSAPPARAAT	5
2.1 Prevalentie, incidentie en beloop	5
2.2 Determinanten van ontstaan of beloop (risicofactoren / prognostische factoren)	7
3. MOGELIJKHEDEN VOOR PREVENTIE VAN KLACHTEN EN AANDOENINGEN VAN HET BEWEGINGSAPPARAAT	9
4. TOEPASSING VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN	12
4.1 Organisaties die zich bezig houden met algemene preventieve activiteiten	12
4.2 Organisaties die zich bezig houden met preventieve activiteiten op het werk	17
4.3 Preventieve activiteiten	20
4.3.1 Primaire preventie	20
4.3.2 Secundaire preventie	25
4.3.3 Tertiaire preventie	25
4.3.4 Verbeteren van kwaliteit van zorg	27
4.3.5 Reïntegratie	31
4.4 Conclusies over belemmerende/bevorderende factoren bij preventieve activiteiten op het werk	32
5. BESCHOUWING	34
5.1 Epidemiologie	34
5.2 Mogelijkheden voor preventie	35
5.3 Prioritering ten aanzien van mogelijke preventieve interventies	36
5.4 Mogelijke opbrengst van preventie	39

vervolg INHOUD	pagina
6. CONCLUSIES	41
6.1 Conclusies ten aanzien van afzonderlijke preventieve activiteiten	41
6.1.1 interventies gericht op verbetering van fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplekken en organisatie	41
6.1.2 preventie van osteoporose door suppletie van calcium/vitamine D/ oestrogenen, (eventueel na screening op verminderde botmassa)	43
6.1.3 screenen in consultatiebureau op congenitale heupdysplasie (+adequate behandeling)	44
6.1.4 activiteiten gericht op verbetering van kwaliteit van zorg	44
6.1.5 activiteiten gericht op reïntegratie in het arbeidsproces	47
6.1.6 rugscholing	48
6.1.7 bewegings-/fitnessprogramma's (bedrijfsfitness, meer bewegen voor ouderen, de klas beweegt etc.)	49
6.1.8 voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid	51
6.1.9 reductie van overgewicht	52
6.1.10 screening op (ernstige) houdingsafwijkingen bij schoolgaande jeugd (+adequate behandeling)	53
6.1.11 voorlichting en training over veranderen houdings- en bewegingsgedrag en fysieke belasting in bepaalde beroepen/lager en middelbaar beroepsonderwijs	53
6.1.12 algemene voorlichting over aandoeningen van het bewegingsapparaat en hun diagnostiek en behandeling	54
6.1.13 voorlichting over lichamelijke activiteit en fysieke belasting	54
6.1.14 ergonomische maatregelen thuis / school / openbaar vervoer	55
6.1.15 screening op aanwezigheid van beperkingen bij ouderen (+adequate behandeling)	55
6.1.16 signaleren van kinderen met motorische achterstand en aanbieden van speciaal programma	55
6.1.17 screening op beenlengteverschil (+adequate behandeling)	55
7. AANBEVELINGEN	56

LIJST MET IN DIT RAPPORT GEBRUIKTE AFKORTINGEN:

CCZ	Coördinatiecentra Chronisch Zieken
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdiensten
LCG	Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en Onderwijs (per 01/01/96 gefuseerd in NIGZ)
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD'en
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKB-Nederland	Midden en klein bedrijf-Nederland
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISG	Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (per 01/01/96 gefuseerd met NOC*NSF)
NVR	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
PAOG	Post Academisch Onderwijs Geneeskunde
RA	Reumatoïde Artritis
RSI	Repetitive Strain Injuries: aandoeningen door repeterend handelen
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
TICA	Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming
TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1. INLEIDING, DOEL- EN VRAAGSTELLINGEN EN AFBAKENING

1.1 Inleiding en doelstelling

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat komen zeer veel voor en leiden veelvuldig tot consultatie van de huisarts en gebruik van andere gezondheidszorgvoorzieningen. Aandoeningen van het bewegingsapparaat staan bovenaan wat betreft huisartsconsulten. Jaarlijks vinden tenminste 750.000 nieuwe verwijzingen naar de fysiotherapeut plaats en 450.000 nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten. Elk jaar wordt circa 1% van de bevolking opgenomen, met een aandoening van het bewegingsapparaat als hoofddiagnose. De directe medische kosten die terug te voeren zijn op deze categorie van klachten en aandoeningen worden begroot op ongeveer f 2,8 miljard gulden, dit is 7% van het totaal. Met cijfers uit 1991 is berekend dat met specifieke rugklachten al een bedrag van ongeveer f 700 miljoen is gemoeid.

Aandoeningen van het bewegingsapparaat vormen de belangrijkste oorzaak van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven (ADL) en van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en produktiviteitsverlies. De grootste kostenpost wordt gevormd door uitkeringen wegens ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid, voor het jaar 1990 geschat op respectievelijk f 3,1 en f 6,1 miljard gulden. Met cijfers uit 1991 kwam men recent voor alleen specifieke rugklachten zelfs uit op een totaalbedrag van f 8,8 miljard gulden. In deze cijfers zijn de kosten door produktiviteitsverlies - voor 1985 al geschat op circa f 6 miljard - nog niet verdisconteerd.

Effectieve preventieve interventies kunnen leiden tot zowel gezondheidswinst als economische winst. Door diverse instanties zijn al activiteiten op dit gebied ontwikkeld gericht op verschillende doelgroepen. Daarbij ontbrak het aan inzicht in de organisatorische structuren en samenwerkingsvormen voor implementatie en uitvoering van de preventieve activiteiten op dit gebied en aan coördinatie (bundeling en afstemming van deze activiteiten). Daarom heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mede namens het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), aan de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) gevraagd om een project te ontwikkelen om de aansturing en organisatie van preventie-activiteiten op het terrein van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat te verbeteren. De NCCZ heeft een projectgroep ingesteld, die daarvoor aanbevelingen heeft gedaan. Voor deze aanbevelingen en de samenstelling van de projectgroep verwijzen wij naar het rapport van de projectgroep, dat uitgegeven wordt door de NCCZ. Dit rapport geeft een samenvatting van een door TNO Preventie en Gezondheid uitgevoerde verkenning van epidemiologie, mogelijkheden voor preventie en toepassing van preventieve activiteiten betreffende aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Deze verkenning was erop gericht de voor de aanbevelingen van de projectgroep benodigde informatie aan te dragen. De volledige resultaten van de verkenning, alsmede een lijst van geraadpleegde literatuur, worden weergegeven in een uitgebreid rapport. Voor meer informatie bij dit samenvattende rapport en de geraadpleegde referenties wordt dan ook verwezen naar het uitgebreide rapport.

1.2 Vraagstellingen

Uit de centrale doelstelling van dit project zijn de volgende vraagstellingen afgeleid:

1. Welke aandoeningen en gevolgen (beperkingen en handicaps) daarvan worden in de verkenning betrokken
2. Wat is (globaal) bekend over aard en omvang, determinanten, risicofactoren en gevolgen van de geselecteerde aandoeningen
3. Wat is (globaal) bekend over mogelijkheden voor primaire, secundaire en tertiaire preventie van de geselecteerde aandoeningen of de gevolgen daarvan
4. Welke preventieve maatregelen gericht op het voorkómen van de geselecteerde aandoeningen of vermindering van de gevolgen daarvan worden reeds in Nederland toegepast
5. Welke organisaties, instellingen en samenwerkingsverbanden zijn actief op het gebied van preventie van de geselecteerde aandoeningen
6. Welke knelpunten en lacunes in de implementatie, uitvoering of organisatie van preventieve activiteiten ten aanzien van de geselecteerde aandoeningen zijn op basis van de beantwoording van de voorgaande vraagstellingen te onderscheiden
7. Welke verbeteringen of veranderingen van preventieve activiteiten of de organisatie daarvan zijn noodzakelijk

Vraagstelling 1 betreft de afbakening van het terrein van de verkenning. In paragraaf 1.3 wordt daarop ingegaan. De vraagstellingen 2 en 3 worden beantwoord door middel van bestudering van overzichtsliteratuur. Ter beantwoording van vraagstellingen 4 en 5 is informatie verzameld over de activiteiten van vele organisaties en instellingen op het gebied van preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Met deze informatie zijn conclusies getrokken en aanbevelingen opgesteld ter beantwoording van vraagstellingen 6 en 7.

1.3 Afbakening

Omdat het terrein van klachten en aandoeningen zeer breed is, is ervoor gekozen dit terrein in te perken. Het project richt zich op klachten en aandoeningen, die primair hun oorsprong vinden in het bewegingsapparaat en die niet zijn veroorzaakt door een trauma. Aandoeningen zoals het whiplash syndroom, sportblessures en fractures vallen buiten dit project. De volgende criteria zijn aangewend om het terrein van aandoeningen van het bewegingsapparaat verder af te bakenen:

- prevalentie van de (categorie van) klachten of aandoeningen
- ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van de klachten/aandoeningen
- ziekenhuisopnamen wegens de klachten/aandoeningen

Op grond van deze criteria zijn de volgende (groepen van) aandoeningen van het bewegingsapparaat geselecteerd:

- Reumatoïde artritis
- Perifere artrositis deformans
- Rugklachten en aandoeningen
- Nekklachten en aandoeningen
- Schouderklachten en aandoeningen
- Elleboogklachten en aandoeningen
- Osteoporose
- Fibromyalgie
- Repetitive strain injuries / tendinopathieën

Onder *primaire preventie* worden in dit project activiteiten verstaan, die gericht zijn op het voorkómen van het ontstaan van aandoeningen van het bewegingsapparaat. *Secundaire preventie* richt zich op vroege opsporing van aandoeningen, nog voordat klachten zijn ontstaan. *Tertiaire preventie* heeft betrekking op het verminderen van de gevolgen van een aandoening in termen van beperkingen en handicaps (in dit verband vooral met betrekking tot mobiliteit). Hierbij zal de aandacht zich niet richten op aspecten van behandeling en begeleiding van individuele patiënten of arbeidsongeschikten omdat dit evaluatie van de hele curatieve zorg zou betekenen. Dit rapport richt zich derhalve op programma's die van belang zijn voor groepen patiënten, zoals voorlichting over het omgaan met klachten, rugscholen, maar ook protocollen, deskundigheidsbevordering van hulpverleners, toegankelijkheid van de zorg en programma's gericht op snelle terugkeer in werk bij verzuim.

Aangezien de gevolgen van ziekten en aandoeningen zelden een specifieke relatie hebben met één aandoening, maar meestal door meerdere aandoeningen veroorzaakt kunnen worden, kan tertiaire preventie dus ook relevant zijn voor aandoeningen buiten het bewegingsapparaat.

Een indicatie van de effectiviteit van preventieve activiteiten is in dit project verkregen door bestudering van overzichtsliteratuur. In het kader van deze verkenning was het niet mogelijk om per preventieve activiteit zelf studie te maken van de literatuur over effectiviteit. Bij de rangschikking van de preventieve activiteiten naar prioriteit is de indicatie voor effectiviteit wel als belangrijk criterium meegenomen.

2. EPIDEMIOLOGIE VAN AANDOENINGEN VAN HET BEWEGINGSAPPARAAT

In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven van het vóórkomen, het beloop en de determinanten van de geselecteerde aandoeningen van het bewegingsapparaat. Voor een meer uitgebreide beschrijving en literatuurverwijzingen wordt verwezen naar het uitgebreide rapport.

2.1 Prevalentie, incidentie en beloop

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat komen zeer veel voor en vormen daarmee één van de grootste gezondheidsproblemen. In tabel 1 wordt de informatie over incidentie en prevalentie samengevat op basis van de uitgevoerde literatuurstudie. Hierbij wordt voor zover mogelijk onderscheid gemaakt tussen gegevens afkomstig uit populatie-onderzoek en gegevens uit huisartsenregistraties. De laatste reflecteren de groep van patiënten, die zich meldt aan de poort van de gezondheidszorg. Deze groep hoeft niet samen te vallen met de groep die een uitkering krijgt wegens ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid, omdat daarvoor een consult bij de huisarts niet noodzakelijk is.

Tabel 1 Schatting van prevalentie en incidentie (in % in 1 jaar) van diverse klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in Nederland (onderverdeeld naar gegevens afkomstig uit onderzoek in de algemene bevolking en uit huisartsenregistraties)

Aandoeningen van het bewegingsapparaat	Prevalentie in 1 jaar (in %)		Incidentie in 1 jaar (in %)	
	algemene bevolking	huisartspraktijk	algemene bevolking	huisartspraktijk
Reumatoïde artritis	1	0,5	0,04	0,04
Perifere (osteo)-artrose	± 10 ¹	5	1-2	1
Rugklachten/-aandoeningen	± 50 ²	7	2-6 ³	2-7 ⁴
Nekklachten/-aandoeningen	± 15	2-5	?	2-5
Schouderklachten/-aandoeningen	± 10	2	?	2
Elleboogklachten (meestal epicondylitis lateralis)	2	1	?	0.3
Osteoporose	2 ⁵	0.2-0.3	0,5-1	0.05
Fibromyalgie	1-2	1	?	0.04
Repetitive strain injuries (RSI) / tendinopathieën	2	2	?	1-2

? Onvoldoende gegevens bekend

¹ bij circa 25-35% van de bevolking kan radiologische perifere artrose worden vastgesteld. Circa 25-40% heeft daarvan klachten

² Grote spreiding (20-75%) afhankelijk van definitie en populatie

³ Eerste keer rugklachten (nooit eerder gehad)

⁴ Afhankelijk van niet (2%) of wel (7%) meetellen van recidieven

⁵ Gebaseerd op aanwezigheid van compressiefracturen van wervellichamen

⁶ Gebaseerd op het optreden van compressiefracturen (0,5%) en polsfracturen (0,5%)

De grootste groep klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat bestaat uit specifieke klachten en aandoeningen van de lage rug, gevolgd door nek- en schouderklachten. Deze groepen samen zijn verantwoordelijk voor circa 80% van alle klachten aan het bewegingsapparaat. De afzonderlijke episodes van deze klachten en aandoeningen hebben over het algemeen een goede prognose. Ongeveer 80-90% gaat binnen drie maanden over. Rug- en nekklachten kunnen echter herhaald optreden (recidiveren). Hoewel dus slechts een klein gedeelte van de mensen met klachten, chronische klachten ontwikkelt (10-20%), gaat het, vanwege de hoge prevalentie, om aanzienlijke aantallen in absolute zin. Dit komt onder meer tot uiting in kosten door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Eén derde van het aantal arbeidsongeschikten wordt toegeschreven aan aandoeningen van het bewegingsapparaat, hiervan wordt 40% veroorzaakt door rugklachten (één op de zeven arbeidsongeschikten heeft rugklachten). Van het ziekteverzuim, waarbij een diagnose is geregistreerd, is een kwart veroorzaakt door een aandoening van het bewegingsapparaat. Bovendien is de gemiddelde verzuimduur bij aandoeningen van het bewegingsapparaat hoger dan de algemene gemiddelde verzuimduur. Op grond van het vóórkomen van klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat en de gevolgen voor verzuim en arbeidsongeschiktheid lijkt preventie van specifieke klachten van lage rug, nek en schouder dus veel mogelijkheden te bieden. Dit geldt dan voor preventie van het ontstaan van deze klachten (primaire preventie), maar zeker ook voor preventie van het chronisch worden of recidiveren van deze klachten en preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid vanwege deze klachten.

Hoewel de rug-, nek- en schouderklachten de hoogste prevalenties laten zien, moeten ook andere aandoeningen van het bewegingsapparaat niet uit het oog worden verloren. Immers bij alle geselecteerde (groepen van) aandoeningen van het bewegingsapparaat gaat het om aanzienlijke aantallen patiënten. Ongeveer 10% van de volwassen populatie heeft klachten van artrose. Radiologische perifere artrose komt bij 25-35% van de bevolking voor. Bij artrose gaat het in principe om een chronische aandoening, die in wisselende mate klachten kan geven. Vanwege de hoge prevalentie is artrose één van de belangrijkste oorzaken van functiebeperking, met name van de onderste extremiteit. De prevalentie van aandoeningen van de elleboog (meestal epicondylitis lateralis), Repetitive strain injuries (RSI) en overige aandoeningen van gewrichten en weke delen is ook aanzienlijk. Hoewel ook deze aandoeningen een vaak gunstige prognose hebben, zijn de gevolgen voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid groot.

Tenslotte hebben sommige geselecteerde aandoeningen een relatief lage prevalentie, hoewel het in absolute aantallen nog om grote groepen patiënten gaat, die bovendien veel homogener van samenstelling zijn dan de grote groepen met specifieke klachten en aandoeningen.

Reumatoïde artritis (RA) is zonder twijfel wat betreft de gevolgen voor de patiënt de ernstigste van de geselecteerde aandoeningen. Patiënten zijn aangewezen op adequate behandeling en zorg om de gevolgen voor hun kwaliteit van leven te minimaliseren. Gemiddeld is het beslag op gezondheidszorgvoorzieningen per patiënt hoog. Ook het percentage patiënten dat het werk moet staken is zeer hoog. Uit recent onderzoek blijkt dat ook de gevolgen van fibromyalgie aanzienlijk zijn, alhoewel over het voorkomen en het beloop van deze aandoening nog veel onduidelijk is. Een bijkomend probleem voor fibromyalgiepatiënten is een gebrek aan erkenning, dat zij ervaren zowel in de gezondheidszorg als in de sociale zekerheid. Het belang van osteoporose ligt vooral in de verhoogde kans op het krijgen van fracturen van heup, rugwervels en pols. De gevolgen voor het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, maar ook voor de patiënten bij wie een dergelijke fractuur optreedt, zijn aanzienlijk.

2.2 Determinanten van ontstaan of beloop (risicofactoren / prognostische factoren)

Uit de verkenning blijkt dat er eigenlijk vrij weinig bekend is over de belangrijkste determinanten van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Dit geldt ook voor leefstijlfactoren en werkgebonden factoren, waarop toch door middel van preventieve activiteiten de meeste invloed is uit te oefenen. Veel van deze factoren hebben wel een mogelijke of veronderstelde invloed.

De belangrijkste werkgebonden factoren die van invloed zijn op het ontstaan of beloop van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn:

- fysiek zwaar werk voor ontstaan/beloop van rugklachten en artrose
- herhaalde kniebuigingen voor ontstaan/beloop van artrose
- herhaald tillen voor ontstaan/beloop van rugklachten en artrose
- tillen en werken in niet neutrale houdingen voor ontstaan van rugklachten
- lichaamstrillingen voor ontstaan van rugklachten
- werken met handen boven schouderhoogte voor ontstaan van schouderklachten
- repeterend handelen (met krachtoefening) voor ontstaan van schouder- en elleboogklachten
- werken met trillend of stotend gereedschap voor ontstaan van schouder- en elleboogklachten

De belangrijkste leefstijlfactoren die van invloed zijn op het ontstaan of het beloop van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn:

- tekort aan calcium of vitamine D voor ontstaan/beloop van osteoporose
- overgewicht voor ontstaan/beloop van artrose
- gebrek aan lichamelijke activiteit voor ontstaan/beloop van osteoporose

Daarnaast zijn er vele aanwijzingen voor relaties tussen andere (exogene) determinanten en het optreden of het beloop van aandoeningen van het bewegingsapparaat of voor associaties van bovengenoemde factoren met andere aandoeningen van het bewegingsapparaat. Te noemen zijn:

- hormonale factoren/orale anticonceptie voor ontstaan/beloop van reumatoïde artritis
- voeding (allergie) voor beloop van (subgroep) reumatoïde artritis
- roken voor artrose (verlaagd risico), rugklachten of osteoporose (verhoogd risico)
- lage sociaal economische status voor ontstaan/beloop van reumatoïde artritis, artrose, rugklachten, - trauma, sportblessures of intensieve sportbeoefening voor ontstaan van artrose
- gebrek aan lichamelijke activiteit voor artrose en rugklachten
- hoge werkdruk, weinig regelmogelijkheden en weinig afwisselend werk in combinatie met geringe ondersteuning door chef of collega's voor ontstaan rug- en nekklachten
- gedoseerd bewegen en rust voor beloop van fibromyalgie (gunstig)

Het is opvallend dat er ook weinig 'harde' gegevens beschikbaar zijn over factoren die het *beloop* van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat beïnvloeden. In de meeste onderzoeken wordt verondersteld dat psychische factoren, zoals het omgaan met pijn en beperkingen, van invloed zijn op het beloop. Dit geldt voor alle genoemde aandoeningen. Voor wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is ook het soort werk van invloed. Iemand met rugklachten kan immers vaak nog wel administratief werk uitvoeren, maar geen zware fysieke arbeid verrichten. Het is echter niet duidelijk in welke mate klinische, psychosociale en werkgebonden factoren invloed hebben op verzuim en arbeidsongeschiktheid.

3. MOGELIJKHEDEN VOOR PREVENTIE VAN AANDOENINGEN VAN HET BEWEGINGSAPPARAAT

In de tabellen 2.1 - 2.3 worden de mogelijke preventieve activiteiten voor klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat gepresenteerd, die in de verkenning naar voren zijn gekomen. Voor een uitgebreide bespreking van deze mogelijke preventieve activiteiten en onderbouwing met literatuur wordt verwezen naar hoofdstuk 3 van het uitgebreide rapport.

Tabel 2.1 Mogelijkheden voor preventieve activiteiten die aangrijpen op de determinanten van de klachten en aandoeningen

Determinant	Preventieve activiteit	Effectiviteit*
Voeding	- preventie osteoporose door suppletie van calcium / vitamine D / oestrogenen, eventueel voorafgegaan door screening op verminderde botmassa	+
Overgewicht	- reductie van overgewicht	a
Lichamelijke activiteit	- rugscholing	a
	- bewegings-/fitness-programma's (bedrijfsfitness, meer bewegen voor ouderen, de klas beweegt, lichamelijke opvoeding basisonderwijs)	a
Fysieke belasting (tillen, statische houdingen, repeterend handelen, trillen en schokken en dergelijke)	- interventies gericht op verbetering van fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplekken en organisatie trainingsprogramma's verbeteren houdings- en bewegingsgedrag	+
	- voorlichting over veranderen houdings- en bewegingsgedrag en fysieke belasting in bepaalde beroepen / lager en middelbaar beroepsonderwijs	o
	- algemene voorlichting (gericht op niet-werkende personen) over houding en beweging / fysieke belasting	o
	- ergonomische maatregelen thuis/school/openbaar vervoer	o
Houdingsafwijkingen	- screenen in consultatiebureau op congenitale heupdysplasie (+ adequate behandeling)	+
	- screenen op beenlengteverschil	o
	. houdingsafwijking (+ adequate behandeling)	o
	. progressieve scoliose (+ adequate behandeling)	a
Psychische factoren	- voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid (bijvoorbeeld bij reumatoïde artritis, artrose, rugklachten, nek/schouder/arm klachten, RSI, fibromyalgie)	a
	- algemene voorlichting over aandoeningen van het bewegingsapparaat en hun preventie, diagnostiek en behandeling	o
Beperkingen	- screening op aanwezigheid van beperkingen bij ouderen (+ adequate behandeling)	o
	- signaleren van kinderen met motorische achterstand en aanbieden van speciaal programma	o

effectiviteit: o = onbekend; a = aanwijzingen voor positief effect; + = positief effect aangetoond

Er is onderscheid gemaakt naar activiteiten die aangrijpen op de determinanten van de klachten en aandoeningen (tabel 2.1) en activiteiten die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en reïntegratie in het werk (tabel 2.2). Voor deze laatste twee groepen van activiteiten geldt dat zij niet specifiek gericht hoeven te zijn op (bepaalde) klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Bij elke mogelijke preventieve activiteit is de (globale) effectiviteit aangegeven. Daarbij is geen onderscheid gemaakt naar het eindpunt, waaraan de effectiviteit is afgemeten. Voorbeelden van eindpunten zijn het vóórkomen van klachten, indices voor functionele capaciteit of kwaliteit van leven, andere gevolgen van de aandoeningen (bijvoorbeeld complicaties, ernst, pijn), kosten (gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid), gedragsverandering etc. Wat betreft de effectiviteit zij vermeld dat in de verkenning alleen gegevens uit overzichtsliteratuur konden worden betrokken, waardoor het beeld onvolledig zou kunnen zijn. Uit de verkenning is gebleken dat slechts van een beperkt aantal van activiteiten de effectiviteit afdoende is vastgesteld. Voor een goede keuze voor bepaalde preventieve activiteiten zou in principe eerst meer onderzoek naar effectiviteit moeten worden uitgevoerd. Dit aspect komt terug bij de aanbevelingen.

De effecten voor de patiënt van activiteiten die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg zijn over het algemeen moeilijk op een methodologisch verantwoorde wijze vast te stellen. Voor een aantal interventies, zoals coördinatie van zorg, wachtlijstreductie en het ondersteunen van mantelzorg, zijn uit onderzoek aanwijzingen voor een positief effect verkregen. Dit wordt in tabel 2.2 aangegeven met een 'a'. Van een aantal activiteiten mag worden verwacht dat zij effect zullen sorteren, zoals deskundigheidsbevordering, kwaliteitsborging door visitaties of het vergroten van de beschikbaarheid van hulpmiddelen. Dit wordt in tabel 2.2 aangegeven met een 'v'. Voor andere activiteiten is dit op voorhand minder duidelijk, zoals protocollering en verbetering van communicatie. Gebruik van protocollen kan effectief zijn, doordat diagnose en behandeling gestandaardiseerd en volgens recente inzichten plaatsvinden. Voorwaarde is wel dat er consensus is over de inhoud van het protocol. Afstemming van zorg tussen eerste en tweede lijn kan overlap of uitstel in diagnostiek of behandeling voorkómen.

Het bevorderen van communicatie tussen curatief werkende artsen, bedrijfsgezondheidskundigen, arbeidsdeskundigen en verzekeringsgeneeskundigen, is van belang om enerzijds in een vroeg stadium zicht te krijgen op belastbaarheid, belastende factoren in de arbeidssituatie en noodzakelijke werkaanpassingen en anderzijds een snelle terugkeer in het arbeidsproces en minimalisatie van verzuim te bevorderen.

Voor reïntegratie geldt ook, dat effecten voor groepen patiënten moeilijk zijn aan te tonen. Effecten van maatregelen als werk(plek)aanpassing, sociaal medische begeleiding, opleiding/scholing en arbeidsrevalidatie zullen zeer individueel bepaald zijn. Het totaal van maatregelen kan echter wel leiden tot reductie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Vaak zullen niet de afzonderlijke onderdelen van reïntegratie worden geïmplementeerd, maar wordt op grond van de problematiek van de patiënt gekozen uit verschillende interventies, die binnen dit kader ter beschikking staan. Het gaat hierbij meer om het klimaat in een bedrijf, waarin aandacht is voor dit probleem en waarbij het mogelijk is bepaalde maatregelen op ergonomisch of organisatorisch gebied door te voeren en om de beschikbaarheid van goede methoden. Daarnaast is het van belang dat de betrokken organisaties afspraken maken door taakverdeling en samenwerking.

Tabel 2.2 Mogelijkheden voor preventieve activiteiten die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en op reïntegratie in het werk

	Preventieve activiteit	Effectiviteit*
Kwaliteit van zorg	deskundigheidsbevordering van hulpverleners	v
	protocolen voor diagnostiek of behandeling	o
	coördinatie van zorg (bijv. reumaconsulenten, care management)	a
	visitaties (binnen beroepsgroep)	v
	wachlijstreductie	a
	verbeteren communicatie eerste-tweede lijn / zorgafstemming	o
	verbeteren communicatie curatieve zorg bedrijfsgezondheidszorg	o
	beschikbaarheid hulpmiddelen	v
	ondersteunen mantelzorg	a
Reïntegratie	programma's gericht op snelle terugkeer in werk bij verzuim	o
	arbeidsbemiddeling / individuele trajectbegeleiding	o
	supported employment bij ernstige handicaps	a
	opleiding/scholing/training	o
	assessment/arbeidsonderzoek	o
	beroepskeuze en loopbaanbegeleiding	o
	sociaal medische begeleiding	a
	arbeidsrehabilitatie/revalidatie	o
	werkaanpassingen (fysiek/sociaal/werktijden/organisatie etc.)	a

effectiviteit: o = onbekend; v = positief effect verwacht; a = aanwijzingen voor positief effect

4. TOEPASSING VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN GERICHT OP AANDOENINGEN VAN HET BEWEGINGSAPPARAAT

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de resultaten van de inventarisatie. Allereerst worden kort de belangrijkste organisaties en hun activiteiten op het gebied van preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat besproken. Hierbij is onderscheid gemaakt naar organisaties die zich primair richten op algemene preventie en preventie op het werk van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Vervolgens wordt aangegeven welke organisaties zich bezighouden met de preventieve activiteiten zoals gepresenteerd in hoofdstuk 3. Dit wordt per preventieve activiteit beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren van preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in bedrijven.

4.1 Organisaties die zich bezig houden met preventie gericht op de algemene bevolking

Primair en secundair preventieve activiteiten gericht op het voorkómen of vroegtijdig opsporen van aandoeningen van het bewegingsapparaat worden voornamelijk uitgevoerd door GGD-en (incl. jeugdgezondheidszorg), consultatiebureaus, thuiszorginstellingen, andere instanties die voorlichting verzorgen (bijv. zorgverzekeraars), instellingen die meer bewegen voor ouderen (MBvO) organiseren en particuliere instellingen die bewegings- of fitnessprogramma's aanbieden (sportscholen, fysiotherapiepraktijken e.d.).

Bij tertiair preventieve activiteiten zijn instellingen betrokken die bepaalde interventies aanbieden (zoals voorlichting over 'coping' en zelfredzaamheid, rugscholing etc.). Dit kunnen thuiszorginstellingen of GGD-en zijn, maar ook revalidatie-instellingen en particuliere instellingen zoals fysiotherapiepraktijken en sportscholen (bijv. voor rugscholing). Voorlichting over aandoeningen en hun behandeling wordt vooral gegeven door het Nationaal Reumafonds en diverse patiëntenorganisaties. Daarnaast spelen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg de diverse beroepsverenigingen, de zorgverzekeraars, de patiëntenorganisaties en de overheid een belangrijke rol. Het Nationaal Reumafonds subsidieert de aanschaf van in principe geïndiceerde hulpmiddelen, die niet langs reguliere weg (WVG) worden vergoed.

Op dit moment ontbreekt het op vrijwel alle terreinen aan duidelijke aansturing of coördinatie van preventieve activiteiten gericht op aandoeningen aan het bewegingsapparaat.

Aandoeningen van het bewegingsapparaat hebben pas relatief recent de aandacht van het **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)** getrokken als een belangrijk gezondheidsprobleem. Een belangrijk markeringspunt is de nota reumabeleid in 1989, die ook van belang is als begin van het chronisch zieken beleid. Geconstateerd wordt dat de mogelijkheden voor primaire en secundaire preventie beperkt zijn. de aandacht richt zich wat preventie betreft dan ook op tertiaire preventie.

In de notitie Chronisch Ziekenbeleid wordt geconstateerd, dat patiënten met chronische aandoeningen geregeld een gebrek aan coördinatie en afstemming ervaren. Om deze reden wordt een coördinerende zorgfunctie gewenst. Zorgmodellen moeten worden ontwikkeld, waarin aandacht is voor samenwerking tussen eerste en tweede lijn en transmurale zorg. Ook wordt psycho-sociale zorg als onderdeel van de integrale zorg noodzakelijk geacht. Verder wordt aangegeven dat zinvolle preventieprogramma's worden bevorderd, bijvoorbeeld programma's ter voorkoming van verergering van de gevolgen van de ziekten, onder meer door mogelijkheden voor zelfcontrole, leefstijladviezen en voeding, en de ontwikkeling van protocollen voor vroegtijdige opsporing/diagnostiek.

In diverse later verschenen beleidsnota's worden soms wel aspecten van aandoeningen van het bewegingsapparaat en de preventie daarvan belicht, echter van structurele aandacht is geen sprake. Voorlichting en gezondheidsbevordering, verbetering van de kwaliteit van zorg (door onder meer deskundigheidsbevordering, verbetering van coördinatie van zorg (communicatie en samenwerking), protocollering en intercollegiale toetsing), en onderzoek op het gebied van zorg en preventie zijn onderwerpen die in algemene zin in veel nota's aandacht krijgen.

VWS tracht bepaalde preventieve activiteiten te stimuleren door subsidies te verstrekken aan instellingen, die al op een bepaald gebied actief zijn. Voorbeelden zijn subsidies voor de ontwikkeling van programmatische preventie in de huisartspraktijk, transmurale zorg, protocollering, kwaliteitsbeleid en voorlichting. Verder worden in verschillende wetten randvoorwaarden aangegeven, die ook hun uitwerking hebben op het gebied van preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Van belang zijn onder meer de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. In deze wetten wordt geen specifieke aandacht aan aandoeningen van het bewegingsapparaat besteed.

Er vindt geen nadere aansturing plaats van preventieve activiteiten, die al worden uitgevoerd en bekostigd binnen de daarvoor aanwezige kaders (wetgeving, ziektekostenverzekeringen e.d.). Dit betekent dat op dit gebied het initiatief grotendeels is overgelaten aan 'het veld', waardoor een grote variatie in aanbod en inhoud van activiteiten is ontstaan.

Bij de beleidsvorming en centrale aansturing van preventieve activiteiten op een niveau boven de uitvoerende instellingen en direct overkoepelende organisaties zijn buiten de overheid geen specifieke organisaties betrokken. Sporadisch wordt door de Gezondheidsraad advies op een preventief terrein uitgebracht, bijvoorbeeld in de adviezen preventie van osteoporose en risicobeoordeling van handmatig tillen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zal de Gezondheidsraad nog om advies vragen over de wetenschappelijke mogelijkheden voor de preventie van reuma en chronische pijn. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in 1993 het advies kwaliteitssystemen in de zorgsector uitgebracht, waarop de kwaliteitswet zorginstellingen is gebaseerd. Deze wet is aan het eind van de voorgaande paragraaf besproken. De Raad voor het Gezondheidsonderzoek heeft zich recent beziggehouden met prioriteiten voor onderzoek op het gebied van preventie en op het gebied van arbeidsgebonden aandoeningen.

Zorgverzekeraars zien primaire preventie vooral als een overheidstaak. In principe is primaire preventie niet interessant voor verzekeraars, omdat eventuele baten vaak pas na lange tijd zichtbaar zijn en bovendien vaak niet ten goede komen van de verzekeraar zelf. Vaak besteden particuliere verzekeraars in hun verstrekkingenpakket en ziekenfondsen in hun aanvullende verzekering wel enige aandacht aan primair preventieve activiteiten, met name als middel om zich te profileren ten opzichte van anderen en soms omdat dit voortvloeit uit de filosofie van de verzekeraar. Door concurrentie tussen zorgverzekeraars worden weinig gemeenschappelijke activiteiten ondernomen om kwaliteit van zorg te verbeteren of effectiviteit van preventieve activiteiten vast te stellen. Indien een zorgverzekeraar iets aan preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat wil doen, dient zich het probleem aan welke activiteiten wel en niet aandacht verdienen. De (kosten)effectiviteit is daarbij natuurlijk van groot belang, maar voor vele activiteiten onvoldoende bekend. Soms is een preventieve activiteit wel effectief gebleken in goed uitgevoerd onderzoek. Dan is vaak het probleem dat bij vergoeding daarvan de totale kosten niet afnemen of gelijk blijven, maar toenemen, omdat de activiteit niet in plaats komt van een andere (substitutie), maar als aanvulling daarop.

Zorgverzekeraars erkennen wel hun verantwoordelijkheid op het gebied van kwaliteit van zorg. Dit gebied is momenteel sterk in beweging. Investeren in ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsproducten van een zorgverzekeraar (bijvoorbeeld zorgafstemming, deskundigheidsbevordering etc.) brengt het risico met zich mee dat anderen verzekeraars als 'free-riders' van de opbrengsten gebruik maken. Dit kan zorgverzekeraars weerhouden in verdere investeringen in kwaliteit van zorg. De landelijk werkende verzekeraars kunnen moeilijk invloed uitoefenen op de zorgafstemming, protocollering en deskundigheidsbevordering op regionaal niveau.

De rol van **patiëntenorganisaties** ten aanzien van preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat ligt vooral op het terrein van voorlichting. Verder zijn zij vaak betrokken bij activiteiten die zijn gericht op het verbeteren van kwaliteit van zorg en bij het signaleren en oplossen van knelpunten in de zorg. Het **Nationaal Reumafonds** is ook sterk actief op het gebied van voorlichting. De verschillende voorlichtingsactiviteiten zijn nauwelijks tot niet op elkaar afgestemd. Het Nationaal Reumafonds en de Reumapatiëntenbond willen in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie hun voorlichtingsactiviteiten uniformeren en afstemmen via één Voorlichtingscommissie.

Naast voorlichting besteedt het Nationaal Reumafonds veel aandacht aan individuele hulpverlening (vergoeden van hulpmiddelen), recreatieve activiteiten en aangepaste vakanties, onderwijs over reumatische aandoeningen in diverse opleidingen en wetenschappelijk onderzoek.

Gemeenten hebben de wettelijke plicht om **GGD-en** in stand te houden ten einde taken op het gebied van collectieve preventie uit te voeren. Financiering vindt plaats vanuit het gemeentefonds. De GGD-en kunnen financiële ondersteuning vragen voor bepaalde activiteiten aan marktpartijen of charitatieve instellingen, echter voor activiteiten in het kader van preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat gebeurt dit zelden. De GGD-en zijn verplicht om medewerkers met bepaalde disciplines in dienst te hebben. De inhoudelijke invulling is echter veel minder omschreven. Aandoeningen van het bewegingsapparaat krijgen over het algemeen weinig aandacht. Alvorens een GGD op een bepaald gebied actief kan worden moet er cursus- of voorlichtingsmateriaal worden ontwikkeld. Hiervoor ontbreekt vaak de tijd en deskundigheid. Van belang daarbij is natuurlijk ook dat geen duidelijkheid bestaat over de effectiviteit van preventieve activiteiten gericht op het bewegingsapparaat, waardoor dit onderwerp weinig prioriteit krijgt. Evaluatie van preventieve activiteiten vindt onder meer door het ontbreken van goed instrumenten en tijd nauwelijks plaats.

In de schoolgezondheidszorg wordt in het periodiek gezondheidsonderzoek onder meer gelet op houdingsafwijkingen, met name scoliose. Met name het opsporen van ernstige afwijkingen lijkt zinvol. Het periodiek gezondheidsonderzoek staat onder druk van bezuinigingen en is op sommige plaatsen al vervangen door een gezondheidsvragenlijst.

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor uitvoering van de WVG. Vergoeding voor hulpmiddelen of voorzieningen moet worden aangevraagd bij de gemeente, die voor de beoordeling van de aanvraag een GGD of andere instantie kan inschakelen. De gemeente beslist over de aanvragen en over de hoogte van eigen bijdragen. De Gehandicaptenraad heeft onlangs een evaluatierapport uitgebracht over de WVG, waarin veel negatieve effecten van de wet worden beschreven.

Bij het Landelijk Instituut voor GGD-en bestaat weinig directe aandacht voor aandoeningen van het bewegingsapparaat. Enkele algemene projecten op het gebied van GVO-ondersteuning, schoolgezondheidsbeleid en kwaliteit van GGD-en hebben ook relevantie voor preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De **thuiszorg** is door reorganisaties, fusies en het ontstaan van particuliere instellingen voor thuiszorg sterk in beweging. Voor dit project relevante activiteiten bestaan vooral uit het organiseren van cursussen (voorlichting, omgaan met klachten en dergelijke), het verzorgen van gespecialiseerde thuiszorg en het verstrekken (uitlenen of verkopen) van hulpmiddelen. De activiteiten van een bepaalde thuiszorginstelling zijn sterk afhankelijk van de lokale invulling die aan de preventieve taak wordt gegeven, de afspraken die met andere partijen worden gemaakt en de vraag vanuit de doelgroepen. Voor het ontwikkelen en evalueren van cursussen is schaalvergroting een bijna noodzakelijke voorwaarde. Ook het aanstellen van gespecialiseerde verpleegkundigen vereist schaalvergroting. Cursussen worden meestal voor een deel betaald vanuit de AWBZ en de eigen middelen, onder meer verkregen uit contributies van leden. Voor het overige wordt financiële ondersteuning door marktpartijen of een eigen bijdrage gevraagd. Gespecialiseerde thuiszorg wordt voor een deel vergoed vanuit de AWBZ en voor een ander deel vanuit eigen bijdragen of een bijdrage door een zorgverzekeraar, als dat in de polis is opgenomen.

De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg speelt op het gebied van preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat nauwelijks een rol. Projecten die indirect van betekenis zijn voor dit project richten zich vooral op informatie-uitwisseling en -overdracht en deskundigheidsbevordering.

Bewegingsprogramma's worden veelal aangeboden door **particuliere organisaties** (zoals fysiotherapiepraktijken, sportscholen en fitness-centra) en moeten uit contributies worden gefinancierd. Sommige zorgverzekeraars vergoeden een beperkt percentage van de kosten aan bepaalde programma's, vooral op gebied van fitness en rugklachten. Er zijn vrijwel geen richtlijnen voor de inhoud van de programma's. Soms wordt aan specifieke doelgroepen (schoolgaande kinderen, ouderen, chronisch zieken) de mogelijkheid geboden om aan bepaalde activiteiten deel te nemen. Vaak is echter onvoldoende kennis aanwezig over de doelgroep en de voor hen mogelijke en zinvolle bewegingsactiviteiten, vooral bij chronisch zieken.

De organisatie, het aanbod, de inhoud en de financiering van **MBvO** wisselt sterk tussen verschillende regio's. De Landelijke Stichting MBvO heeft hierin een coördinerende taak. De MBvO-activiteiten worden gefinancierd door gemeentelijke en provinciale overheden, ouderen- en welzijnswerk, soms thuiszorgorganisaties of zorgverzekeraars en vrijwel altijd een eigen bijdrage.

Vrijwel alle **beroepsorganisaties** van hulpverleners, die een rol spelen bij de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn actief in de ontwikkeling en implementatie van maatregelen ter bevordering van kwaliteit van zorg, vooral op het gebied van protocollering, visitaties en deskundigheid. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is opgenomen dat de zorgaanbieders kwaliteitssystemen ontwikkelen, waarin eisen, regels en procedures worden vastgelegd, ten einde verantwoorde zorg aan te bieden en de organisatie daarvoor te realiseren. De overheid stelt subsidies beschikbaar voor de ontwikkeling, implementatie en uitvoering van onderdelen van het kwaliteitsbeleid. Aan sommige activiteiten wordt ook door zorgverzekeraars bijgedragen. Voor veel activiteiten zijn de beschikbaar gestelde middelen nog onvoldoende, bijvoorbeeld op het gebied van protocollering, systematische gegevensverzameling en deskundigheidsbevordering. Een aantal onderwerpen staat nog in de kinderschoenen, bijvoorbeeld coördinatie van zorg, communicatie tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en tussen curatieve en bedrijfsgezondheidszorg.

Communicatie tussen diverse geledingen van de gezondheidszorg laat vaak te wensen over. Dit geldt zowel voor communicatie tussen de eerste en tweede lijn, als tussen de curatieve en de bedrijfsgezondheidskundige sector. Coördinatie en afstemming zijn op beide gebieden noodzakelijk.

De **reumaconsulent** heeft in de afgelopen jaren op vele plaatsen haar/zijn intrede gedaan. Op elke nieuwe lokatie moet onderhandeld worden met de ziekenhuisorganisatie, instellingen voor thuiszorg, reumatologen en patiëntenorganisaties om een aanstelling te realiseren. Zorg via reumaconsulenten komt in de huidige situatie meestal alleen terecht bij patiënten die een reumatoloog bezoeken. De effecten van zorg door reumaconsulenten zijn nog onvoldoende geëvalueerd.

4.2 Organisaties die zich bezig houden met preventie op het werk

De **overheid** (het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) voert een beleid gericht op het stimuleren van de zelfwerkzaamheid van bedrijven (werkgevers en werknemers), waarbij de arbodiensten een centrale adviserende rol hebben. Op dit moment vindt een heroriëntatie plaats op het arbobeleid en de arboregeling, hetgeen ondermeer heeft geleid tot een adviesaanvraag aan de Sociaal Economische Raad. Het onderzoek dat in opdracht van SZW wordt verricht richt zich ondermeer op de kosten-baten aspecten van arbo-beleid en op monitoring van dit beleid.

Op dit moment vindt tevens een omvangrijk onderzoek plaats naar de relatie tussen risicofactoren op het werk en klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

In opdracht van SZW is een handboek opgesteld voor sociaal medische begeleiding bij lichamelijke overbelasting. Op dit moment vindt bij SZW een accentverschuiving plaats van onderzoek naar risicofactoren van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat en ontwikkeling en evaluatie van instrumenten voor bedrijven of arbodiensten naar monitoring van beleid en activiteiten gericht op stimulering van de zelfwerkzaamheid van bedrijven en arbodiensten.

Hoewel de overheid een beleid voert gericht op zelfwerkzaamheid van bedrijven is preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat geen prioritair aandachtspunt van **werkgevers en werknemersorganisaties**. Wel lijkt het erop dat branche-organisaties steeds meer activiteiten op het gebied van arbeidsomstandigheden in het algemeen en preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in het bijzonder ontwikkelen. Naast het verstrekken van voorlichting zijn ook enkele concrete projecten uitgevoerd. Met name voor kleine bedrijven is het echter van belang dat de rol van de branche-organisaties bij de ondersteuning van de bedrijven wordt vergroot. Enkele branches hebben bijvoorbeeld een stichting die de arbo-activiteiten van de branche coördineert en stimuleert; in die branches vinden veel activiteiten plaats gericht op preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Een dergelijke organisatie zou in meerdere branches en bedrijven de door de overheid gewenste zelfwerkzaamheid een enorme impuls kunnen geven en aanzienlijk bijdragen aan het verbeteren van de preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Bij het nemen van preventieve maatregelen is een belangrijke rol weggelegd voor de **arbodiensten** als adviseur van bedrijven. Dit komt ondermeer tot uiting in de verplichting voor bedrijven tot aansluiting bij een arbodienst (op termijn) en de verplichting voor bedrijven om met steun van een arbodienst een risico-inventarisatie en evaluatie en een verzuimbeleid uit te voeren. Op dit moment vindt een toenemende schaalvergroting, professionalisering en commercialisering van arbodiensten plaats. Dit *kan* ook nadelige gevolgen hebben voor de preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals enkel extra aandacht voor controle van werknemers en uitvoeren van risico-inventarisaties op papier (zonder bedrijfsbezoek) voor bedrijven.

Het is van belang dat de overheid de randvoorwaarden schept, zodat de door de overheid gestimuleerde zelfwerkzaamheid van bedrijven ook leidt tot verhoging van de preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De certificering van arbodiensten door de overheid is met name gericht op interne kwaliteitsborging maar biedt daarnaast beperkte mogelijkheden de wijze van ondersteunen van de bedrijven enigszins te sturen.

Zorgverzekeraars nemen op het moment een overwegend afwachtende houding aan voor wat betreft initiëren van preventieve maatregelen. De initiatieven die door verzekeraars worden genomen richten zich vooral op begeleiding van zieke werknemers en niet op primaire preventie. Nu het hele eerste jaar van de ziektewet voor kosten van de bedrijven is, wordt verwacht dat een gedeelte van die bedrijven deze kosten geheel of gedeeltelijk individueel of branchegewijs gaat herverzekeren bij verzekeringsmaatschappijen. Het is mogelijk dat de verzekeringsmaatschappijen dan op grotere schaal preventieve activiteiten gaan ontplooiën om het verzuim te beperken. Naar verwachting zullen ook die activiteiten vooral gericht zijn op de zieke werknemer. Gezien het grote aandeel in het verzuim ligt het voor de hand die activiteiten voor een belangrijk deel te richten op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Met ingang van 1995 zijn ook een aantal belangrijke wijzigingen in de uitvoeringsorganisatie van de **sociale verzekeringen** doorgevoerd. Het voert te ver hier in het kader van dit rapport op in te gaan. Het Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming (TICA) heeft als taak het bevorderen van een goed gecoördineerde uitvoering van ziektewet en arbeidsongeschiktheidswet en het bevorderen van de samenwerking tussen verschillende betrokken instanties (zoals de curatieve sector, bedrijven, arbodiensten, bedrijfsverenigingen, revalidatieinstellingen, uitkeringsinstanties etc.). Het TICA entameert hiervoor een regionale structuur. Coördinatie en afstemming is noodzakelijk, opdat de communicatie door de betrokken partijen wordt verbeterd en behandeling van arbeidsongeschiktheid, van WW-aanspraken en de arbeidsbemiddeling op elkaar worden afgestemd. Hierdoor kan ook beter aansluiting gevonden worden met de activiteiten van gemeenten, gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en gemeentelijke sociale diensten (GSD'en) op ditzelfde terrein. Dit laatste is met name van belang bij reïntegratie van werknemers bij een andere dan de 'eigen-werkgever'. Voor het voorkomen van uitval en reïntegratie bij de eigen werkgever is met name de sociaal medische begeleiding door bedrijf, arbodienst en bedrijfsvereniging van belang. Het TICA voert weinig activiteiten uit specifiek gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Op het moment wordt wel een standaard ontwikkeld voor verzekeringsgeneeskundige begeleiding bij lage rugklachten.

4.3 Preventieve activiteiten

4.3.1 Primaire preventie

Voorlichting over voeding (calcium, vitamine D, allergieën) en overgewicht

Uit de inventarisatie blijkt dat met name de Osteoporose Stichting actief is op het gebied van voorlichting over kalk en vitamine D in voeding, door het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten, het uitgeven van folders en brochures e.d.. Ook heeft het landelijk voorlichtingsbureau voor de voeding een belangrijke rol ten aanzien van voedingsvoorlichting (met folders, leskisten e.d.). Bij het geven van voorlichting aan het algemene publiek kunnen ook GGD'en en thuiszorginstellingen een belangrijke rol spelen door het geven van cursussen, het organiseren van bijeenkomsten of het geven van informatie via de gezondheidswijzer. Veel GGD'en en een aantal thuiszorginstellingen geven cursussen op dit gebied. Meestal richten zij zich op gezonde voeding in het algemeen, het vetgehalte van voeding en het reduceren van overgewicht. Preventie van hart- en vaatziekten vormt daarbij het belangrijkste aandachtsgebied. Artrose is bij het onderwerp overgewicht niet een specifiek aandachtsgebied. Er vindt geen aansturing of coördinatie plaats van organisatie of inhoud van de cursussen over voeding vanuit de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) of de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD). Op sommige plaatsen kan overlap in het aanbod van cursussen op dit gebied zijn, terwijl op andere plaatsen deze vorm van voorlichting niet wordt aangeboden. Sommige GGD'en zijn ook actief in het geven van voorlichting op scholen met behulp van zogenaamde leskisten. Ook in het vak 'Verzorging' in de basisvorming van het voortgezet onderwijs kan aan gezonde voeding en het voorkómen van overgewicht aandacht worden besteed. Het Landelijk Centrum voor GVO (LCG; nu NIGZ) heeft een taak bij het ontwikkelen en evalueren van cursussen en het documenteren van het cursusaanbod in Nederland. Andere organisaties, zoals zorgverzekeraars, geven ook vaak algemene voorlichting, waarbij ook voeding aan bod kan komen.

Voorlichting over reductie van overgewicht kan ook door hulpverleners worden gegeven. Er bestaan verschillende methoden om overgewicht te verminderen, met name dieten, lichamelijke activiteit, gedragstherapie, vermageringspreparaten, chirurgische methoden en afslankgroepen. Vaak moet per individuele patiënt worden bepaald welke methode het meest geschikt is, afhankelijk van het beoogde gewichtsverlies, de gezondheidstoestand en de motivatie. Met name op langere termijn zijn de resultaten vaak bedroevend. Huisartsen en diverse specialisten besteden bij individuele patiënten soms wel aandacht aan reductie van overgewicht. Er is echter geen systematische aandacht voor dit onderwerp, bijvoorbeeld aangestuurd vanuit de beroepsverenigingen.

Voorlichting over voeding en overgewicht kan ook worden gericht op de werkende bevolking. Het gaat dan immers om een goed gedefinieerde doelgroep die via arbeidsorganisaties kan worden bereikt. Het is dan zinvol ook de arbeidsomstandigheden in de voorlichting te betrekken. Het centrum gezondheidsbevordering op de werkplek rekent deze activiteiten tot haar hoofdtaak. Dit centrum is opgericht door het Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding. Het Nationaal Reumafonds is dus niet vertegenwoordigd in dit initiatief. Indien dit wel het geval zou zijn zou hiervan mogelijk een extra stimulans uitgaan voor preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

voorlichting over houding en beweging / fysieke belasting

In algemene voorlichting, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of in cursussen 'omgaan met rugklachten' of in rugscholingsprogramma's van GGD'en, wordt soms wel aandacht besteed aan mechanische belasting van de rug en ergonomie. Welke aanpak hierbij effectief is, is echter onduidelijk.

Voor wat betreft voorlichting op het werk wordt door vrijwel alle organisaties van werkgevers en werknemers (koepels, afzonderlijke branches en vakbonden) en arbodiensten voorlichting over goede werkhoudingen, 'verantwoord tillen', repeterend handelen en andere fysieke belastingsrisico's verzorgd. Ook de RSI patiëntenvereniging geeft voorlichting over de risico's in het werk.

Uit het overzicht van de belemmerende en bevorderende factoren blijkt dat voorlichting van belang is voor het signaleren van het probleem binnen bedrijven door werknemers én werkgevers. Het is van belang dat bij deze voorlichting niet alleen aandacht is voor slechte werkhoudingen en veel tillen, de 'traditionele' fysieke belasting maar ook voor repeterend handelen, eenzijdige belasting en psychosociale factoren in het werk als een hoge werkdruk, weinig regelmogelijkheden en gebrek aan sociale ondersteuning in het werk. Daarnaast dient in de voorlichting benadrukt en aannemelijk gemaakt te worden dat ongunstige fysieke belasting op het werk bijdraagt aan verhoging van het verzuim, uitval vanwege arbeidsongeschiktheid, verloop én geringe motivatie van de werknemers. Voorlichting alleen is echter onvoldoende om te komen tot effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in bedrijven.

In voorlichtingspakketten (bijvoorbeeld in het vak 'verzorging') voor scholen en middelbaar beroepsonderwijs kan ook aandacht worden besteed aan de noodzaak van voldoende lichaamsbeweging en aan het voorkómen van een verkeerde houding en mechanische belasting in het algemeen of het op goed wijze tillen of uitvoeren van andere bewegingen.

ergonomische maatregelen thuis/school/openbaar vervoer

Een aantal particuliere organisaties is actief op het gebied van ergonomie buiten de arbeidssituatie. Zo heeft de NS in bepaalde treinen specifiek aandacht besteed aan de ergonomie van treinstoelen. Over ergonomische maatregelen in de thuissituatie is weinig informatie gevonden. Bij organisaties zoals de Nationale Woningraad, Stichting Consument en Veiligheid en de Landelijke Vereniging van Huisvrouwen is weinig tot geen aandacht voor dit onderwerp. Op sommige basisscholen is ergonomisch ontworpen meubilair aanwezig.

Suppletie met oestrogenen, calcium, vitamine D

Suppletie van hormonen ter preventie van osteoporose is in Nederland een nog omstreden zaak. Toepassing ervan wordt niet gestimuleerd. Calcium en vitamine D worden regelmatig toegepast bij individuele patiënten, stimulering van dit soort maatregelen vindt echter niet plaats. Binnen de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie is een werkgroep 'osteoporose' actief, waarin een consensus richtlijn is opgesteld voor behandeling en preventie van osteoporose.

Bewegings- en fitnessprogramma's

Op het gebied van bewegings- en fitnessprogramma's zijn relatief veel organisaties actief. Bij het LCG en het Nederlands Instituut voor sport en gezondheid (NISG; nu NOC*NSF) zijn databestanden aanwezig, waarin een groot aantal van deze programma's zijn opgenomen. Deze programma's zijn gericht op de algemene bevolking of op specifieke groepen zoals werknemers, ouderen en jeugdigen.

Vanuit de Landelijke Vereniging voor Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) wordt een landelijk netwerk aangestuurd van MBvO-activiteiten. Het aanbod van activiteiten onder deze noemer is zeer divers en varieert sterk tussen de verschillende regio's in Nederland. Het is onduidelijk in hoeverre het aanbod op dit gebied tegemoet komt aan de behoefte aan MBvO-activiteiten in een regio. Sommige regionale steunpunten voor MBvO hebben ook speciale aandacht voor de doelgroep chronisch zieken. Er bestaan grote verschillen in de financiering van MBvO, die kan plaatsvinden vanuit gemeente-gelden, gelden vanuit thuiszorg, ouderenwerk of welzijnswerk, een eigen bijdragen van de deelnemers en in een enkel geval (mede) vanuit een zorgverzekeraar. De organisatie van het geheel van activiteiten zou verbeterd kunnen worden, met name ten aanzien van coördinatie, voorlichtingsmateriaal en nascholing.

Sporadisch besteedt ook een GGD of thuiszorginstelling wel eens aandacht aan bewegings- of fitnessprogramma's. Sportscholen of fysiotherapiepraktijken organiseren in toenemende mate bewegings- en fitness programma's op commerciële basis. Sommige zorgverzekeraars vergoeden een deel van de kosten voor deelname aan bepaalde programma's.

In een klein gedeelte van de bedrijven (ongeveer 5%) wordt een bedrijfsfitnessprogramma aangeboden als maatregel om de lichamelijke belastingsrisico's en daarmee samenhangende klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat te verminderen.

In Nederland zijn tientallen organisaties (bedrijven, stichtingen, hogescholen, arbodiensten en Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek, revalidatiecentra) die programma's aanbieden om fysieke activiteiten van werknemers te stimuleren, waaronder veelal ook programma's specifiek gericht op de vermindering van klachten van het bewegingsapparaat (oefeningen etc). Opvallend is dat de actuele werkbelasting van werknemers in dit soort programma's - in tegenstelling tot sommige rugscholen vaak niet of nauwelijks aan de orde komt. Een koppeling met bijvoorbeeld de ergonomie van de werkplek ontbreekt meestal. Het lijkt van belang ook belasting op het werk te betrekken in fitness programma's indien het doel is preventie van bewegingsapparaatklachten.

Ook voorlichting over stimuleren van bewegen en voorkomen van inactiviteit buiten het werk (vrije tijd) is van belang ter voorkoming van (werkgebonden) klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (vanwege een mogelijk verhoogde belastbaarheid daardoor en verlaging van het risico door inactiviteit). Dergelijke voorlichting vindt plaats gesteund door het Ministerie van VWS, de Hartstichting en Praeventiefonds en wordt uitgevoerd door NISG en TNO. De voorlichting wordt op verschillende doelgroepen gericht, werknemers is er één van. Opvallend is dat in de algemene voorlichting over de positieve effecten van voldoende lichaamsbeweging bewegen tijdens het werk veelal totaal geen aandacht krijgt.

Het aantal uren lichamelijke opvoeding in het basisonderwijs is in het afgelopen decennium sterk teruggelopen. Het is moeilijk te zeggen of dit leidt tot meer kinderen met een motorische achterstand. Feit is wel dat een behoorlijk percentage kinderen niet aan de aanbevolen hoeveelheid lichaamsbeweging per week komt. In sommige steden lopen experimenten met het opsporen van kinderen met een achterstand op motorisch gebied, waar vervolgens in een speciaal programma iets aan wordt gedaan. Vaak stranden deze activiteiten op gebrek aan financiering. Op sommige scholen loopt het experiment 'de klas beweegt', met als doel in- en ontspannende bezigheden af te wisselen en aandacht te geven aan juiste houding, beweging en ontspanning.

Verbeteren fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplek en organisatie

Op grote schaal nemen Nederlandse bedrijven maatregelen gericht op het verminderen van de fysieke belasting door aanpassing van machines, werkplek en/of organisatie. Grote (100+) bedrijven nemen duidelijk meer preventieve maatregelen op dit gebied dan de kleine bedrijven.

De mate waarin en de aard van de maatregelen verschillen per branche. Over het algemeen hebben de maatregelen een betrekkelijk ad hoc karakter. Bij het merendeel van de grote maar zeker ook bij de kleine bedrijven ontbreekt een structureel beleid op dit terrein.

De maatregelen die worden genomen zijn voorlichting en cursussen, technische maatregelen zoals het vervangen van apparatuur en gereedschap, aanpassing van de werkplek (aanpassen meubilair en machines en plaatsen van til- en hefhulpmiddelen) en organisatorische maatregelen, zoals invoeren taakroulatie, andere werkschema's en afwisseling van taken.

Verminderen van blootstelling aan lichaamstrillingen en schokken kan worden gezien als vermindering van mechanische belasting. Activiteiten gericht op vermindering van belasting door trillen en schokken op het werk zijn niet apart geïnventariseerd en vallen onder de technische en organisatorische maatregelen. In de vervoerssector is specifieke aandacht voor vermindering van deze risico's. Ook verminderen van blootstelling aan trillen en schokken door trillend en stotend gereedschap zou onderdeel moeten uitmaken van maatregelen gericht op aanpassen en ontwerpen van verantwoorde werkplekken.

Degenen die de maatregelen hebben uitgevoerd vinden over het algemeen dat deze hebben bijgedragen aan vermindering van verzuim en verbetering van de bedrijfsvoering. Een goede implementatie van maatregelen verdient echter extra aandacht. Bij de planning en uitvoering van de maatregelen zijn de bedrijven (werkgevers en werknemers) en de arbodienst betrokken. Indirect, in de vorm van informatievoorziening zijn ook de branche organisaties en vakbonden en de werkgevers- en werknemerskoepels betrokken. De overheid heeft het wettelijk kader gecreëerd om deze activiteiten te stimuleren. De onlangs ingevoerde verplichte risico-inventarisatie en -evaluatie en het daarop volgende plan van aanpak is een belangrijk instrument voor bedrijven om in samenwerking met arbodiensten te komen tot meer structureel ingebedde ergonomische en organisatorische maatregelen ter preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De branche-organisaties kunnen de uitvoering van een risico-inventarisatie en evaluatie en het daarop volgende plan van aanpak in bedrijven stimuleren door ondersteuning met informatie, ontwikkelen van instrumenten en aandragen van voorbeelden van oplossingen. In verschillende branches worden dergelijke activiteiten uitgevoerd. Deze instrumenten en oplossingen moeten in samenspraak met de bedrijven, met name ook de werknemers, worden ontwikkeld, opdat ze voldoende aansluiten bij de bedrijfsvoering. In branches met een speciaal voor de coördinatie van arbo-activiteiten in het leven geroepen stichting gaat van die stichting een belangrijke stimulans uit bij het vormgeven van dergelijke projecten.

De verzekeringsmaatschappijen zijn nauwelijks betrokken bij het stimuleren of uitvoeren van dit soort activiteiten.

4.3.2 Secundaire preventie

Screening op heupdysplasie

Screening op heupdysplasie vindt plaats door verloskundigen, kinderartsen of huisartsen na de bevalling en op consultatiebureaus voor zuigelingen. Het bereik van deze vorm van screening is groot en het nut onomstreden.

Screenen op houdingsafwijkingen / beenlengteverschil

Screening op houdingsafwijkingen en beenlengteverschil wordt uitgevoerd door jeugdartsen van GGD'en in het kader van het preventief gezondheidsonderzoek, dat meestal plaatsvindt in de lagere klassen van het voortgezet onderwijs. Het bereik van deze screening is vrij groot, maar staat wel onder druk van bezuinigingen. Op sommige plaatsen wordt het preventief gezondheidsonderzoek niet uitgevoerd door een jeugdarts maar door een sociaal verpleegkundige, waarvan de deskundigheid niet altijd voldoende is. Soms wordt het preventief onderzoek vervangen door enkel een gezondheidsvragenlijst. Dit zal ten koste gaan van het opsporen van afwijkingen.

Periodiek gezondheidkundig onderzoek in de beroepsbevolking

Het periodiek gezondheidkundig onderzoek, vaak gekoppeld aan een werkplekonderzoek is één van de diensten die door arbodiensten aan bedrijven wordt aangeboden. Dit onderzoek is met name gericht op het opsporen van risico's en gezondheidsproblemen op groepsniveau (afdelingen of groepen werknemers) en geeft richting aan toekomstige maatregelen in het bedrijf. Tevens kunnen door een dergelijk onderzoek individuele adviezen worden gegeven die het beloop van klachten en aandoeningen gunstig kunnen beïnvloeden. De arbodienst en de bedrijven zijn de belangrijkste organisatie die bij deze activiteiten zijn betrokken. Op zich kan deze activiteit een belangrijke rol spelen bij het voor bedrijven zichtbaar maken van de risico's door fysieke belasting op het werk en de koppeling tussen deze risico's en klachten en aandoeningen. Uit de inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren bleek namelijk dat het management van veel bedrijven van mening is dat klachten voor een belangrijk deel individueel bepaald zijn en het werk slechts een beperkte rol speelt.

4.3.3 Tertiaire preventie

Voorlichting over 'omgaan met klachten' / algemene informatievoorziening over aandoeningen

Patiëntenverenigingen besteden over het algemeen veel aandacht aan voorlichting door middel van folders, video's, telefoonlijnen, voorlichtingsbijeenkomsten, kranten, radio en televisie.

Hierbij richten zij zich op de ziekten, waaraan de bij hen aangesloten patiënten lijden. Ook een aantal ziekenhuizen hebben specifieke voorlichtingscentra, waar over verschillende aandoeningen voorlichtingsmateriaal aanwezig is. Sommige ziekenhuizen geven ook cursussen 'Omgaan met rugklachten of reuma'. Het Nationaal Reumafonds besteedt op vergelijkbare wijze ook veel aandacht aan voorlichting over reumatische aandoeningen. Hierbij ligt het accent vooral op chronische ontstekingsachtige of degeneratieve ziektebeelden en slechts in beperkte mate op specifieke klachten en aandoeningen van rug, nek, schouder en arm. De RSI patiëntenvereniging verstrekt informatie over deze klachten en aandoeningen en richt zich hiermee speciaal op werknemers. Vanuit de beroepsverenigingen van specialisten wordt vaak een belangrijke inhoudelijke bijdrage geleverd aan voorlichting.

De afstemming en coördinatie van het aanbod, de inhoud (actualisatie, witte plekken) en de verspreiding van het voorlichtingsmateriaal behoeft verbetering. De Reumapatiëntenbond en het Nationaal Reumafonds zijn hier onlangs mee gestart, maar het van de grond krijgen van een gezamenlijk voorlichtingsbeleid verloopt moeizaam. Daarnaast is het bereik van het totaal van voorlichtingsmateriaal niet bekend en is vaak onduidelijk aan welke informatie patiënten met bepaalde klachten en aandoeningen behoefte hebben. Het bereik van voorlichtingsmateriaal kan beperkt zijn, doordat het budget van de uitvoerende instantie klein is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij voorlichting ten aanzien van osteoporose.

Voor bepaalde aandoeningen, zoals reumatoïde artritis en artrose, zijn of worden cursussen ontwikkeld, waarin patiënten wordt aangeleerd hoe zij het beste met hun klachten kunnen omgaan en de gevolgen ervan (beperkingen en handicaps) kunnen reduceren, zodat zij zoveel mogelijk zelfstandig hun dagelijkse activiteiten kunnen uitvoeren. Bij RA-patiënten is hiervan een positief effect aangetoond op de kwaliteit van leven. Voorlichting over rug- en nekkklachten vindt onder meer plaats binnen de rug- en nekscholen en in de cursus 'omgaan met rugklachten'. Ook voor fibromyalgie zijn psychosociale interventies ontwikkeld, die nog in onvoldoende mate zijn geëvalueerd.

Informatie over klachten en aandoeningen en hoe hiermee om te gaan wordt binnen de beroepsbevolking vooral gegeven door de bedrijfsartsen van de arbodiensten en in tweede instantie kan dit onderdeel zijn van rugscholing. De bedrijfsarts zal ook de invloed van het werk op ontstaan en beloop van de klachten moeten toelichten. De wijze waarop dit gebeurt kan worden opgenomen in een protocol voor sociaal medische begeleiding voor klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de bedrijfsgezondheidszorg.

Rugscholing

In Nederland worden door veel verschillende instanties rugscholingscursussen aangeboden zoals arbodiensten, revalidatieinstellingen en particuliere organisaties. Deelnemers aan deze cursussen worden meestal gerecruteerd vanuit de beroepsbevolking. De doelgroep bestaat meestal uit personen, die klachten hebben of recent klachten hebben gehad.

Aan de algemene bevolking wordt rugscholing aangeboden door GGD'en, thuiszorginstellingen, revalidatie-instellingen, fysiotherapiepraktijken, enkele ziekenhuizen, sportscholen en dergelijke. De inhoud van de diverse cursussen varieert sterk en de patiëntengroep is meestal vrij heterogeen. Op sommige plaatsen worden centra ingericht, waar tijdens een kortdurende opname of een aantal dagbehandelingen ter voorkoming van recidieven of chroniciteit van rugklachten een intensieve training wordt gegeven met voorlichting over gedrag, leefstijl, houding en belasting van de rug, conditieverbetering en oefentherapie. Sommige zorgverzekeraars geven korting op deelname aan een bepaalde cursussen. Andere zijn nauw betrokken bij de opzet van de trainingscentra.

Uit de inventarisatie van preventieve maatregelen in bedrijven komt niet duidelijk naar voren op welke schaal bedrijven gebruik maken van rugscholing voor werknemers. Het lijkt er op dat dit de laatste tijd toeneemt. Gezien het feit dat het meeste effect is te verwachten van rugscholing als de fysieke en psychosociale belasting op het in het programma worden betrokken is het van belang dat bedrijven of arbodiensten zijn betrokken bij deze activiteiten.

Verzekeringsmaatschappijen en sociale zekerheidsinstellingen kunnen een rol spelen bij het stellen van criteria waaraan een programma moet voldoen wil men in aanmerking komen voor vergoeding. Ook branche-organisaties kunnen een dergelijke rol spelen. Zo is door de stichting Arbouw een regeling in het leven geroepen waarmee rugcursussen voor de bouw worden gestimuleerd. Om deze cursussen te mogen geven moet aan een aantal criteria worden voldaan.

4.3.4 Verbeteren van kwaliteit van zorg

Beschikbaarheid hulpmiddelen / ergotherapie

Het systeem van verstrekking van hulpmiddelen is recent sterk veranderd door invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Bij de uitvoering van de WVG staan gemeenten centraal, die beslissen over toekenning en eigen bijdragen en het hiervoor beschikbare geld beheren. Zij kunnen medisch advies inwinnen bij bijvoorbeeld GGD'en of Zorgvoorzieningen Nederland.

Uit inmiddels beschikbare evaluaties komen duidelijke nadelige gevolgen van deze wet naar voren. De deskundigheid van de betrokken gemeenteambtenaren is vaak onvoldoende, er is rechtsongelijkheid ontstaan door verschillen tussen gemeenten in toekenningsbeleid en eigen bijdragen en het aantal hulpmiddelen en met name ook de vergoeding van vervoer is gedaald.

Indien wettelijke maatregelen geen soelaas bieden kunnen patiënten met reumatische aandoeningen, via hulpverleners als reumaconsulenten, ergotherapeuten, wijkverpleegkundigen of reumatologen, een verzoek tot vergoeding van hulpmiddelen indienen bij het Nationaal Reumafonds.

Ergotherapeuten kunnen een belangrijke rol spelen bij het indiceren van die hulpmiddelen, die de gevolgen van een aandoening van het bewegingsapparaat het beste kunnen verminderen. Ook kunnen zij belangrijke adviezen geven aan de patiënt over de wijze waarop dagelijkse activiteiten ondanks aanwezige beperkingen beter of makkelijker uitgevoerd kunnen worden. De beschikbaarheid van ergotherapie in Nederland is beperkt. Vaak kan alleen via een verpleeghuis, revalidatie-instelling of ziekenhuis een ergotherapeut worden ingeschakeld, hoewel ook in deze instellingen vaak geen ergotherapeut beschikbaar is. De beschikbaarheid van ergotherapie vanuit de eerste lijn is uiterst beperkt.

Wachtlijstreductie

Voor consultatie van sommige specialisten of voor bepaalde verrichtingen, met name op orthopedisch gebied, kunnen wachtlijsten zijn ingesteld. Er bestaan grote interregionale verschillen in aanwezigheid en lengte van wachtlijsten. Wachtljsten kunnen een nadelig effect hebben, doordat de patiënt de voor hem of haar meest adequate zorg niet tijdig kan ontvangen. Naast gevolgen voor de patiënt zelf leidt dit vaak ook tot (langduriger) ziekteverzuim en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen tijdens de wachtperiode. Reductie van de wachttijd is met name via reductie van ziekteverzuim kosten-effectief gebleken. Een probleem daarbij is, dat de opbrengst van wachtljst-reductie vaak niet terecht komt bij de organisatie, die zich daarvoor inspant. Hierin komt verandering als een werkgever een schadeverzekering afsluit voor het risico van ziekteverzuim. Deze verzekeraar heeft dan wel direct baat bij reductie van wachtlijsten en kunnen daarbij hun afdeling zorgverzekering inschakelen. Sommige bedrijven hebben zelf contracten afgesloten met aanbieders van zorg (vaak particuliere klinieken) om hun werknemers zonder vertraging te kunnen laten behandelen.

Veel organisaties hebben aandacht voor wachtlijsten, zoals patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen van specialisten en dergelijke. Sommige zorgverzekeraars doen op verzoek aan wachtljstbemiddeling, waarbij zij vaak binnen de regio van de patiënt kijken of elders geen of kortere wachtlijsten bestaan voor consultatie of behandeling.

Deskundigheidsbevordering

Veel beroepsverenigingen van hulpverleners hebben veel aandacht voor deskundigheidsbevordering en organiseren zelf nascholing voor hun leden of zijn nauw betrokken bij de ontwikkeling van nascholing in het kader van het post-academische onderwijs geneeskunde (PAOG). Vakgroepen huisartsgeneeskunde en de regionale huisartsverenigingen organiseren nascholing voor huisartsen in hun regio. Het Nederlands paramedisch instituut organiseert nascholing voor paramedici, momenteel nog vooral gericht op fysiotherapeuten. Voor verpleegkundigen is een nascholingscursus 'reuma' beschikbaar.

Binnen de beroepsbevolking gaat het hier vooral om scholing en nascholing van de bedrijfsarts en van de overige medewerkers van arbodiensten betrokken bij de advisering over preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in bedrijven. Binnen verschillende beroepsgroepen zoals de ergonomen en arbeidshygiënisten worden profielen opgesteld waaraan voldaan moet worden om gecertificeerd te worden. De eisen voorzien in bij- en nascholing ook op het terrein van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Ook bij de certificering van een arbodienst worden de inspanningen van de dienst op scholings- en nascholingsaspecten beoordeeld. Nascholing van artsen werkzaam in de curatieve sector over risico's in het werk op ontstaan en prognose van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat lijkt gering. Het Centrum voor beroepsziekten heeft tot doel door middel van voorlichting deze deskundigheid bij curatieve artsen te vergroten.

Protocollen voor diagnose, behandeling of sociaal medische begeleiding

Binnen veel beroepsverenigingen wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling en implementatie van protocollen. Soms zijn de ontwikkelingen op dit gebied ook beperkt tot het opstellen van consensus richtlijnen.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft voor een aantal aandoeningen van het bewegingsapparaat standaarden opgesteld (voor schouderaandoeningen en reumatoïde artritis), daarnaast zijn nog enkele standaarden in ontwikkeling (voor aandoeningen van rug, elleboog en knie). Deze standaarden worden grotendeels binnen het eigen vakgebied ontwikkeld, waardoor op een aantal onderdelen gebrek aan inhoudelijke overeenstemming bestaat met specialisten, die betrokken zijn bij de zorg voor dezelfde patiëntengroep. Binnen de reumatologie bestaan protocollen/richtlijnen voor osteoporose en totale heupprothesen. Op sommige plaatsen worden protocollen gehanteerd voor reumatoïde artritis. Ook de Coördinatiecentra Chronisch Zieken hebben mede tot taak de ontwikkeling van protocollen zoals het samenwerkingsprotocol Reumatoïde artritis. De orthopaedie heeft een consensus richtlijn voor de totale heupprothese.

Op het gebied van aandoeningen van het bewegingsapparaat heeft de neurologie een protocol 'bewegingsstoornissen en neuro-musculaire aandoeningen' en een consensus rapport over het lumbo-radiculaire syndroom. Binnen de vereniging voor revalidatie-artsen zijn nog geen protocollen aanwezig, wel vindt op dat gebied onderzoek plaats bijvoorbeeld gericht op lage rugklachten.

In opdracht van het Ministerie van SZW is een handboek sociaal medische begeleiding werkstress en lichamelijke overbelasting opgesteld. Dit handboek bevat een uitgewerkt protocol voor lichamelijke overbelasting en een methode aan de hand waarvan arbodiensten hun eigen protocol kunnen ontwikkelen. Dit handboek wordt uitgegeven door de Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB). Daarnaast zijn door het Coronel Laboratorium van de Universiteit van Amsterdam richtlijnen opgesteld voor begeleiding door bedrijfsartsen bij werknemers met lage rugklachten. Ook bij het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) en TNO wordt onderzoek uitgevoerd t.b.v. protocollen voor sociaal-medische begeleiding. Uiteraard is afstemming met protocollen uit de curatieve sector van groot belang.

Visitatie binnen beroepsgroepen

Visitaties spelen tegenwoordig een belangrijke rol in het kwaliteitsbeleid van veel beroepsgroepen. In de toekomst zullen visitaties verplicht worden in het kader van herregistratie. Het uitgebreid 'doorlichten' van een praktijk kan belangrijke informatie opleveren om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie heeft bijna alle praktijken eenmaal gevisiteerd, evenals de Nederlandse Orthopedische Vereniging. De Vereniging van Revalidatieartsen en de Vereniging voor Neurologie hebben richtlijnen voor visitatie opgesteld, maar nog niet daadwerkelijk visitaties uitgevoerd. De visitatie van huisartspraktijken is nog niet van de grond gekomen doordat er nog geen aanvaardbare richtlijnen en toetsingmethoden konden worden ontwikkeld.

Communicatie eerste-tweede lijn

Aan communicatie tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg is in het kader van deze inventarisatie slechts zeer beperkt aandacht besteed. Op een aantal plaatsen vindt onderzoek plaats naar methoden om deze communicatie te verbeteren, bijvoorbeeld door het houden van gemeenschappelijke spreekuren tussen huisartsen en specialisten. De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie laat momenteel een onderzoek uitvoeren naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en reumatologen, waarbij onder andere taakverdeling ten aanzien van verschillende aandoeningen en verwijsbeleid aan de orde komen.

Communicatie curatieve sector en bedrijfsgezondheidszorg

Aan het probleem van beperkte communicatie tussen bedrijfsartsen en artsen in de curatieve sector wordt in onderzoek aandacht besteed. De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie wil initiatieven ontplooiën om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen en zal in een binnenkort uit te brengen rapport van een strategische planning groep daarop ingaan. Bij het NIA en TNO is onderzoek gaande naar communicatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Over het algemeen bestaat de indruk, dat in de dagelijkse praktijk de aandacht van curatief werkzame artsen voor het beroep, de arbeidssituatie en het ziekteverzuim gering is. Een uitzondering vormen revalidatieartsen, die wel aandacht besteden aan het functioneren van de patiënt in de arbeidssituatie.

Ook uit de inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren bij preventieve maatregelen in bedrijven komt duidelijk naar voren dat deze communicatie verbetering behoeft bij begeleiding van zieke werknemers (verzuimbegeleiding) maar zeker ook bij reïntegratie activiteiten. Het gaat dan om communicatie tussen artsen werkzaam in de bedrijfsgezondheidszorg, artsen uit de curatieve sector (eerste en tweede lijn) én de verzekeringsgeneeskundigen.

Reumaconsulenten

De Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie is bezig met het opstellen van een functieprofiel, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Ook nascholing gericht op deze functie wordt georganiseerd. De aanstelling van reumaconsulenten wordt gestimuleerd door de NVR, door Coördinatiecentra Chronisch Zieken (CCZ), door de Reumapatiëntenbond en door het Nationaal Reumafonds. Per lokatie wordt gezocht naar de instelling, waarbij de reumaconsulente moet worden aangesteld. Vaak is dit de polikliniek reumatologie van een ziekenhuis, soms een thuiszorginstelling en soms een combinatie van beide. Reumaconsulenten richten zich in eerste instantie met name op patiënten met reumatoïde artritis.

4.3.5 Reïntegratie

Reïntegratiemaatregelen bestaan uit zeer veel verschillende typen maatregelen en bij deze reïntegratie zijn een groot aantal partijen betrokken zoals de curatieve sector, bedrijven, arbodiensten, revalidatie instellingen en uitkeringsinstanties. Veel bedrijven hebben incidenteel te maken met langdurig zieke werknemers waarvoor reïntegratiemaatregelen noodzakelijk zijn om uitval te voorkomen. Reïntegratiemaatregelen ten behoeve van de in diensttreding van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte nieuwe werknemers komt veel minder vaak voor.

5. BESCHOUWING

5.1 Epidemiologie

Uit het overzicht van het vóórkomen van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat blijkt, dat de omvang van het probleem redelijk duidelijk is. Wel komt naar voren, dat naarmate een aandoening beter omschreven is, de gegevens over incidentie en prevalentie nauwkeuriger zijn. Voor grote groepen van specifieke klachten en weke delen reuma, waaronder klachten van nek, rug en schouder, de zogenaamde repetitive strain injuries en fibromyalgie zijn uit verschillende onderzoeken schattingen te maken over prevalentie en soms incidentie, echter gegevens over nauwkeurig gedefinieerde patiënten-populaties ontbreken meestal. Over het beloop en de gevolgen van de aandoeningen is veel minder bekend. Goede longitudinale studies zijn schaars.

In het overzicht van determinanten van aandoeningen van het bewegingsapparaat worden zowel endogene factoren, zoals leeftijd, geslacht, erfelijke factoren en (lichaamseigen) hormonen, als exogene factoren, zoals leefstijlfactoren, werkgebonden factoren en sociaal economische status beschreven. Determinanten vormen in principe een aangrijpingspunt voor preventieve activiteiten, wanneer:

- a) zij in principe veranderbaar zijn (dit geldt met name voor externe factoren);
- b) de relatie met ontstaan of verergeren van de klachten afdoende is aangetoond;
- c) zij in belangrijke mate bijdragen aan verhoging van het risico (hoog attributief risico) op het ontstaan of ernstiger beloop van klachten en aandoeningen.

Alleen in die gevallen kan worden verwacht dat beïnvloeding van de determinant in gunstige zin ook leidt tot vermindering van de klachten en aandoeningen of de gevolgen daarvan. Uiteraard geldt eenzelfde verhaal voor preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid door de klachten.

Met name de leefstijl-factoren en de werkgebonden factoren zijn veranderbaar en komen in principe in aanmerking voor preventie van het ontstaan of verergeren van de klachten en aandoeningen. De hier gepresenteerde gegevens laten zien dat enerzijds voor slechts weinig risico- of prognostische factoren een relatie met de klachten en aandoeningen afdoende lijkt te zijn aangetoond. Anderzijds is onduidelijk welk deel van de multifactorieel bepaalde klachten of van de verergering van het beloop wordt veroorzaakt door een bepaalde determinant en wat dus het belang is van de factoren onderling. Hierdoor is het moeilijk de gezondheidswinst door mogelijke preventieve activiteiten goed in te schatten.

In dat opzicht is de grondslag voor preventieve activiteiten dus beperkt. Anderzijds worden voldoende determinanten gepresenteerd ten aanzien waarvan aanwijzingen bestaan dat zij gerelateerd zijn aan ontstaan of beloop van de klachten en aandoeningen en die voldoende aanleiding geven om de mogelijke preventieve activiteiten nader te beschouwen.

5.2 Mogelijkheden voor preventie

Aangezien de doelstelling van deze verkenning gericht is op het verbeteren van de aansturing en organisatie van preventieve activiteiten, zullen deze beschouwing en de aanbevelingen, die daaruit voortvloeien zich met name richten op reeds bekende mogelijkheden voor preventie en effectiviteit daarvan. Uit het voorgaande is duidelijk, dat ook de kennis over determinanten van ontstaan en beloop van aandoeningen van het bewegingsapparaat dringend aanvulling behoeft.

Voor de ontwikkeling van een effectieve preventieve interventie is het niet voldoende om alleen de determinanten te kennen, maar moet ook kennis aanwezig zijn over de mogelijkheden deze determinanten gunstig te beïnvloeden. Sommige determinanten zijn niet te beïnvloeden, zoals leeftijd, geslacht en ras. Wel kan met deze determinanten rekening worden gehouden, door het richten van activiteiten op bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld vrouwen of personen met lagere sociaal-economische status. Over het algemeen kan worden gesteld dat beïnvloeding van factoren die van invloed zijn op het beloop van de klachten of aandoeningen (tertiaire preventie) meer mogelijkheden biedt dan beïnvloeding van risicofactoren voor het ontstaan. Daarbij komt dat mensen met (beginnende) klachten een duidelijk omschreven en goed gemotiveerde doelgroep voor de preventieve activiteiten vormen. Preventieve activiteiten gericht op de risicofactoren voor het ontstaan van klachten bieden meer mogelijkheden naar mate de doelgroep duidelijker omschreven en beter bereikbaar is.

Voor effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat is ook de aard van de mogelijke preventieve activiteiten van belang. Zo is bijvoorbeeld gedragsverandering waarschijnlijk moeilijker te realiseren, dan aanpassing van de (werk)omgeving indien hiervoor middelen beschikbaar zijn en de noodzaak wordt ingezien. Ook preventieve activiteiten, die in principe aangenaam zijn of weinig of geen bijwerkingen kennen, zoals bewegings- of fitnessprogramma's, zijn mogelijk eenvoudiger te implementeren dan minder aangename interventies, bijvoorbeeld reductie van overgewicht of het jarenlang geven van bepaalde medicijnen.

Indien preventie gericht is op de totale algemene bevolking kan het bereiken van de doelgroep een probleem zijn. Bovendien kan de inhoud of het effect van preventieve activiteiten verschillend zijn voor verschillende subgroepen uit de bevolking. Specifieke doelgroepen zoals jongeren, ouderen en werkenden zijn waarschijnlijk beter te bereiken en te motiveren om deel te nemen aan bepaalde preventieve activiteiten. Inhoud en effect kunnen eenduidiger worden vastgesteld. De beroepsbevolking is in principe via de bedrijven goed te bereiken. Ouderen zijn vaak via ouderen- of welzijnswerk, via thuiszorg of via verzorgingshuizen te bereiken. Jongeren zijn goed bereikbaar via de school.

In het overzicht van mogelijkheden voor preventie valt op, dat het in het algemeen met de kennis over effectiviteit matig tot slecht gesteld is. In principe moet de effectiviteit van een bepaalde preventieve activiteit bekend zijn, voordat aanbevelingen kunnen worden gedaan over invoering of bredere toepassing daarvan. Van veel activiteiten, die reeds veelvuldig worden toegepast, staat de effectiviteit niet vast of ter discussie.

De effectiviteit van activiteiten die gericht zijn op verbetering van kwaliteit of toegankelijkheid van zorg is vaak moeilijk vast te stellen. Op dat gebied zijn eenduidige criteria gewenst, waarmee de effectiviteit kan worden beoordeeld.

5.3 Prioritering ten aanzien van mogelijke preventieve interventies

Aansluitend bij de doelstelling van deze verkenning (het verbeteren van de aansturing en organisatie van preventieve activiteiten), lijkt op grond van de voorgaande gegevens een prioritering zich af te tekenen van onderwerpen, die in dat kader de aandacht verdienen. Deze onderwerpen kunnen worden ondergebracht in drie grotere clusters, die dermate verschillend zijn dat onderlinge prioritering afhangt van de invulling van de parameters voor (mogelijke) effectiviteit. Deze clusters zijn:

- 1) afzonderlijke preventieve activiteiten, die meestal gerelateerd zijn aan bepaalde klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat;
- 2) activiteiten die gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van zorg;
- 3) activiteiten die gericht zijn op reïntegratie in het arbeidsproces.

De preventieve activiteiten, die genoemd worden in tabel 5.3 en de conclusies in hoofdstuk 6 zullen aan de hand onderstaande criteria gerangschikt worden, waarmee impliciet wordt aangegeven, dat op voorhand de eerder genoemde preventieve activiteiten een betere kans bieden op resultaat op korte termijn. Dit neemt niet weg dat activiteiten, die lager in de rangorde staan, op langere termijn (wanneer de effectiviteit is vastgesteld en de activiteit op adequate wijze geïmplementeerd) eenzelfde of een hoger effect zouden kunnen sorteren.

De criteria die zijn gehanteerd voor de prioritering van de afzonderlijke preventieve activiteiten, die uit de verkenning naar voren zijn gekomen, zijn de volgende:

- a. kennis over effectiviteit van de preventieve activiteit
 1. effectiviteit aangetoond
 2. goede aanwijzingen voor effectiviteit
 3. effectiviteit onbekend

- b. omvang van de doelgroep, waarop de preventieve activiteit is gericht (potentiële gezondheidswinst / economische winst)
 1. groot
 2. redelijk groot
 3. klein

- c. de schaal, waarop een preventieve activiteit nu al wordt toegepast
 1. ruime toepassing
 2. enige toepassing
 3. geen/zelden toepassing

Het meest kansrijk voor het behalen van gezondheidswinst en/of economische winst zijn die preventieve activiteiten, die effectief zijn gebleken of ten aanzien waarvan duidelijke aanwijzingen voor effectiviteit aanwezig zijn, en die zich richten op een omvangrijk gezondheidsprobleem.

De kansen op gezondheidswinst en/of economische winst door preventieve activiteiten hangen af van de omvang van het probleem en de beschikbaarheid van effectieve interventies om dat probleem te beïnvloeden. De benadering van de omvang van het probleem kan op verschillende wijzen plaatsvinden, bijvoorbeeld in termen van prevalentie van de aandoening, beperkingen of handicaps als gevolg van de aandoening of medische of maatschappelijke kosten ten gevolge van de aandoening. Een goede effectiviteit is slechts voor enkele activiteiten aangetoond.

Voor een aantal andere activiteiten zijn er aanwijzingen voor een positief effect. Aansluiting op activiteiten, die reeds worden toegepast, kan op korte termijn voordelen bieden boven geheel nieuw te implementeren interventies. Voor de activiteiten, waarvan de effectiviteit is aangetoond geldt, dat de aanbevelingen zich zullen richten op de implementatie daarvan. Voor activiteiten, waarvan de effectiviteit niet voldoende duidelijk of onbekend is geldt, dat vóór toepassing op (nog) bredere schaal onderbouwing van de effectiviteit in principe noodzakelijk is.

In tabel 5.3 zijn de genoemde criteria voor de afzonderlijke preventieve activiteiten ingevuld. In de volgorde, waarin de activiteiten zijn genoemd, is de prioritering reeds aangegeven.

Tabel 5.3 Prioritering op basis van drie criteria (effectiviteit, omvang en toepassing) van de afzonderlijke preventieve activiteiten

Preventieve activiteit	Effectiviteit	Omvang doelgroep	Toepassing
1. interventies gericht op verbetering van fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplekken en organisatie	1	1	1
2. preventie osteoporose door suppletie van calcium / vitamine D / oestrogenen, eventueel voorafgegaan door screening op verminderde botmassa	1	2	1
3. screening (consultatiebureau) op congenitale heupdysplasie (+adequate behandeling)	1	3	1
4. activiteiten gericht op verbetering van kwaliteit van zorg	2	1	1
5. activiteiten gericht op reïntegratie in het arbeidsproces	2	1	1
6. rugscholing	2	1	1
7. bewegings-/fitness-programma's (bedrijfsfitness, meer bewegen voor ouderen, de klas beweegt, lichamelijke opvoeding basisonderwijs)	2	1	1
8. voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid (bijvoorbeeld bij reumatoïde artritis, artrose, rugklachten, nek/schouder/arm klachten, RSI, fibromyalgie)	2	1	2
9. reductie van overgewicht	2	2	1
10. screening op ernstige houdingsafwijkingen bij schoolgaande jeugd (+adequate behandeling)	2	3	1
11. voorlichting over veranderen houdings- en bewegingsgedrag en fysieke belasting in bepaalde beroepen/lager en middelbaar beroepsonderwijs	3	1	1
12. algemene voorlichting over aandoeningen van het bewegingsapparaat en hun preventie, diagnostiek en behandeling	3	1	1
13. voorlichting over houding en beweging / fysieke belasting	3	1	1
14. ergonomische maatregelen thuis/school/openbaar vervoer	3	1	3
15. signaleren van kinderen met motorische achterstand en aanbieden van speciaal programma	3	3	2
16. screening op aanwezigheid van beperkingen bij ouderen (+adequate behandeling)	3	2	3
17. screening op beenlengteverschil (+adequate behandeling)	3	3	3

In de categorie activiteiten gericht op verbetering van kwaliteit van zorg vallen onderwerpen als deskundigheidsbevordering van hulpverleners, maatregelen gericht op kwaliteitsborging of -verbetering, bijvoorbeeld visitaties, protocollering, maatregelen gericht op de verbetering van de organisatie van de zorg, bijvoorbeeld zorg-coördinatie en afstemming van eerste- en tweedelijns zorg, wachtlijstreductie, vergroten beschikbaarheid van hulpmiddelen / ergotherapie, ondersteunen mantelzorg en maatregelen gericht op verbeteren van communicatie tussen curatieve en bedrijfsgezondheidskundige sector.

Activiteiten gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg zijn kansrijk, omdat zij in principe voor diagnostiek en behandeling van alle aandoeningen van belang zijn en uiteindelijk kunnen leiden tot een situatie, waarin een patiënt snel de voor hem of haar geïndiceerde behandeling of zorg ontvangt. Ook activiteiten op dit gebied kunnen zich terugbetalen door vermindering van ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid, zeker wanneer ook de communicatie tussen de curatieve en de bedrijfsgezondheidskundige sector wordt verbeterd. Gezondheidswinst en mogelijk ook economische winst kan ook worden behaald door een goede, snelle en adequate behandeling door activiteiten als protocollering, wachtlijstreductie etc. en door het voorkómen van overbodige zorg of zorg die noodzakelijk is wegens in principe te voorkómen gevolgen van aandoeningen. Bij alle activiteiten in deze categorie is een goede opleiding en nascholing en kwaliteitsborging ten aanzien van hun handelen van belang.

Activiteiten gericht op reïntegratie in het arbeidsproces van werknemers met aandoeningen van het bewegingsapparaat bieden goede kansen om (kosten van) ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te reduceren. Voor patiënten blijft op deze wijze de mogelijkheid bestaan om ondanks de aanwezigheid van een klacht of aandoening van het bewegingsapparaat en de beperkingen die daarvan het gevolg zijn een rol in het arbeidsproces te kunnen blijven vervullen. Dit kan van belang zijn voor het welbevinden, omdat werk een belangrijk aspect is van kwaliteit van leven en een belangrijke bron is voor sociale contacten en steun buiten de directe familiekring.

5.4 Mogelijke opbrengst van preventie

Uit de verkenning wordt duidelijk, dat preventie gericht op aandoeningen van het bewegingsapparaat zinvol kan zijn en in potentie een hoge opbrengst kan hebben, vooral op sociaal-economisch gebied. Door effectieve preventie kan tevens veel patiënten leed worden bespaard, waardoor ook op gebieden waar de maatschappelijke kosten minder kunnen worden gereduceerd preventie zeer zinvol kan zijn.

In de inleiding is het bedrag voor 1990 van medische en sociaal-economische kosten door aandoeningen van het bewegingsapparaat aangegeven. Opgeteld, exclusief kosten door productiviteitsverlies, komt dit op circa 12 miljard gulden. Indien door preventie slechts een fractie van de kosten kan worden teruggedrongen, is de opbrengst al zeer groot. Stel dat bijvoorbeeld 1% van de huidige kosten teruggedrongen kan worden, dan wordt daarmee al 120 miljoen gulden bespaard. De kans is dan groot dat deze besparingen ruim opwegen tegen de benodigde investeringen. Het is duidelijk dat effectiviteit ten aanzien van het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid daarbij van belang is. Een knelpunt voor het implementeren van preventieve activiteiten gericht op aandoeningen van het bewegingsapparaat is dat enerzijds vanwege gebrek aan inzicht in (kosten-)effectiviteit de opbrengst van een bepaalde interventie zich moeilijk laat voorspellen en anderzijds dat de opbrengst, bijvoorbeeld reductie van kosten gezondheidszorg of maatschappelijke kosten, meestal niet terecht komen bij degene die de investeringen pleegt. Aangezien wel verondersteld mag worden dat de opbrengsten grotendeels binnen de nationale grenzen zullen blijven, zou op landelijk niveau voor dit probleem een oplossing moeten worden gevonden.

6. CONCLUSIES

In deze paragraaf worden ten aanzien van elke preventieve activiteit, die in de verkenning is beschreven, een aantal conclusies getrokken. De activiteiten zijn gerangschikt naar de prioritering van preventieve activiteiten uit paragraaf 5.3.

6.1 Conclusies ten aanzien van afzonderlijke preventieve activiteiten

6.1.1 Interventies gericht op verbetering van fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplekken en organisatie

Uit de verkenning blijkt dat een geïntegreerde aanpak van ergonomische en organisatorische maatregelen effectief is voor preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Een overzicht van succesvolle interventies in het werk en de factoren die dit succes bepalen zal bijdragen aan het besef dat preventie van bewegingsapparaatklachten kan bijdragen aan een 'gezonde bedrijfsvoering'. Voor een maximaal effect kan deze informatie het beste worden gericht op werkgevers en dient aandacht te worden besteed aan het effect van de interventie op verminderen van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat maar ook op motivatie van het personeel, produktiviteit en kwaliteit van de bedrijfsvoering.

Uit de verkenning blijkt tevens dat informatie van bedrijven uit dezelfde branche bijdraagt aan het belang dat een werkgever hecht aan preventie van bewegingsapparaatklachten. Een document waarin de state of the art van de maatregelen ter preventie van klachten van het bewegingsapparaat binnen een bepaalde branche wordt gepubliceerd lijkt daarom zinvol. Een dergelijke inventarisatie zou dan gecompleteerd moeten worden met een instrument waarmee een werkgever het preventie niveau van het eigen bedrijf ten opzichte van de rest van de branche kan bepalen (bench marking). Ook een voorbeeldproject waarin ergonomische maatregelen gericht op verbetering van fysieke belasting en organisatorische maatregelen gericht op verbetering van psychosociale factoren worden gecombineerd en waarvan het effect zorgvuldig wordt geëvalueerd kan een sterke stimulans betekenen voor preventieve maatregelen in bedrijven. In een dergelijk project is integratie nodig van kennis over fysieke belasting (waarbij ook 'nieuwe' fysieke belastingsrisico's zoals eenzijdige belasting, inactiviteit en repeterend handelen aandacht verdienen), psychosociale factoren én kennis over productieprocessen en organisatie.

De maatregelen en methoden die hiervoor nodig zijn, zijn in principe beschikbaar. De evaluatie zal zich moeten richten op klachten, verzuim, motivatie en verloop en andere kenmerken van 'een gezonde bedrijfsvoering'.

Uit de verkenning blijkt dat de praktische uitvoerbaarheid, de implementatie, de aansluiting bij de bedrijfsvoering en het effect op de motivatie van het personeel van maatregelen belangrijke elementen zijn van preventieve maatregelen in bedrijven. Al deze aspecten worden verbeterd indien deze maatregelen in samenspraak met de werknemers worden geformuleerd en uitgevoerd. Ook in de recent gepubliceerde inventarisatie van onderzoek naar arbeidsomstandigheden van de RGO wordt hoge prioriteit gegeven aan onderzoek naar mogelijke strategieën om werknemers te betrekken bij het formuleren en uitvoeren van maatregelen. In de ergonomie zijn dergelijke strategieën reeds voorhanden en uitgetest (de participatieve ergonomie). Er zijn echter nog onvoldoende gegevens bekend over de opbrengst van dergelijke strategieën.

Het midden- en kleinbedrijf (MKB) blijft achter als het gaat om het nemen van technische en organisatorische maatregelen gericht op preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Het MKB verdient dus extra aandacht. Gezien de recente veranderingen zoals de verplichting tot aansluiting bij een arbodienst, houden van een risico-inventarisatie en evaluatie, voeren van een verzuimbeleid en doorbetalen van loon bij ziekte, zullen ook de kleine bedrijven met arbo-activiteiten worden geconfronteerd. Het is nu een goed moment hen te motiveren voor maatregelen gericht op preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Tussen verschillende bedrijfstakken bestaan echter wel grote verschillen in problematiek van kleine bedrijven. Het ontwikkelen van een plan van aanpak gericht op deze groep bedrijven specifiek voor enkele bedrijfstakken is dan ook wenselijk.

In deze verkenning is geconstateerd dat een belangrijke stimulans voor preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name ook voor kleine bedrijven, uitgaat van de branche gerichte arbo-organisaties zoals de stichting Arbouw en de stichting bedrijfsgezondheidszorg in het wegvervoer. Het is duidelijk dat dan niet alleen de technische en organisatorische maatregelen voor de preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat kunnen worden gestimuleerd maar ook maatregelen gericht op verzuimpreventie, rugscholing e.d. Het verdient aanbeveling dat dergelijke coördinerende instellingen ook in andere branches worden opgericht. Indien specifiek gericht op dit onderwerp zou het ook kunnen gaan om een branche-coördinatiepunt preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (mogelijk in combinatie met stress).

Allereerst moet worden nagegaan waarom in bepaalde branches een dergelijke organisatie tot stand is gekomen. Op grond van deze analyse dient dan worden geïnventariseerd in welke andere branches de randvoorwaarden gunstig zijn om tot een dergelijke organisatie te komen.

Uit de verkenning blijkt dat verminderen van trillen en schokken op het werk kan bijdragen aan preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Momenteel nemen een aantal arbodiensten en bedrijven deel aan een evaluatie studie naar de effectiviteit van een interventieprogramma gericht op het verminderen van belasting door lichaamstrillingen en schokken op het werk. Indien uit dit onderzoek blijkt dat een dergelijk programma effectief is, is het van belang om brede implementatie te propageren.

Er zijn aanwijzingen dat het werken met trillend en stotend gereedschap het risico op schouderklachten kan verhogen. Vermindering van deze belasting in bedrijven is daarom gewenst. Trillingsarm gereedschap is op de markt. Bedrijven zouden in overleg met arbodiensten moeten overgaan tot de aanschaf van dergelijk gereedschap. Branche-organisaties kunnen hierbij een stimulerende rol spelen.

6.1.2 Preventie van osteoporose door suppletie van calcium / vitamine D / oestrogenen, (eventueel na screening op verminderde botmassa)

In de diverse voorlichtingsprogramma's moeten de belangrijkste leefstijlfactoren die van belang zijn voor het voorkomen van osteoporose (voldoende vitamine D en calcium in de voeding en optimale lichamelijke activiteit) duidelijk naar voren te komen. Bij risicogroepen voor het optreden van osteoporose, zoals vrouwen na de menopauze en personen, die vanwege een ziekte weinig actief kunnen zijn ofwel corticosteroïden moeten gebruiken, moet dit aspect duidelijk onder de aandacht worden gebracht. Indien osteoporose door huisarts of specialist wordt geconstateerd, dienen deze factoren ook aan de patiënt te worden overgebracht. Vaak zal dan worden overgegaan tot daadwerkelijke suppletie (tabletten) of medicamenteuze interventie (bijvoorbeeld met bifosfonaten).

In Nederland is geen consensus over het toepassen van oestrogenen na de menopauze, vanwege de kans op nadelige effecten daarvan. In een recent rapport heeft de Gezondheidsraad geadviseerd aan alle vrouwen rond de menopauze eenmalig een screening op verminderde botmassa aan te bieden en bij een botmassa beneden het 25^e percentiel oestrogensuppletie toe te passen.

Negatieve reacties op dit advies richten zich met name op het feit, dat onvoldoende duidelijk is hoe vaak nadelige effecten bij oestrogeengebruik voorkomen en dat onvoldoende bekend is of botmassa rond de menopauze voorspellend is voor latere botmassa.

Het effect van de deelname, vooral op het handelen in de dagelijkse praktijk, is vaak moeilijk vast te stellen omdat daarvoor de instrumenten ontbreken. Visitaties zouden wel informatie kunnen opleveren, waarbij deelname aan nascholing en praktijkvoering naast elkaar zichtbaar worden.

In de bij- en nascholing voor artsen in de curatieve sector zou meer aandacht geschonken dienen te worden aan de werkgebonden aspecten van klachten en aandoeningen (risico's, arbeidsgebondenheid van klachten, beperken verzuim, reïntegratie, mogelijke werkaanpassingen). Een systematische overzicht van de kennis over dit onderwerp is zowel voor het bedrijfsleven/bedrijfsgezondheidszorg als voor de curatieve sector gewenst.

Coördinatie van zorg voor de totale groep van patiënten met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat ontbreekt grotendeels. Het is afhankelijk van de huisarts of, wanneer en waarheen een patiënt verwezen wordt. Uit onderzoek is gebleken dat de variatie hierin groot is. Welke gevolgen dit voor de patiënt heeft is onduidelijk. Protocollering kan in deze situatie verbetering brengen, maar staat op het gebied van aandoeningen van het bewegingsapparaat nog in de kinderschoenen. Bovendien moet de inhoud van protocollen in de eerste lijn zijn afgestemd op de opvattingen in de tweede lijn. De rol van reumaconsulente beperkt zich tot nu toe vooral tot patiënten met reumatoïde artritis en tot de polikliniek reumatologie. Actie kan dus pas plaatsvinden nadat de patiënt daar naar toe verwezen is.

De huisarts is de aangewezen persoon om het gros van de aandoeningen van het bewegingsapparaat te behandelen, maar kan daarbij door verschillende omstandigheden - zoals aard van de problematiek, gebrek aan kennis en ervaring, langdurige klachten van onduidelijke aard, druk van de patiënt - de behoefte krijgen te verwijzen naar de tweede lijn. Vaak is dan een probleem welke hulpverlener het meest geschikt is om het probleem adequaat te diagnostiseren en behandelen.

Het verdient aanbeveling te onderzoeken of met de bestaande structuren zorgtrajecten (op elkaar afgestemde protocollen) ontwikkeld kunnen worden, waarin de huisarts meer handvatten heeft om gericht te verwijzen. In de zorgtrajecten moet ook aandacht worden besteed aan de werksituatie en problemen daarin.

Indien met de ontwikkelde zorgtrajecten niet het gewenste effect wordt bereikt dienen andere opties voor verbetering van de coördinatie te worden onderzocht. Een mogelijkheid daarvoor is het instellen van een eerste aanspreekpunt voor aandoeningen van het bewegingsapparaat in de tweede lijn (ziekenhuizen), waarin in eerste instantie de nadruk wordt gelegd op (protocollaire) diagnostiek van de aandoening en de beperkingen, die daarvan het gevolg zijn. Ook kan direct aandacht worden besteed aan belasting door werk of andere dagelijkse bezigheden en aan ziekteverzuim en kan contact worden gelegd met de bedrijfsarts. Snelle reïntegratie kan één van de behandeldoelen zijn.

Daarna kan de patiënt al naar gelang het probleem en de vraagstelling van de huisarts ofwel worden terugverwezen naar de huisarts (eventueel met een behandelingsadvies), ofwel meteen worden doorverwezen naar de specialist, die het meest geschikt is voor verdere behandeling.

Communicatie tussen eerste en tweede lijn, binnen de tweede lijn en tussen curatieve sector en bedrijfsgezondheidszorg is van groot belang om onnodige vertraging in de behandeling en reïntegratie te voorkómen. Het is gewenst dat huisartsen en specialisten beter op de hoogte zijn van arbeidsgebonden problematiek en dat bedrijfsartsen meer inzicht krijgen in de behandeling en gevolgen van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Inzicht in factoren die van belang zijn voor goede communicatie tussen curatief werkzame artsen en bedrijfsartsen is van belang. Onderzoek op dit gebied (huisartsen-bedrijfsartsen) is gaande.

Wat betreft de beschikbaarheid van hulpmiddelen moet aandacht worden besteed aan de bevindingen uit de recente evaluaties van de Wet Voorzieningen Gehandicapten.

6.1.5 Activiteiten gericht op reïntegratie in het arbeidsproces

Een aantal van de punten genoemd bij verbetering van kwaliteit van zorg zijn ook direct van belang voor een snelle terugkeer in werk bij verzuim en effectieve reïntegratie. Het gaat dan met name om deskundigheidsbevordering, protocollering en afstemming tussen curatieve sector en bedrijfsgezondheidszorg. Hieronder worden nog enkele conclusies getrokken die op groepsniveau van belang zijn voor het verbeteren van de reïntegratie.

Informatie over de kosten-effectiviteit van interventie programma's gericht op snelle terugkeer in werk bij verzuim is van belang voor bedrijven, arbodiensten en verzekeringsinstellingen. Deze informatie is echter nauwelijks beschikbaar. Het lijkt daarom zinvol om een beschrijving te geven van geëvalueerde interventies en hun effect op reductie van het verzuim (gebaseerd op gecontroleerde evaluaties). Tevens moet worden onderzocht of er iets kan worden gezegd over kenmerken van deze programma's die van belang zijn voor een positief effect (soort klachten en aandoeningen, duur verzuim bij interventie, aard van de interventie etc).

Uit de inventarisatie blijkt tevens dat er weinig bekend is over de determinanten van langdurig verzuim als gevolg van chronische klachten van het bewegingsapparaat. Slechts een klein gedeelte van de werknemers dat kort verzuimd ontwikkelt bijvoorbeeld chronische aspecifieke rugklachten.

Onderzoek naar deze prognostische factoren (naast klinische en psychosociale factoren met name ook werkgerelateerde factoren) kan in sterke mate bijdragen aan het ontwikkelen van een effectief verzuim preventie programma. Het verdient dan ook aanbeveling dat een dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd.

Bij reïntegratie zijn een groot aantal partijen betrokken zoals de arbodienst, revalidatie instellingen en uitkeringsinstanties. Coördinatie en afstemming is gewenst.

Voor verdere aanbevelingen gericht op verbetering van reïntegratie van werknemers wordt verwezen naar het rapport *Werk op Maat* recent uitgegeven door de NCCZ.

6.1.6 Rugscholing

Uit de verkenning blijkt dat rugscholing frequent wordt toegepast, met name bij werknemers. Het beeld over de effectiviteit is echter nog onvolledig. Er zou een onderzoek moeten komen, waarin de beschikbare informatie grondig wordt bestudeerd, samengevat en beschikbaar wordt gemaakt voor de gezondheidszorg en het bedrijfsleven. Het onderzoek dient gebaseerd te zijn op gecontroleerde evaluaties waarbij verhogen van de arbeidsparticipatie als één van de uitkomstmaten is bestudeerd. Voor bedrijven, arbodiensten en verzekeraars die risico's van ziekteverzuim gaan verzekeren is arbeidsparticipatie de belangrijkste effectparameter.

Er blijken vele inhoudelijk verschillende programma's te bestaan. Het is gewenst dat de inhoud van rugscholing wordt gestandaardiseerd op grond van nu aanwezige kennis over de verschillende programma's en de effectiviteit daarvan. Op grond van de huidige kennis zou een 'voorbeeld rugschool programma' opgesteld kunnen worden.

Het effect van rugscholing, bijvoorbeeld van genoemd 'voorbeeld programma', dient nauwkeurig te worden vastgesteld bij een zo goed mogelijk gedefinieerde doelgroep.

Hierbij moeten zowel ziekte-parameters (duur, pijn, functionele beperkingen etc.), aantal recidieven tijdens follow-up) als sociaal-economische parameters (ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, gebruik van gezondheidszorg-voorzieningen) worden betrokken. Ook moet worden bestudeerd op welk moment tijdens het verloop van de rugklachten het programma het beste kan worden aangeboden.

Gezien de belangstelling die met name in het bedrijfsleven voor rugscholing bestaat, zou de doelgroep voor de voorbeeld interventie kunnen worden geselecteerd uit werknemers, eventueel in een bepaalde branche. Voor werknemers dient te worden vastgesteld welke factoren kunnen bijdragen aan een succesvolle geïntegreerde aanpak. Daarbij zijn onder meer van belang de steun vanuit de top en de directe leiding, het beschikbaar stellen van tijd, laagdrempeligheid, het rekening houden met de behoeften en rol van werknemers en het hebben van aandacht voor fysieke of psychosociale belasting op het werk.

Het verdient aanbeveling richtlijnen voor rugscholen op te stellen, om eisen te stellen aan de aanbieder aan werknemers door onder andere arbodiensten, sociale zekerheidsinstellingen, verzekeraars en revalidatie-instellingen. Voor de indicatiestelling door bijvoorbeeld arbodiensten moeten duidelijke criteria worden opgesteld. De financiering kan worden verzorgd door de bedrijven of de verzekeraar van ziektekosten of ziekteverzuim.

Ook voor de aanbieders van rugscholing aan doelgroepen in de algemene bevolking (bijvoorbeeld GGD'en, revalidatie-instellingen en particuliere organisaties, zoals fysiotherapiepraktijken en sportscholen) moeten richtlijnen worden ontwikkeld om een bepaald kwaliteitsniveau te garanderen. Bij gebleken effectiviteit zou rugscholing voor niet-werknemers in aanmerking kunnen komen voor het normale of additionele verstrekkingspakket van de ziektekosten-verzekering. Er zijn nu al enkele zorgverzekeraars, die een gedeelte van de kosten aan bepaalde rugscholen vergoeden. De huisarts zou een rol kunnen spelen bij het verwijzen naar rugscholing. Aandacht voor rugscholing in de nog uit te brengen NHG standaard over rugpijn is gewenst.

6.1.7 Bewegings-/fitnessprogramma's (bedrijfsfitness, MBvO, de klas beweegt etc.)

Er zijn aanwijzingen dat een fysiek actieve leefstijl het risico op aandoeningen van het bewegingsapparaat kan verminderen, met name rugklachten en artrose. Ook kunnen beperkingen in mobiliteit op oudere leeftijd worden tegengegaan. Gegevens over de relatie tussen fitheid/fysieke conditie en de mogelijkheden om fysieke belasting te ondergaan zijn niet eenduidig.

Het belang van lichamelijke activiteit ter preventie van osteoporose staat wel vast, met name op jongere leeftijd wanneer de piekmasse van het bot bereikt wordt. Gunstige effecten van lichamelijke activiteit op de gezondheid en de kwaliteit van het leven *in het algemeen* zijn veel sterker. Ook worden gunstige effecten ten aanzien van preventie van een aantal chronische ziekten (hart-vaatziekten, diabetes, hypertensie, depressiviteit en beroerte) en bepaalde vormen van kanker genoemd.

Lichamelijke activiteit is een relatief goedkoop, aangenaam en niet-medicaliserend instrument voor preventie.

In het licht van preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat lijkt het gunstig om bewegen zowel op het werk als in de vrije tijd te stimuleren. Daarbij moet ook aandacht worden besteed aan bewegen op het werk en voorkómen van ongunstige mechanische belasting in vrije tijd en op het werk. Het is van belang dat in landelijke campagnes en andere activiteiten met dit doel van bijvoorbeeld GGD'en en thuiszorginstellingen ook aandacht is voor het effect op preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Op het gebied van lichamelijke activiteit/beweging/fitness bestaan reeds vele programma's en zijn veel organisaties actief. De activiteiten worden zowel gericht op werknemers door arbodiensten, bedrijven en particuliere organisaties, als op doelgroepen uit de algemene bevolking door de Landelijke Vereniging Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO), particuliere organisaties, zoals sportscholen en fysiotherapiepraktijken en sporadisch ook GGD'en en thuiszorginstellingen. Sommige zorgverzekeraars zijn actief in het stimuleren tot deelname aan bewegings-/fitness programma's. Het LCG, het NISG en TNO vervullen een inventariserende en onderzoekende rol. Voordat verdere implementatie van diverse vormen van bewegings- en fitnessprogramma's kan worden aanbevolen ter preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat, dient de effectiviteit per programma beter te worden onderbouwd. Bij beoordeling van de effectiviteit moet bedacht worden dat ook effecten optreden ten aanzien van andere aandoeningen, met name hart- en vaatziekten.

Fitness programma's kunnen voor het voorkomen van aandoeningen van het bewegingsapparaat bij werknemers zinvol zijn. Gebleken is dat dit vooral geldt wanneer ook de fysieke en psychosociale belasting in het werk hierbij worden betrokken. Het probleem bij bedrijfsfitness is vooralsnog het bereiken van de juiste doelgroepen. In verband hiermee verdienen 'laag-drempelige' activiteiten de voorkeur (liever 'fietsen naar het werk' dan 'krachttraining in een apparatenhal').

Het is gewenst een voorbeeldproject uit te voeren en te evalueren, waarbij de reeds bestudeerde literatuur de randvoorwaarden waaraan zo'n programma moet voldoen kan aanreiken. Het bereiken van de doelgroep en kosten-effectiviteit (met name ten aanzien van verminderd ziekteverzuim) dienen in een dergelijk project aan de orde te komen. Uitvoering door of in samenwerking met het bedrijf en/of de betrokken arbodienst is nodig om zeker te stellen dat de werkplek voldoende aandacht krijgt.

Voor bedrijven en arbodiensten zouden op basis van de beschikbare literatuur alvast voor bestaande fitness activiteiten gericht op werknemers richtlijnen opgesteld kunnen worden, gericht op het bereiken van een optimaal resultaat.

Ten aanzien van MBvO kan worden gesteld, dat er grote verschillen zijn in aanbod van aantal en type activiteiten. Bedacht moet worden dat het sociale aspect minstens even belangrijk is als de te behalen gezondheidswinst. De effectiviteit ten aanzien van gezondheidsaspecten van de verschillende bewegingsprogramma's binnen het MBvO dient beter te worden onderbouwd. Bij implementatie van MBvO dient gelet te worden op de landelijke spreiding van het aanbod. De Landelijke Vereniging MBvO rekent de coördinatie hiervan tot haar doelstellingen en behoeft ondersteuning om een goede landelijke spreiding te realiseren. Daartoe moeten knelpunten in de lokale organisatie worden opgespoord en aangepakt. De financiering is nu vaak afhankelijk van lokale subsidieregelingen, hetgeen op een aantal plaatsen de implementatie belemmert. Een eenduidige vorm van financiering is gewenst, waarbij tevens rekening moet worden gehouden met een toename van de omvang van de doelgroep vanwege vergrijzing.

Op jonge leeftijd kan inactiviteit een belemmering zijn voor een goede motorische ontwikkeling. Het weer uitbreiden van het aantal uren lichamelijke opvoeding in het basisonderwijs kan een bijdrage leveren aan een goede motorische ontwikkeling, maar zal op weerstanden stuiten ten aanzien van organisatie en financiën. Daarom moet ook gekeken worden naar alternatieven. In dat kader zijn programma's gericht op het stimuleren van beweging bij schoolgaande jeugd (bijv. 'de klas beweegt') interessant. Verdere ontwikkeling en evaluatie van deze programma's is gewenst. Daarbij moet er aandacht zijn voor de mogelijkheden voor implementatie, met name ten aanzien van financiering en organisatie.

6.1.8 Voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid

Door voorlichting kan de kennis bij patiënten omtrent hun ziekte worden vergroot, bijvoorbeeld ten aanzien van manieren om fysieke belasting te verminderen in het algemeen of van gewrichten of rug in het bijzonder, ten aanzien van therapietrouw en ten aanzien van somatisch en psychisch functioneren. Verder kunnen zogenaamde zelfmanagement-vaardigheden worden aangeleerd om bepaalde problemen in het dagelijks leven op te lossen. Groepsvoorlichting kan dit effect versterken, onder meer omdat patiënten dan de mogelijkheid wordt geboden met elkaar van gedachten te wisselen en men van elkaar kan leren.

De effectiviteit van dergelijke voorlichtingsprogramma's is tot nog toe alleen bij RA-patiënten aangetoond. Ook ten aanzien van andere aandoeningen van het bewegingsapparaat kan verondersteld worden dat dit type activiteiten een nuttige bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven van patiënten en zelfs tot kostenreductie kan leiden, als binnen de voorlichting ook aandacht is voor gebruik van gezondheidszorg-voorzieningen en ziekteverzuim. Voor rugklachten is informatie over deze onderwerpen veelal al ingebouwd in rugscholing. Ook voor fibromyalgie zijn enkele interventies ontwikkeld, die nog onvoldoende zijn geëvalueerd. Voor andere (chronische) aandoeningen van het bewegingsapparaat bestaat dit type activiteit nog niet. Het verdient aanbeveling om onderzoek naar factoren, die van invloed zijn op het omgaan met klachten en de zelfredzaamheid op te zetten en op basis van deze kennis interventies te ontwikkelen en evalueren, mede gericht op de verhouding tussen kosten en baten. Na het vaststellen van de effecten van voorlichting over omgaan met klachten en zelfredzaamheid komt het vraagstuk van implementatie aan de orde. Er is al een zorgverzekeraar die dit type groepsvoorlichting bij RA-patiënten vergoedt. Dit type voorlichting zou bij aangetoonde effectiviteit voor een bepaalde patiëntencategorie opgenomen kunnen worden in het verstrekkingenpakket. Indien bredere toepassing zal plaatsvinden, moet uit onderzoek blijken welke organisatie het meest geschikt is om deze interventies uit te voeren. Indicatie tot deelname zou een taak kunnen zijn voor huisarts of specialist, of wanneer het gaat om beroepsbevolking de arbodienst. Uiteraard is integratie gewenst met andere activiteiten, bijvoorbeeld rugscholing.

De patiëntenorganisaties kunnen een belangrijke rol spelen in het uitbreiden van lotgenotencontacten en het begeleiden van mantelzorg, alhoewel zij op dit moment daar financieel niet toe in staat zijn.

6.1.9 Reductie van overgewicht

Overgewicht is een risicofactor voor artrose, maar ook voor een aantal andere aandoeningen waaronder hart- en vaatziekten en ouderdoms-diabetes. Overgewicht is gemakkelijk te signaleren door bijvoorbeeld huisartsen. Een systematische aanpak voor het opsporen en behandelen van overgewicht is te overwegen, bijvoorbeeld in het kader van de programmatische preventie door de huisarts.

Er bestaan verschillende methoden om overgewicht te reduceren. In een publikatie van de Hartstichting werd vastgesteld dat per persoon bekeken moet worden welke methode de beste kans van slagen biedt, omdat de resultaten op lange termijn vaak bedroevend zijn. Geconcludeerd werd dat juist daarom het voorkómen van overgewicht erg belangrijk is. Meer aandacht is nodig voor het vaststellen van de factoren, die een daadwerkelijke gedragsverandering teweeg kunnen brengen.

In de voorlichting zou meer aandacht kunnen worden besteed aan het feit, dat overgewicht ook een belangrijke risicofactor voor artrose is. Bij dergelijke voorlichting spelen instanties zoals het LCG, de GGD'en en de thuiszorginstellingen een belangrijke rol. In het vak 'verzorging' in de basisvorming van het voortgezet onderwijs en in het voorlichtingsmateriaal dat door GGD'en aan scholen wordt aangeboden kan aandacht gegeven worden aan het voorkómen van overgewicht.

6.1.10 Screening op (ernstige) houdingsafwijkingen bij schoolgaande jeugd (+adequate behandeling)

Screening op (ernstige) houdingsafwijkingen bij schoolgaande jeugd vindt nu al plaats in kader van preventief geneeskundig/verpleegkundig onderzoek door de jeugdgezondheidszorg. Het nut van de screening op houdingsafwijkingen geldt met name de ernstige afwijkingen. Goede effectstudies ontbreken echter nog. Indien de effectiviteit van deze vorm van screening wordt aangetoond, dan verdient het aanbeveling om (dit onderdeel van) het preventief geneeskundig onderzoek te continueren.

Los van de screening op houdingsafwijkingen staat het preventief geneeskundig onderzoek onder druk van bezuiniging en wordt het soms vervangen door een gezondheidsvragenlijst of wordt alleen gericht op risicogroepen uitgevoerd. In dat geval is het niet meer mogelijk om bij alle jongeren houdingsafwijkingen op een betrouwbare manier vast te stellen.

6.1.11 Voorlichting en training over veranderen houdings- en bewegingsgedrag en fysieke belasting in bepaalde beroepen / lager en middelbaar beroepsonderwijs

Voorlichting over goede werkhoudingen, 'verantwoord tillen' en andere fysieke belastingsrisico's wordt door vrijwel alle organisaties van werkgevers en werknemers (koepels, afzonderlijke branches en vakbonden) en arbodiensten verzorgd. De voorlichting moet zich niet alleen richten op slechte werkhoudingen en veel tillen, de 'traditionele' fysieke belasting maar ook op repeterend handelen, eenzijdige belasting, inactiviteit en psychosociale factoren in het werk als een hoge werkdruk, weinig regelmogelijkheden en gebrek aan sociale ondersteuning in het werk. Ook de relatie met bewegen in de vrije tijd is van belang.

In de voorlichting moet worden benadrukt dat ongunstige fysieke belasting op het werk bijdraagt aan verhoging van het verzuim, uitval vanwege arbeidsongeschiktheid, verloop én geringe motivatie van de werknemers.

Vermindering van de ongunstige fysieke belasting zou kunnen leiden tot het verminderen van ziekteverzuim en uitval en tot verhoging van de motivatie. Deze voorlichting moet op werknemers maar zeker ook op werkgevers worden gericht.

Door middel van onderricht in het beroepsonderwijs moeten toekomstige werknemers op de hoogte worden gebracht van de risico's van fysieke belasting en de mogelijkheden deze te risico's te beperken door ergonomische aanpassingen en verandering in houdings- en bewegingsgedrag.

6.1.12 Algemene voorlichting over aandoeningen van het bewegingsapparaat

Algemene voorlichting over aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt gegeven door vele organisaties, waaronder het Nationaal Reumafonds, patiëntenverenigingen, GGD'en (via de gezondheidswijzers), zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Beroepsgroepen leveren vaak inhoudelijke informatie. Het verdient aanbeveling om de inhoud van de diverse voorlichtingsmaterialen op elkaar af te stemmen en regelmatig te actualiseren. Ook moet het totale aanbod en het bereik worden bekeken. Er is weinig coördinatie van activiteiten op dit gebied, waardoor enerzijds onderwerpen dubbel of op andere wijze worden behandeld en anderzijds witte plekken blijven bestaan. Hierin is verbetering gewenst, zoals door het Nationaal Reumafonds en de Reumapatiëntenbond recent initiatieven zijn ontplooid.

6.1.13 Voorlichting over lichamelijke activiteit en fysieke belasting

Het ontwikkelen van algemene voorlichting over het voorkómen van ongunstige fysieke belasting kan problemen geven vanwege de diversiteit van de doelgroepen (jongeren, ouderen, werkenden, huisvrouwen etc.). Op grond van gegevens uit de literatuur, inclusief die over mechanische belasting, zou hiervoor en aanzet gegeven moeten worden.

In het basisonderwijs en voortgezet onderwijs dient in het voorlichtingsmateriaal (leskisten van GGD'en, vak 'verzorging') de positieve aspecten van lichamelijke activiteit te worden benadrukt. Ook kan in dit type voorlichting het voorkómen van fysieke belasting (goede houding, verantwoord tillen) aan de orde komen. Het is onduidelijk in hoeverre deze aspecten zijn opgenomen en zo ja, of de inhoud strookt met de literatuur op dit gebied. Een aparte inventarisatie naar voorlichting in het onderwijs dient in overweging genomen te worden.

6.1.14 Ergonomische maatregelen thuis / school / openbaar vervoer

Voor ergonomische maatregelen in de thuissituatie bestaat over het algemeen zeer weinig belangstelling. Vaak wordt hier pas aandacht aan besteed als al klachten of beperkingen aanwezig zijn. Op sommige scholen wordt extra aandacht besteed aan het meubilair, ten einde houdingsafwijkingen te voorkómen. In het openbaar vervoer is recent in een nieuwe trein bij het ontwerp van de stoelen rekening gehouden met ergonomische principes.

6.1.15 Screening op aanwezigheid van beperkingen bij ouderen (+adequate behandeling)

Naar het effect van screening op beperkingen bij ouderen wordt momenteel onderzoek verricht. De resultaten daarvan moeten worden afgewacht alvorens uitspraken kunnen worden gedaan of door middel van screening (en adequate behandeling van de onderliggende aandoening), de mobiliteit verbeterd kan worden.

6.1.16 Signalering en aanpak van kinderen met motorische achterstand

Een programma waarbij bij schoolgaande kinderen in een vroeg stadium achterstanden in motorische ontwikkeling worden opgespoord en zodanig aangepakt, dat de meeste van deze kinderen weer aan reguliere sportactiviteiten kan deelnemen, zou een nuttige bijdrage kunnen leveren aan het reduceren van bewegingsarmoede. Op sommige plaatsen worden dergelijke experimenten uitgevoerd. Leerkrachten, schoolartsen en fysiotherapeuten kunnen daarbij een rol spelen. Effectiviteitsstudies moeten worden uitgevoerd om een oordeel te kunnen geven over het nut van deze interventies.

6.1.17 Screening op beenlengteverschil (+adequate behandeling)

Beenlengteverschil is een determinant voor het optreden van rugklachten. Bij het periodiek geneeskundig/verpleegkundig onderzoek in de jeugdgezondheidszorg kan screening op beenlengteverschil bij volgroeide adolescenten plaatsvinden. De effectiviteit hiervan moet nader worden vastgesteld.

7. AANBEVELINGEN

Gezien de breedte van het terrein van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, de vele mogelijkheden voor preventie en de verschillende doelgroepen, die daarbij van belang zijn, is het noodzakelijk om de aanbevelingen te beperken tot de preventieve activiteiten, die het meest kansrijk zijn in termen van effectiviteit en potentiële gezondheidswinst. Ook de huidige toepassing, controverses omtrent toepassing en recente ontwikkelingen (bijvoorbeeld in onderzoek) zijn daarbij van belang. Op grond van deze overwegingen zijn de volgende zes preventieve activiteiten geselecteerd voor het formuleren van aanbevelingen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat in de praktijk veelal juist een combinatie van verschillende aanpakken, mits goed op elkaar afgestemd, het meeste effect zal sorteren.

1. Interventies gericht op verbetering van fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplekken en organisatie

- het opstellen van een overzicht voor arbodiensten en bedrijfsleven van succesvolle interventies gericht op verbetering van de fysieke belasting op het werk door ergonomische en organisatorische maatregelen en de factoren die dit succes bepalen;
- het vaststellen van de 'state of the art' van maatregelen ter preventie van klachten van het bewegingsapparaat per branche en het ontwikkelen van een instrument waarmee een werkgever het preventie niveau van het eigen bedrijf ten opzichte van de rest van de branche kan bepalen (bench marking);
- het uitvoeren en evalueren van één of twee voorbeeldprojecten gericht op preventie van klachten van het bewegingsapparaat in middel grote bedrijven door ergonomische en organisatorische maatregelen, bijvoorbeeld in een branche met een hoge rugbelasting en een branche met hoge belasting van de rug, nek, schouder of arm regio; de interventies worden samen met de werknemers ontwikkeld om succesvolle implementatie te garanderen (participatieve ergonomie)
- het ontwikkelen van een plan van aanpak voor kleine en middel grote bedrijven (15 tot 35 werknemers) voor enkele specifieke branches waar deze problematiek groot is
- inventariseren van gunstige voorwaarden in een branche voor het oprichten van een organisatie die de activiteiten op het gebied van preventie van klachten en aandoeningen het bewegingsapparaat (of het hele gebied van de arbeidsomstandigheden) stimuleert en coördineert naar voorbeeld van instellingen als de stichting Arbouw in de bouw en oprichten van een dergelijke instelling in één of meerdere branches

2. Rugscholing

- het opzetten van een onderzoek, waarin de beschikbare informatie over rugscholing grondig wordt bestudeerd, samengevat en beschikbaar gemaakt voor de gezondheidszorg en het bedrijfsleven;
- het opzetten van een interventiestudie met een 'voorbeeld rugschool programma', dat is samengesteld op grond van de huidige kennis;
- het opstellen van criteria voor indicatiestelling en richtlijnen voor uitvoering;

3. Bewegings-/fitnessprogramma's

- verdere onderbouwing van de effectiviteit voor de diverse interventies;
- het opzetten van een interventiestudie met een 'voorbeeld bedrijfs-fitness programma'; inhoud en randvoorwaarden kunnen op basis van de literatuur worden ingevuld; het bereiken van de doelgroep en kosten-effectiviteit (met name ten aanzien van verminderd ziekteverzuim) dienen in het project te worden betrokken;
- het opstellen van richtlijnen voor bedrijven en arbodiensten op basis van bestaande literatuur, gericht op het behalen van een optimaal resultaat;
- het verbeteren van de landelijke spreiding van MBvO-programma's, waarvan de effectiviteit is vastgesteld;
- het stimuleren van lichamelijke activiteit voor schoolgaande kinderen, bijvoorbeeld door verdere ontwikkeling en evaluatie van bewegingsprogramma's in de klas en programma's waarin kinderen met motorische achterstanden een zodanige behandeling krijgen dat zij door kunnen stromen naar reguliere sportactiviteiten;

4. Voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid

- het opzetten en uitvoeren van onderzoek bij patiënten met (chronische) aandoeningen van rug, nek, schouder of arm, repetitive strain injuries/tendinopathieën, osteoporose en fibromyalgie in samenwerking met de betrokken patiëntenverenigingen gericht op factoren, die van invloed zijn op het omgaan met klachten en de zelfredzaamheid (inclusief arbeidsparticipatie) en op basis van deze kennis ontwikkelen van interventies.
- Het evalueren, ook wat betreft kosten-effectiviteit, van voorlichting gericht op het omgaan met klachten en zelfredzaamheid, voor alle aandoeningen van het bewegingsapparaat.

5. Activiteiten gericht op verbetering van kwaliteit van zorg

- het ondersteunen (ook financieel), van initiatieven van verschillende beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties ten aanzien van onderwerpen die van belang zijn voor verbetering van kwaliteit van zorg (zoals visitatie van praktijken, protocollering en verbetering communicatie);
- het ontwikkelen en implementeren van protocollen voor diagnostiek en behandeling voor een groot aantal aandoeningen in eerste en tweede lijn en bedrijfsgezondheidszorg;
- het verder ontwikkelen en uitbreiden van de nascholing voor hulpverleners (artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen etc), gericht op aandoeningen van het bewegingsapparaat en landelijk coördineren van het aanbod en de inhoud;
- het ontwikkelen van zorgtrajecten (in eerste instantie voor patiënten met RA en rugklachten) om de coördinatie van zorg voor de totale groep van patiënten met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat te verbeteren;
- het ontwikkelen van activiteiten - op basis van de resultaten van lopend onderzoek - om de communicatie tussen curatief werkzame artsen en bedrijfsartsen te verbeteren.

6. Activiteiten gericht op reïntegratie

- het opzetten van een onderzoek, waarin de beschikbare informatie over actieve interventie gericht op een snelle terugkeer in werk bij verzuim wordt bestudeerd, samengevat en beschikbaar gemaakt voor het bedrijfsleven, arbodiensten en verzekeringsmaatschappijen;
- het uitvoeren van onderzoek naar prognostische factoren van langdurig verzuim door lage rugklachten;
- het evalueren van programma's gericht op effectieve reïntegratie van patiënten met chronische rugklachten;
- het verbeteren van de coördinatie en communicatie tussen de partijen betrokken bij sociaal medische begeleiding en reïntegratie;
- de aanbevelingen voor verbetering van sociaal medische begeleiding en effectieve reïntegratie in het NCCZ rapport Werk op Maat worden uitgevoerd.