

TNO-rapport
96.047

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; uitgebreid rapport

auteurs:

P.M. Bongers
M.H. Westhoff
H.S. Miedema
A. Bloemhoff
W. Davidse
M.P. van der Grinten
I.J.M. Urlings

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

Bongers, PM
Westhoff, MH
Miedema, HS
Bloemhoff, A
Davidse, W
van der Grinten, MP
Urlings, IJM

ISBN: 90-6743-433-7

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 48,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 96.047.

INHOUD	pagina
1. INLEIDING	1
1.1 Inleiding en doelstelling	1
1.2 Vraagstellingen	2
1.3 Opzet en methoden van de inventarisatie	2
2. EPIDEMIOLOGIE, DETERMINANTEN EN GEVOLGEN	6
2.1 Inleiding	6
2.2 Reumatoïde artritis	7
2.3 Perifere artrosis deformans	11
2.4 Rugklachten en -aandoeningen	16
2.5 Nekklachten en -aandoeningen	21
2.6 Schouderklachten en -aandoeningen	23
2.7 Klachten en aandoeningen van de elleboog	26
2.8 Repetitive strain injury (RSI)/tendinopathieën	27
2.9 Osteoporose	29
2.10 Fibromyalgie	33
2.11 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid	35
2.12 Beperkingen in mobiliteit ten gevolge van aandoeningen van het bewegings-apparaat	39
2.13 Conclusies	42
2.13.1 Prevalentie, incidentie en beloop	42
2.13.2 Determinanten van ontstaan of beloop (risico/prognostische factoren)	44
3. MOGELIJKHEDEN VOOR PREVENTIE	46
3.1 Inleiding	46
3.2 Primaire preventie	47
3.2.1 Voorlichting	47
3.2.2 Reductie van overgewicht	49
3.2.3 Suppletie van calcium / vitamine D / oestrogenen	49
3.2.4 Bewegings- en fitness-programma's	50
3.2.5 Interventies gericht op verbetering van fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplekken en organisatie	54

vervolg INHOUD

pagina

3.3	Secundaire preventie	55
3.3.1	Screening op heupdysplasie	55
3.3.2	Screening op houdingsafwijkingen / beenlengteverschil	56
3.3.3	Screening op verminderde botmassa	56
3.3.4	Screening op beperkingen bij ouderen	56
3.3.5	Periodiek gezondheidkundig onderzoek in de beroepsbevolking	57
3.4	Tertiaire preventie	57
3.4.1	Programma's gericht op determinanten van het beloop	57
3.4.1.1	Rugscholen	57
3.4.1.2	Algemene voorlichting over aandoeningen en preventie/behandeling	59
3.4.1.3	Voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid	59
3.4.2	Activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg	60
3.4.2.1	Deskundigheidsbevordering	61
3.4.2.2	Visitatie binnen beroepsgroepen en arbodiensten	61
3.4.2.3	Diagnose- en behandelprotocollen	61
3.4.2.4	Wachlijstreductie	62
3.4.2.5	Reumaconsulenten	63
3.4.2.6	Communicatie eerste-tweede lijn	63
3.4.2.7	Communicatie curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg	63
3.4.2.8	Verbeteren beschikbaarheid hulpmiddelen / ergotherapie	64
3.4.2.9	Ondersteunen mantelzorg	64
3.4.3	Reïntegratie	64
3.4.3.1	Interventieprogramma's gericht op snelle terugkeer in werk	65
3.4.3.2	Arbeidsbemiddeling	66
3.4.3.3	Individuele trajectbegeleiding	66
3.4.3.4	Supported employment	66
3.4.3.5	Werving en selectie	67
3.4.3.6	Opleiding/scholing/training	67
3.4.3.7	Assessment en claimbeoordeling	67
3.4.3.8	Beroepskeuze en loopbaanbegeleiding	67
3.4.3.9	Sociaal-medische begeleiding	68
3.4.3.10	Arbeidsrehabilitatie/-revalidatie	68
3.4.3.11	Werkaanpassingen	68

vervolg INHOUD

pagina

3.5	Conclusies	69
4.	INVENTARISATIE VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN GERICHT OP DE ALGEMENE BEVOLKING	72
4.1	Inleiding	72
4.2	Overzicht van preventieve activiteiten van de verschillende organisaties / instellingen	72
4.2.1	Organisaties gericht op beleid of financiering	72
4.2.1.1	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	72
4.2.1.2	Gezondheidsraad	73
4.2.1.3	Nationale raad voor Volksgezondheid	73
4.2.1.4	Gehandicaptenraad	74
4.2.1.5	Zorgverzekeraars	74
4.2.1.6	Nationaal Reumafonds	75
4.2.2	Overkoepelende organisaties of beroepsorganisaties	76
4.2.2.1	Stichting Dienstverleners Gehandicapten	76
4.2.2.2	Landelijk centrum voor GVO	76
4.2.2.3	Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid	77
4.2.2.4	Landelijke Vereniging voor GGD'en	78
4.2.2.5	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg	78
4.2.2.6	Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen	78
4.2.2.7	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra	79
4.2.2.8	Beroepsverenigingen	80
4.2.2.9	Stichting Nederlands Paramedisch Instituut	80
4.2.3	Patiëntenorganisaties	80
4.2.3.1	Nederlandse patiëntenbond voor verenigingen van patiënten met reumatische aandoeningen (Reumapatiëntenbond)	80
4.2.3.2	Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten 'Eendrachtig Sterk'	81
4.2.3.3	Osteoporose Stichting	81
4.2.3.4	Nederlandse Vereniging van rugpatiënten "de Wervelkolom"	82
4.2.3.5	Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie	82

vervolg INHOUD	pagina
4.2.4 Organisaties gericht op de uitvoering van preventieve activiteiten	83
4.2.4.1 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en)	83
4.2.4.2 Thuiszorginstellingen	84
4.2.4.3 Coördinatiecentra Chronisch Zieken	85
4.2.4.4 Reumaconsulenten	86
4.2.4.5 Overige initiatieven	86
4.3 Overzicht van preventieve activiteiten gericht op de algemene bevolking	87
4.3.1 Inleiding	87
4.3.2 Voorlichting over voeding (calcium, vitamine D, allergieën) en overgewicht	91
4.3.3 Voorlichting over tilhoudingen / ergonomie	91
4.3.4 Bewegings- en fitnessprogramma's	92
4.3.5 Suppletie met oestrogenen, calcium, vitamine D	93
4.3.6 Rugscholing	93
4.3.7 Screening op heupdysplasie	93
4.3.8 Screening op houdingsafwijkingen / beenlengteverschil	94
4.3.9 Voorlichting over 'omgaan met klachten' / algemene informatie over aandoeningen	94
4.3.10 Beschikbaarheid hulpmiddelen / ergotherapie	94
4.3.11 Wachtlijstreductie	95
4.3.12 Deskundigheidsbevordering	96
4.3.13 Diagnose- en behandelprotocollen	96
4.3.14 Visitatie binnen beroepsgroepen	97
4.3.15 Communicatie eerste-tweede lijn	97
4.3.16 Communicatie curatieve sector - bedrijfsgeneeskundigen	98
4.3.17 Reumaconsulenten	98
5. INVENTARISATIE VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN GERICHT OP DE BEROEPSBEVOLKING	99
5.1 Inleiding	99
5.2 De organisaties	
5.2.1 Organisaties gericht op beleid of financiering	100
5.2.2 Overkoepelende organisaties of beroepsorganisaties	104
5.2.3 Organisaties die activiteiten uitvoeren	110
5.2.4 Discussie en conclusies organisaties	112

vervolg INHOUD	pagina
5.3 Preventieve maatregelen in de beroepsbevolking	114
5.3.1 Preventieve maatregelen in bedrijven	114
5.3.2 Discussie en conclusies (primaire) preventieve maatregelen in bedrijven	120
5.4 Belemmerende / bevorderende factoren m.b.t. (primaire) preventieve maatregelen	121
5.4.1 Belemmerende / bevorderende factoren volgens werkgevers van de bedrijven en medewerkers van branche organisaties	122
5.4.2 Belemmerende en bevorderende factoren volgens werknemers	123
5.4.3 Conclusies belemmerende en bevorderende factoren preventieve maatregelen in bedrijven	124
5.5 Reïntegratiemaatregelen	126
5.5.1 Wettelijke reïntegratiemaatregelen en werkvoorzieningen	126
5.5.2 Reïntegratiemaatregelen in bedrijven	127
5.5.3 Conclusies reïntegratiemaatregelen	129
5.6 Belemmerende en bevorderende factoren voor reïntegratiemaatregelen	129
5.6.1 Belemmerende factoren bij het realiseren van effectieve reïntegratie- maatregelen	132
5.6.2 Bevorderende factoren bij het realiseren van effectieve reïntegratie- maatregelen	132
5.6.3 Conclusies belemmerende en bevorderende factoren reïntegratiemaatregelen	134
5.7 Samenvattende conclusies belemmerende en bevorderende factoren	135
5.8 Overzicht maatregelen en betrokken organisaties per preventieve activiteit	140
5.8.1 Inleiding	140
5.8.2 Primaire preventie	140
5.8.3 Secundaire preventie	144
5.8.4 Tertiaire preventie	145
6. BESCHOUWING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	149
6.1 Epidemiologie	149
6.2 Mogelijkheden voor preventie	150
6.3 Prioritering ten aanzien van mogelijke preventieve interventies	150

vervolg INHOUD

pagina

6.4	Mogelijke opbrengst van preventie	154
6.5	Conclusies ten aanzien van afzonderlijke preventieve activiteiten	155
6.5.1	interventies gericht op verbetering van fysieke belasting op het werk door (her)ontwerp van machines, werkplekken en organisatie	155
6.5.2	preventie van osteoporose door suppletie van calcium/vitamine D/ oestrogenen, (eventueel na screening op verminderde botmassa)	157
6.5.3	screenen in consultatiebureau op congenitale heupdysplasie (+adequate behandeling)	158
6.5.4	activiteiten gericht op verbetering van kwaliteit van zorg	158
6.5.5	activiteiten gericht op reïntegratie in het arbeidsproces	161
6.5.6	rugscholing	162
6.5.7	bewegings-/fitnessprogramma's (bedrijfsfitness, meer bewegen voor ouderen, de klas beweegt etc.)	163
6.5.8	voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid	165
6.5.9	reductie van overgewicht	166
6.5.10	screening op (ernstige) houdingsafwijkingen bij schoolgaande jeugd (+adequate behandeling)	166
6.5.11	voorlichting / training over veranderen houdings- en bewegingsgedrag en fysieke belasting in beroepen/lager en middelbaar beroepsonderwijs	167
6.5.12	algemene voorlichting over aandoeningen van het bewegingsapparaat en hun diagnostiek en behandeling	167
6.5.13	voorlichting over lichamelijke activiteit en fysieke belasting	168
6.5.14	ergonomische maatregelen thuis / school / openbaar vervoer	168
6.5.15	screening op aanwezigheid van beperkingen bij ouderen (+adequate behandeling)	169
6.5.16	signaleren van kinderen met motorische achterstand en aanbieden van speciaal programma	169
6.5.17	screening op beenlengteverschil (+adequate behandeling)	169
6.6	Aanbevelingen	169
LITERATUURLIJST		173
BIJLAGEN:		195
BIJLAGE 1	Afbakening van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat	197
BIJLAGE 2	Opzet en uitvoering van preventieve maatregelen	203
BIJLAGE 3	Uitgebreide beschrijving van de resultaten van de inventarisatie van preventie-activiteiten gericht op de algemene bevolking	207

LIJST MET IN DIT RAPPORT GEBRUIKTE AFKORTINGEN:

AWV	Algemene Werkgevers Vereniging
BOA	Branche-organisatie voor Arbodiensten
BV	Bedrijfsvereniging
CCZ	Coördinatiecentra Chronisch Zieken
CNV	Christelijke Nationaal Vakverbond in Nederland
COB	Commissie Opleidingen Bedrijfsleven
EIM	Economisch Instituut Midden en Klein Bedrijf
FES	Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten 'Eendrachtig Sterk'
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
GAK	Gemeenschappelijk Administratiekantoor
GBW	Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdiensten
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
GUO	Gemeenschappelijk Uitvoerings Orgaan
LCG	Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en Onderwijs (per 01/01/96 gefuseerd in NIGZ)
LHV	Landelijke Huisartsen vereniging
LMBvO	Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen
LVG	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD'en
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKB-Nederland	Midden en klein bedrijf-Nederland
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NCW	Nederlands Christelijk Werkgeversverbond
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)
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NPI	Stichting Nederlands Paramedisch Instituut
NvAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde,
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie

NVP	Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid
NVR	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
NVvA	Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne
NVvA	Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen
NVvB	Nederlandse Vereniging voor Bedrijfsverpleegkunde
NVvE	Nederlandse Vereniging voor Ergonomie
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsartsen
NVVK	Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde
PAGO	Periodoek Arbeidgezondheidkundig Onderzoek
PAOG	Post Academisch Onderwijs Geneeskunde
RA	Reumatoïde Artritis
RI&E	Risico-inventarisatie en -evaluatie
RSI	Repetitive Strain Injuries: aandoeningen door repeterend handelen
sDG	Stichting Dienstverleners Gehandicapten
SER	Sociaal-Economische Raad
Stichting Vf/BGZ	Stichting Vervangingsfonds en Bedrijfsgezondheidszorg voor het onderwijs
STIGAS	Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren
SWSF	Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
TICA	Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming
TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid
VNO	Verbond van Nederlandse Ondernemingen
VRA	Vereniging van Revalidatie Artsen
VRIN	Vereniging Revalidatiecentra in Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOCZ	Werkverband Overleg Chronisch Zieken

1. INLEIDING

1.1 Inleiding en doelstelling

Klachten en aandoeningen van het (houdings- en) bewegingsapparaat komen zeer veel voor, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer (EPOZ) (Valkenburg et al, 1979) en het Reuma-Onderzoek Meerdere Echelons (ROME) (Miedema, 1994), en leiden veelvuldig tot consultatie van de huisarts (Miedema, 1994; Miedema en Chorus 1996; Van der Velden, 1991) en gebruik van andere gezondheidszorgvoorzieningen (SIG, 1993). Zij vormen de belangrijkste oorzaak van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven (ADL) (Badley et al, 1994) en van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en produktiviteitsverlies (Bergsma en Ginneken, 1990; GMD, 1992; Maljers, 1994; VWS, 1991). De directe medische kosten die terug te voeren zijn op deze categorie van klachten en aandoeningen beslaan ongeveer 7% van het totaal (Koopmanschap et al, 1991). Daarnaast zijn ook een aantal maatschappelijke kosten toe te schrijven aan deze klachten en aandoeningen (Verhoeff en Birnie, 1992).

Bovenstaande gegevens maken duidelijk dat door effectieve preventieve maatregelen zowel veel gezondheidswinst als economische winst te behalen is. Door diverse instanties zijn al activiteiten op dit gebied ontwikkeld gericht op verschillende doelgroepen. Daarbij ontbreekt het nog 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 (SoZaWe), 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.

TNO Preventie en Gezondheid heeft een verkenning uitgevoerd, met als doel informatie aan te leveren op grond waarvan de projectgroep haar aanbevelingen zou kunnen doen. Een aantal leden van de projectgroep heeft zitting genomen in een stuurgroep, die fungeerde als begeleidingscommissie voor deze verkenning. De uitgebreide resultaten van de verkenning staan in onderhavig rapport. Hierin wordt informatie gegeven over epidemiologie, mogelijkheden voor preventie en toepassing van preventieve activiteiten betreffende aandoeningen van het bewegingsapparaat. Een lijst van geraadpleegde literatuur is opgenomen.

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 inventarisatie 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 Opzet en methoden van de inventarisatie

De inventarisatie ten aanzien van de verschillende vraagstellingen die leiden tot de beantwoording van de doelstelling is in een viertal stappen uitgevoerd.

a. Afbakening (stap 1)

Ten aanzien van primaire en secundaire preventie richt dit project zich op klachten en aandoeningen, die primair hun oorsprong vinden in het bewegingsapparaat. De wijze waarop de selectie is gemaakt, staat in bijlage 1 vermeld. De volgende aandoeningen of groep van klachten en aandoeningen van het (houdings-) en bewegingsapparaat zijn geselecteerd:

- Reumatoïde artritis
- Perifere artrosis deformans
- Rugklachten en aandoeningen
- Nekklachten en aandoeningen
- Schouderklachten en aandoeningen
- Klachten en aandoeningen van de elleboog
- Repetitive strain injury (RSI) / tendinopathieën
- Osteoporose
- Fibromyalgie

Onder primaire preventie worden in dit project activiteiten verstaan, die gericht zijn op het voorkomen 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 van individuele patiënten, maar op programma's, die van belang zijn voor groepen patiënten, zoals voorlichting over het omgaan met klachten of rugscholen, maar ook activiteiten gericht op verbetering van kwaliteit van zorg, zoals protocollering, deskundigheidsbevordering van hulpverleners of verbetering van de toegankelijkheid van de zorg. 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 relevantie hebben 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.

In dit project wordt niet ingegaan op ongevallen als oorzaak van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De primaire preventie op dit gebied dient zich te richten op ongevalspreventie in het algemeen en op het werk en valt buiten het bestek van dit project. Het whiplash-syndroom ('zweepslag' van de nek) heeft grote maatschappelijke gevolgen, maar wordt omdat de oorzaak traumatisch is niet in dit project meegenomen. Ook de medische en maatschappelijke gevolgen van sportblessures kunnen groot zijn, bijvoorbeeld vanwege het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, ziekteverzuim en produktieverlies. In dit project blijven sportblessures echter buiten beschouwing, omdat de oorzaak meestal traumatisch van aard is.

Preventieve activiteiten zoals bewegings- of fitnessprogramma's worden wel bestudeerd, omdat lichamelijke activiteit een determinant is van een aantal aandoeningen van het bewegingsapparaat.

b. Literatuuronderzoek (stap 2)

In stap 2 is systematisch per geselecteerde aandoening aan de hand van (overzichts)literatuur een globale beschrijving opgesteld van aard en omvang van het probleem en gevolgen voor patiënten, gezondheidszorg en maatschappij. Ook is aandacht besteed aan beschikbare kennis over determinanten en risicofactoren voor ontstaan, verergering of het optreden van bepaalde gevolgen van de aandoening en aan bestaande mogelijkheden voor primaire, secundaire en tertiaire preventie (vraagstelling 2,3).

Uitgebreide bestudering van literatuur over de effectiviteit van preventieve maatregelen valt buiten het bestek van deze inventarisatie. Waar mogelijk wordt wel globaal op effectiviteit ingegaan voor zover daarover in de bestudeerde overzichtsliteratuur gegevens voorhanden waren.

In het literatuuroverzicht wordt bij de beschrijving van de verschillende aandoening ook ingegaan op het beloop en de gevolgen (beperkingen of handicaps). Over het algemeen kan worden gesteld dat er weinig informatie beschikbaar is op het gebied van determinanten en risicofactoren van beloop, beperkingen en handicaps.

Gegevens met betrekking tot de arbeidssituatie (risicofactoren, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, gevolgen van aandoeningen voor het werk) zijn ook opgenomen in de beschrijvingen per aandoening. Een inventarisatie van de mogelijkheden voor preventie, waarmee het ontstaan of de verergering van klachten of aandoeningen van het bewegingsapparaat voorkomen kunnen worden, en de toepassing daarvan heeft onderdeel uitgemaakt van dit project.

c. Inventarisatie van preventieve maatregelen (stap 3)

In deze stap wordt aan de hand van vraagstelling 4 en 5 een inventarisatie verricht van de preventie-activiteiten, die reeds in Nederland worden toegepast en wordt een analyse gemaakt van de organisaties, instellingen en samenwerkingsverbanden, die daarbij betrokken zijn. Zo mogelijk worden knelpunten bij het implementeren of uitvoeren van preventie programma's aangegeven.

In de inventarisatie worden preventieve activiteiten voor alle leeftijdsgroepen en voor zowel de algemene als de beroepsbevolking betrokken, omdat aandoeningen van het bewegingsapparaat op alle leeftijden en zowel in de algemene als in de beroepsbevolking veelvuldig vóórkomen en problemen geven.

De inventarisatie is voor een groot deel gebaseerd op mondeling en schriftelijk verkregen informatie van voor dit onderwerp relevant geachte overkoepelende organisaties en sleutelfiguren, waaronder de leden van de projectgroep. De lijst van te benaderen personen en organisaties is in nauwe samenwerking met de stuurgroep opgesteld. Het gaat hierbij om organisaties en instellingen die betrokken zijn bij de beleidsvorming, financiering of uitvoering van preventieve activiteiten. Onderzoeksactiviteiten van bijvoorbeeld universiteiten en onderzoeksinstellingen op het gebied van preventieve activiteiten vallen niet binnen het bestek van deze inventarisatie. Waar mogelijk is ook 'grijze literatuur' (jaarverslagen, rapporten) gebruikt. In de interviews en vragenlijsten is enerzijds ingegaan op de preventie-activiteiten die reeds worden toegepast en de (bekende) mogelijkheden voor preventie, die niet worden toegepast. Anderzijds is gevraagd naar organisatorische aspecten en knelpunten in de uitvoering of implementatie van preventie-activiteiten.

2. EPIDEMIOLOGIE, DETERMINANTEN EN GEVOLGEN

2.1 Inleiding

In paragraaf 2.2 tot 2.10 is voor de geselecteerde klachten en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat een kort overzicht gegeven van het vóórkomen (prevalentie en incidentie), het beloop, de determinanten en de gevolgen. Onder prevalentie wordt het aantal ziektegevallen op een bepaald moment in de tijd verstaan, bijvoorbeeld het aantal patiënten met reumatoïde artritis (RA) per 1000 personen in de bevolking. Uit de prevalentie kan het aantal *bestaande* ziektegevallen worden afgeleid. Om een indruk te verkrijgen over het aantal nieuwe ziektegevallen wordt de incidentie aangegeven. Hiermee wordt bedoeld het aantal *nieuwe* ziektegevallen dat zich in een bepaalde tijdsperiode (vaak 1 jaar) voordoet, bijvoorbeeld het aantal personen in de bevolking zonder RA, bij wie zich in één jaar RA ontwikkelt. Onder de determinanten worden zowel de risicofactoren als de prognostische factoren verstaan. Risicofactoren zijn van invloed op het ontstaan van de klachten en aandoeningen, prognostische factoren op het beloop of de uitkomst. De gevolgen zijn de beperkingen en handicaps, die patiënten kunnen ondervinden als gevolg van de klachten en aandoeningen en ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en toename van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Bij de bespreking wordt uitgegaan van de lijst van geselecteerde aandoeningen, met dien verstande dat een aantal aandoeningen als groep wordt beschreven, waarbij niet apart op de specifiek daaronder vallende diagnoses wordt ingegaan. Deze groepen worden eigenlijk behandeld op het niveau van 'stoornissen', namelijk (pijn)klachten op een bepaalde lokatie (rug, nek, schouder en elleboog). Voor deze klachten geldt in het algemeen, dat onderverdeling naar specifieke diagnoses zeer moeilijk of vaak onmogelijk is en dat daarom ook weinig gegevens op dit meer gedetailleerde niveau beschikbaar zijn. Aangezien de aangrijpingspunten voor preventie meestal niet verschillen is niet bezwaarlijk deze aspecifieke aandoeningen groepsgewijs te beschrijven.

In paragraaf 2.11 wordt een overzicht gegeven van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de geselecteerde klachten en aandoeningen. Dit overzicht is toegevoegd omdat preventieve activiteiten ook gericht kunnen zijn op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van deze aandoeningen. In 2.12 wordt een overzicht gegeven van het vóórkomen in de bevolking van beperkingen en handicaps in mobiliteit. Preventieve activiteiten kunnen ook gericht zijn op deze beperkingen en handicaps in mobiliteit. De aandoeningen die hieraan ten grondslag liggen zijn voor een groot deel de geselecteerde aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat, maar ook andere aandoeningen kunnen dezelfde beperkingen en handicaps in mobiliteit tot gevolg hebben.

Het aantal beschikbare gegevens is relatief gering, maar kan toch een indruk verschaffen over de omvang van problemen met mobiliteit in de bevolking.

2.2 Reumatoïde artritis

Inleiding

Reumatoïde artritis (RA) is de meest voorkomende vorm van chronische gewrichtsontsteking. De oorzaak van RA is niet bekend, al komen er steeds meer aanwijzingen dat RA een auto-immuunziekte is. Als reactie op een nog onbekende prikkel ontspoot het immuunsysteem en richt zich tegen lichaamseigen structuren, waarschijnlijk gelegen in het gewricht (synovia en kraakbeen). De diagnose RA is niet gemakkelijk te stellen, omdat er geen eenduidige symptomen of kenmerken zijn waar alle patiënten met RA aan voldoen.

In 1958 zijn classificatiecriteria opgesteld voor RA, die in 1987 zijn gereviseerd. Volgens de nieuwe criteria moeten tenminste vier van zeven criteria positief zijn om ten behoeve van onderzoek of registratie de diagnose RA te stellen. Dit zijn de volgende criteria: ochtendstijfheid, gewrichtsontstekingen in minimaal 3 gewrichten, ontsteking van hand/pols gewrichten, symmetrische artritis, reumatoïde noduli, positieve reuma-factoren en radiologische afwijkingen (erosies). De afwijkingen moeten tenminste 6 weken aanwezig zijn.

Prevalentie en incidentie

RA heeft in de leeftijdsgroep van 15 jaar en ouder een prevalentie van ongeveer 1% (Silman en Hochberg, 1993; Valkenburg et al, 1979; Taal, 1995). Bijlsma et al (1992) geven een variatie in prevalentie van 1% tot 1,5% bij een leeftijdsgroep van 40 jaar en ouder. De Continue Morbiditeits Registratie (CMR: huisartsregistratie in Nijmegen) geeft een prevalentie van 0,5%. In het algemeen komt RA 2 tot 3 keer zo vaak voor bij vrouwen dan bij mannen. De ziekte begint bij vrouwen vaak op jongere leeftijd dan bij mannen (Goemaere et al, 1990; Symmons et al, 1994). Bij zowel mannen als vrouwen stijgt de prevalentie met de leeftijd. Ook lijkt het beloop vaak ernstiger als RA al op jonge leeftijd begint.

De incidentie is moeilijk vast te stellen, omdat de ziekte relatief zeldzaam is. Een goed bevolkingsonderzoek op incidentie van RA waarbij classificatiecriteria zijn gehanteerd, is in Nederland nooit verricht. Schattingen uit onderzoek in de huisartspraktijk (Miedema, 1994; Lisdonk, 1990) komen uit op een incidentie van ongeveer 0,4‰. Op basis van buitenlandse literatuur wordt een incidentie van minder dan een 0,5‰ gevonden (Silman en Hochberg, 1993).

De aanvang van RA is moeilijk te definiëren in de tijd. De ziekte kan op iedere leeftijd ontstaan, maar het meest frequent tussen 40 en 60 jaar (Bijlsma et al, 1992).

Beloop

Het beloop van RA is wisselend. Het ontstekingsproces bij RA gaat gepaard met algemene ziekteverschijnselen, zoals moeheid, stijfheid, gewichtsverlies, spierzwakte en bloedarmoede. Bij de minder ernstige vormen (in circa 20% van de gevallen) bestaat een mild beloop, dat zich kenmerkt door perioden van herstel (van één jaar tot meerdere jaren) en het ontbreken of langzaam optreden van radiologische waarneembare gewrichtsbeschadiging. Een meer progressieve vorm van RA (70%) leidt op den duur tot blijvende gewrichtsbeschadiging. Een zeer progressieve vorm (10%), die ook wel kwaadaardig wordt genoemd, kenmerkt zich door een zeer snelle toename van gewrichtsbeschadiging en ernstige verschijnselen aan andere orgaansystemen bijvoorbeeld ogen, hart, vaten, longen en nieren (Rasker en Cosh, 1989; Bruin, 1994a).

Onderzoek naar de sterfte en overlevingskans bij patiënten met RA wijzen op een verminderde levensverwachting (5 tot 15 jaar) vergeleken met personen uit de algemene bevolking van vergelijkbare leeftijd en geslacht. Voor patiënten die een ernstiger vorm van RA ontwikkelen, is de levensverwachting het sterkst verminderd, circa 10 tot 15 jaar. De doodsoorzaak kan deels samenhangen met de ziekte, maar ook met het vaker voorkomen van andere aandoeningen (zoals kanker, hart- en vaataandoeningen, respiratoire aandoeningen en infecties). De meest frequente doodsoorzaak bij RA-patiënten wordt gevonden in respiratoire infecties (Silman en Hochberg, 1993).

Over een mogelijk trend in verandering van ernst en voorkomen van RA met de jaren zijn geen betrouwbare gegevens voorhanden. Een aantal onderzoeken lijken een indicatie te geven voor een afname in incidentie en ernst van de ziekte (Silman en Hochberg, 1993). De verandering in incidentie en ernst van RA kan door ontwikkelingen op het gebied van diagnostiseren en behandelen van RA een vertekend beeld geven.

Determinanten

Het verband van verschillende risicofactoren met het ontstaan van RA is in wisselende mate aangetoond. De gevonden factoren zijn vaak meer van belang voor de prognose van RA dan voor het ontstaan van de ziekte. Tabel 2.2.1 toont de mogelijke risicofactoren en prognostische factoren.

In veel onderzoeken wordt de relaties tussen reumafactoren en genetische factoren (erfelijke belasting familie, HLA-antigenen) enerzijds en het ontstaan of beloop van RA anderzijds beschreven. De kans op het krijgen van RA is enkele malen groter bij eerstegraads familieleden van RA-patiënten en dertigmaal groter bij eenzijdige tweelingen (Bijlsma et al, 1992).

Aan- of afwezigheid van bepaalde factoren uit het HLA systeem en aanwezigheid van reumafactoren zijn geassocieerd met zowel het voorkomen van RA als de ernst ervan. Uit recent onderzoek blijkt dat bepaalde persoonskenmerken niet predisponeren voor RA maar eerder als een gevolg van het ziekteproces ontstaan (Taal, 1995).

Andere endogene factoren zijn geslacht, kinderloosheid, hormonen (testosteron), aantal zwangerschappen en co-morbiditeit. Deze factoren hebben een associatie laten zien met het ontstaan of het beloop van RA, maar de reden daarvan blijft onduidelijk.

Tabel 2.2.1 Mogelijke determinanten van RA

Determinanten	Effect (+,-) ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- erfelijke factoren:			
- familiale aanleg,	+	ontstaan	+
- HLA-antigenen	+	beloop	+
- reumafactor	+	beloop	+
- kinderloosheid	+	ontstaan	a
- hormonen (laag testosteron gehalte)	+	ontstaan	a
- zwangerschap	-	beloop	a
- co-morbiditeit (schizofrenie)	-	ontstaan	o
- psychische factoren (persoonskenmerken)	+	beloop	a
<u>Exogene factoren</u>			
- leefstijlfactoren			
- lichamelijke activiteit	+	ontstaan/beloop	o,+
- roken en alcoholgebruik	+	beloop	o
- voeding	+	ontstaan	a
- virussen en bacteriën	+	ontstaan	o
- hormonale factoren (gebruik van anticonceptie pil)	-	ontstaan/beloop	a,a
- lage sociaal economische status	+	beloop	a

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend -= relatie afwezig

Omgevingsfactoren zoals sociaal economische status en leefstijlfactoren (lichamelijk activiteit en voeding) lijken een relatie te hebben met het beloop van RA (Bruin, 1994a). Voor roken en alcoholgebruik is de bewijslast beperkt. Dat lichamelijke activiteit degeneratieve gewrichtsziekten kan veroorzaken of doen opleven is niet overtuigend bewezen (Bruin, 1994a). Lichamelijke activiteit in de vorm van bewegingstherapie heeft positieve effecten op het functioneren van patiënten met reumatoïde artritis in het dagelijkse leven (Gerber, 1990). Bij een klein percentage van de patiënten ($\pm 5\%$) kan een allergie voor bepaalde voedslelementen worden aangetoond (Van de Laar, 1991).

Er zijn aanwijzingen gevonden dat een virus of bacterie de aanzet zou kunnen geven voor de auto-immuunreactie bij RA. Er is echter nog geen duidelijk verband aangetoond.

Verder zijn er aanwijzingen gevonden dat eerder gebruik van de anticonceptie pil de kans op het ontstaan of een ernstig beloop van RA zou verkleinen.

Gevolgen

De gevolgen van RA zijn afhankelijk van de ziekteduur en de ernst van de ziekte. RA heeft zowel lichamelijke gevolgen, als gevolgen voor het psychosociaal functioneren. De kwaliteit van leven van RA patiënten wordt verminderd door lichamelijke beperkingen, pijn, afhankelijkheid van anderen, vermoeidheid, psychische gevolgen als angst, depressie en sociale gevolgen in de gezinssituatie en werk. De ervaring van functionele beperkingen en psychische problemen blijkt volgens Taal (1995) onder andere af te hangen van de wijze waarop een patiënt met de ziekte omgaat (coping), cognitieve factoren (verwachtingen van zelf-effectiviteit en aangeleerde hulpeloosheid) en de sociale steun.

Veel patiënten ondervinden beperkingen in dagelijkse activiteiten zoals zich aankleden, zich wassen en (trap)lopen. Zwaar huishoudelijk werk en boodschappen leveren nog vaker problemen op. Velen zijn aangewezen op hulp van anderen.

De Standaard Diagnose-Registratie van Reumatische Ziekten (SDR) laat zien dat ongeveer 0,2% van de volwassen bevolking bij de reumatoloog onder behandeling is (Miedema en Chorus, 1996). Reumatologen zien jaarlijks ongeveer 22.000 patiënten met RA, oftewel ongeveer een vijfde tot een kwart van het geschatte aantal RA-patiënten in Nederland. Uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) van de Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg (SIG, 1991) blijkt dat jaarlijks ongeveer 4300 opnames plaatsvinden waarbij RA als hoofddiagnose wordt geregistreerd, waarvan bijna tweederde bij de reumatoloog. Daarnaast vinden nog eens 4000 opnames plaats met RA als nevendiagnose. De gemiddelde opnameduur van RA-patiënten bedraagt ongeveer 22 dagen.

Het is niet goed bekend welk percentage van de Nederlandse RA-patiënten betaald werk verricht. Wel is bekend dat de incidentie van arbeidsongeschiktheid wegens RA in Nederland in de periode 1980-1985 voor mannen ongeveer 0,1 en voor vrouwen 0,17 per 1000 arbeidsjaren bedroeg (Verbeek, 1988). Op grond daarvan kan worden berekend dat per jaar ongeveer 660 personen (340 mannen en 320 vrouwen) wegens RA arbeidsongeschikt worden.

In Groningen is een onderzoek verricht naar de impact van vroege RA op de arbeid van de RA-patiënt (Doeglas et al, 1995). Na een gemiddelde ziekteduur van twee jaar gaf 67% van de mannen en 57% van de vrouwen aan niet meer in staat te zijn de normale werkzaamheden uit te voeren. Circa 42% van de patiënten was volledig arbeidsongeschikt; 38% van de patiënten kon het werk normaal uitvoeren, hoewel bij 75% grote of kleine werkveranderingen hadden plaatsgevonden.

Cornelissen vond in 1984 dat van een groep patiënten jonger dan 65 jaar (met een meerderheid aan vrouwen), die wegens reumatische aandoeningen onder controle stonden van een reumatoloog en die woonachtig waren in de stad, slechts 4% aan het arbeidsproces deelnam tegenover 22% van een op leeftijd en geslacht gematchte controlegroep; op het platteland bedroegen deze percentages 14% respectievelijk 60%.

In de Verenigde Staten is wel enig onderzoek verricht naar arbeidsparticipatie van RA-patiënten. Daaruit bleek dat van die patiënten, die ooit gewerkt hebben, na 10 jaar ziekte ongeveer de helft was gestopt met werken, na 15 jaar ongeveer 60% en na 30 jaar 90% (Yelin et al, 1987). In een Fins onderzoek zijn verschillende reumatische aandoeningen met elkaar vergeleken. De kans op beperkingen, waaronder ook verminderde arbeidscapaciteit, was bij RA veel groter dan bij andere reumatische aandoeningen (Mäkelä et al, 1993). In de VS was het percentage werkende personen onder patiënten met RA veel lager dan onder patiënten met tendinitis of lage rugpijn (Kramer et al, 1983).

2.3 Perifere artrosis deformans

Inleiding

Artrosis deformans (artrose) is een degeneratieve gewrichtsaandoening, gekenmerkt door een progressief verlies van kraakbeen, gecombineerd met een toegenomen activiteit van het subchondrale bot. Deze paragraaf richt zich op perifere artrose, dat wil zeggen niet aan de wervelkolom (rug of nek). Veranderingen in het gewricht zichtbaar op een röntgenfoto's in de vorm degeneratie van het kraakbeen (afname dikte kraakbeen), het versmallen van de gewrichtsspleet en vorming van osteofyten, leiden lang niet altijd tot klinische verschijnselen. Naar schatting zijn klachten aanwezig bij 25% tot 40% van patiënten met radiologische afwijkingen van artrose (Van Saase, 1989).

In de onderzoeken naar het voorkomen van artrose wordt gebruik gemaakt van criteria om de aanwezigheid of afwezigheid van de ziekte te definiëren. Veruit de meeste epidemiologische studies maken gebruik van radiologische criteria. In een recent afgeronde studie (Odding, 1994) onder de algemene bevolking van 55 jaar en ouder is voor een andere benadering gekozen om het voorkomen van artrose te definiëren. Uitgegaan is van de prevalentie van beperkingen, gemeten via de 'disability index' van de HAQ-score. Daarna is gekeken hoeveel beperkingen gerelateerd zijn aan radiologische afwijkingen, die passen bij artrose.

Voor de interpretatie van de epidemiologische gegevens is van groot belang te weten, welke criteria (röntgenfoto's, klinische gegevens of laboratorium onderzoek) gebruikt zijn voor het stellen van de diagnose.

Prevalentie en incidentie

Het beschrijven van de prevalentie van artrose is zeer afhankelijk van de gebruikte definitie, de lokalisatie van artrose en leeftijd. Perifere artrose komt niet in alle gewrichten in gelijke mate voor. Veelal is één gewricht of beiderzijds hetzelfde gewricht aangedaan. Predilectieplaatsen voor artrose zijn in de onderste extremiteit de gewicht-dragende gewrichten, en in de hand de gewrichtjes tussen de buitenste vingerkootjes en de gewrichtjes die belangrijk zijn voor de pincetgreep. De prevalentie van artrose bij volwassenen tussen de 25-74 jaar is respectievelijk voor de handen, voeten en knieën 32,5%, 22,2% en 4% (Silman en Hochberg, 1993; Hazes 1993). Schouten (1990) vindt voor radiologische knieartrose een prevalentie van $\pm 20\%$ (15% voor ♂ en 24% voor ♀); 5% (3% voor ♂ en 6% voor ♀) had zowel radiologische artrose als kniepijn. Artrose van knieën en handen komt vaker voor bij vrouwen en artrose van de heup bij mannen (Hazes, 1993). In tabel 2.3.1 wordt de prevalentie van radiologische artrose in de bevolking van 25-74 jaar en boven 75 jaar aangegeven.

De prevalentie van radiologische afwijkingen die passen bij perifere artrose in de bevolking boven 20 jaar is volgens het EPOZ-onderzoek (Valkenburg et al, 1979) voor mannen ongeveer 25% en voor vrouwen ongeveer 35%. In huisartsregistraties wordt een prevalentie van 2-3% voor de knie-artrose en van 1,5% voor heupartrose gevonden (Bruin, 1994b; Miedema en Chorus, 1996). Bij vrouwen worden vaak ernstiger radiologische afwijkingen gevonden dan bij mannen (Van Saase et al, 1989). Met de leeftijd neemt de prevalentie toe en boven de 75 jaar zijn bij meer dan 80% van de bevolking radiologische afwijkingen te constateren, die wijzen op het bestaan van artrose (tabel 2.3.1).

De CMR-gegevens (Lisdonk et al, 1990; Miedema en Chorus, 1996) laten een lagere prevalentie van ongeveer 5% tot 10% zien. De lagere prevalentie is te verklaren doordat de CMR gegevens afkomstig zijn uit huisartspraktijken. Personen met radiologische afwijkingen ondervinden niet altijd klachten en in geval van klachten consulteert men niet altijd de huisarts.

In de ERGO-studie (Odding, 1994) wordt bij de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder bij 22% van de mannen en 36% van de vrouwen een beperking gevonden. Radiologische artrose van de heup en knie wordt bij ongeveer 15% van deze mannen en 27% van deze vrouwen gevonden. De ernst van de pijn loopt in het algemeen niet parallel met de ernst van de radiologische artrose en omgekeerd. Secundaire artrose kan optreden ten gevolge van een beschadiging van het gewrichtskraakbeen door andere oorzaken (trauma, gewrichtsziekte en congenitale afwijking). In deze gevallen begint de aandoening vaak al op jongere leeftijd.

Tabel 2.3.1 Gemiddelde prevalentie (%) van artrose onder de bevolking van 25-74 jaar en 74 jaar en ouder voor verschillende gewrichtslokaties (Silman en Hochberg, 1993; Van Saase, 1989)

Gewrichtslokatie	25- 74 jaar	75 jaar en ouder
Handen	32	75
Knieën	4	20-40
Heupen	3	25

Over de incidentie van artrose in Nederland zijn niet veel gegevens voorhanden. In een periode van 12 jaar blijkt zich bij 10% van de mannen en 25% van de vrouwen radiologische artrose van de knie te ontwikkelen (Van Saase et al, 1989). De jaarincidentie van artrose van de perifere gewrichten is volgens verschillende huisartsregistraties ongeveer 1% (Bruin, 1994b). Gestandaardiseerd naar de bevolking van 1990 betekent dit dat er jaarlijks ongeveer 34.000 mannen en 51.000 vrouwen bij de huisarts komen met één of andere vorm van artrose die voorheen niet geregistreerd was.

Beloop

Het beloop van artrose wisselt sterk. De aanwezigheid en ernst van pijn, bewegingsbeperking, (start)stijfheid en functieverlies kunnen sterk variëren. In enkele onderzoeken wordt een verhoogde sterfte ten gevolge van artrose gevonden, een causaal verband is echter niet aangetoond (Bruin, 1994b; Silman en Hochberg, 1993).

In een aantal follow-up studies in het buitenland is handartrose gediagnostiseerd met behulp van röntgenfoto's. Binnen deze onderzoeken wordt een toename van de ernst van artrose met de leeftijd geconstateerd (Silman en Hochberg, 1993).

Determinanten

Een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op het voorkomen of beloop van artrose wordt in verschillende onderzoeken beschreven (Bruin, 1994b; Hazes, 1993; Silman en Hochberg, 1993; Olsen et al, 1994; Cooper, 1995). Tabel 2.3.2 geeft een overzicht van de determinanten.

Tabel 2.3.2 Mogelijke determinanten van artrose

Determinanten	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- leeftijd	+	ontstaan/beloop	+
- geslacht (vrouw)	+	ontstaan/beloop	+
- land van herkomst	o	ontstaan	o
- erfelijke factoren (familiaire aanleg)	+	ontstaan	a
- aangeboren of verworven afwijkingen (x- of o-benen, congenitale heupafwijkingen)	+	ontstaan/beloop	a
- hormonale factoren (oestrogenen)	-	ontstaan	a
<u>Exogene factoren</u>			
- trauma's	+	ontstaan	a
- werkgebonden factoren			
- fysiek zwaar werk algemeen	+	ontstaan/beloop	+
- herhaalde kniebuigingen	+	ontstaan/beloop	+
- herhaald tillen	+	ontstaan/beloop	+
- leefstijlfactoren:			
- overgewicht	+	ontstaan/beloop	+
- roken	-	ontstaan	a
- normale lichamelijke activiteit	-	beloop	a
- intensieve sportbeoefening	+	ontstaan	a
- Lage sociaal economische status	+	ontstaan	+

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend - = relatie afwezig

Leeftijd is de meest duidelijke determinant voor het ontstaan en beloop van artrose. Ook vrouwen hebben een hogere kans op het krijgen van artrose. Leeftijd en geslacht hebben niet voor elk gewricht een even grote invloed. De verschillen worden mogelijk verklaard door de invloed van andere risicofactoren als congenitale afwijkingen, mechanische belasting, overgewicht of hormonale factoren.

Een verband tussen het land van herkomst en de prevalentie van artrose is niet eenduidig (Silman en Hochberg, 1993). Familiaire aanleg lijkt wel een verband te vertonen met het ontstaan van sommige vormen van artrose zoals gegeneraliseerde artrose en artrose van sommige vingergewrichten. De aanwezigheid van een congenitale heupdysplasie, zou de kans op het ontstaan op andere orthopedische afwijkingen (o.a artrose) vergroten (Schaapveld, 1993). Er wordt zelfs gesuggereerd dat in meer dan 40% van de patiënten met heupartrose sprake zou zijn van een heupdysplasie (Hazes, 1993). Het bewijs hiervoor is echter onduidelijk, aangezien ook secundair aan artrose heupdysplasie kan ontstaan. X- of O-benen en gegeneraliseerde artrose lijken geassocieerd te zijn met een ernstiger beloop van artrose.

Overgewicht is een belangrijke en een alom geaccepteerde risicofactor voor het ontstaan van artrose. Het causale verband is het sterkst voor de knie en hand (Silman en Hochberg, 1993). Een gedeeltelijke verklaring hiervoor wordt gegeven door de verhoogde mechanische belasting.

Dit kan echter niet het verband met artrose van de handen verklaren. Een metabole component zou in samenhang met overgewicht bij kunnen dragen aan het ontstaan van artrose (Van Saase, 1989). Overgewicht is ook geassocieerd met het beloop van knieartrose (Hazes, 1993).

Zware mechanische belasting van het gewricht, met name wanneer dit herhaaldelijk voorkomt, is ook een risicofactor voor het ontstaan van artrose. In verschillende studies is aangetoond dat fysiek zwaar werk in het algemeen is geassocieerd met een verhoogd risico op artrose van de knieën. Dit extra risico lijkt met name te worden veroorzaakt door veelvuldig gebruik van de knieën en veel tillen waarbij tevens de knieën veelvuldig worden gebogen (Schouten, 1990; Cooper, 1995). Beroepen waarbij de knieën veelvuldig worden gebogen zijn bijvoorbeeld de verpleging, crèche leidsters, verschillende beroepen in de bouw etc. Ook werknemers die langdurig op hun knieën moeten werken zoals vloerenleggers lopen een verhoogd risico (Kivimäki et al, 1992). Lichamelijke belasting tijdens het werk (fysiek zwaar werk, tillen en gedraaide houding) lijkt tevens een risicofactor te zijn voor heupartrose (Olsen et al, 1994; Cooper, 1995), met name bij boeren wordt in verschillende onderzoeken een verhoogde van prevalentie heupartrose gevonden.

Een gewrichtstrauma of -aandoening kan een verhoogd risico op artrose op latere leeftijd geven.

Normale lichamelijke activiteit lijkt niet geassocieerd met een verhoogd risico voor artrose (Bruin, 1994b; Coumans et al, 1995). Over extreme lichamelijke belasting, bijvoorbeeld in de topsport bestaat nog geen duidelijkheid. Er zou onderscheid gemaakt moeten worden gemaakt tussen sporten waarin belasting binnen fysiologische belastbaarheid van kraakbeen blijft (hardlopen, wielrennen e.d.) en die sporten waarbij de belastbaarheid acuut kan worden overschreden. In het geval van acuut gewrichtsletsel zal de kans op versnelde artrose groter zijn. Er wordt aangenomen dat de verhoogde frequenties van artrose bij sporters terug te voeren is op doorgemaakte sportletsels (Hazes, 1993; Keizer, 1992; Kuipers, 1993). Het beperkte onderzoek op dit gebied tot nu toe laat echter slechts voorzichtige conclusies toe. Goed opgezette prospectieve studies met een voldoende lange follow-up tijd, groepsgrootte en gestandaardiseerde klinische en röntgenologische parameters zijn schaars.

Het effect van lichamelijke activiteit op het beloop van artrose is nauwelijks onderzocht. Een studie naar intensieve sportbeoefening in relatie tot de ernst van knieartrose leverde geen eensluidend antwoord op (Bijlsma, 1992). Sportbeoefening of specifieke bewegingsprogramma's (met name laag intensieve programma's) spelen bij artrose een wezenlijke rol in het afremmen van degeneratieve processen, in het beperken van de subjectieve klachten en in het vergroten van de functionele reserve (Coumans et al, 1995).

Roken en hormonale factoren zouden een beschermend effect hebben op artrose. Bij artrose zouden vrouwelijke geslachtshormonen (oestrogenen) een rol spelen, alhoewel een causaal verband niet is aangetoond (Silman en Hochberg, 1993).

Gevolgen

Naast de gevolgen in pijn, stijfheid en functieverlies zijn over lichamelijke beperkingen en psychosociale gevolgen bij artrose weinig onderzoeksgegevens voorhanden (Hopman-Rock, 1995; Odding, 1994). In Nederland zijn door Vugt et al (1993) onder andere de lichamelijke beperkingen van heup- en knieartrose bij 73 patiënten in huisartsenpraktijken geïnventariseerd. Artrose van de knie of heup kan tot aanzienlijke vermindering aan mobiliteit leiden in traplopen (40% van de patiënten) en het lopen van lange afstanden (20% van de patiënten); 54% van de patiënten zou zich hierdoor belemmerd voelen in de vrijetijdsbesteding. Het ziekteverzuim is hoger dan gemiddeld onder patiënten met een artrotisch gewricht dan onder de algemene populatie.

Uit de LMR (Landelijke Medische Registratie) gegevens van de SIG (1991) blijkt dat bij 1,4% van alle opnamen in de algemene populatie in het ziekenhuis artrose als hoofddiagnose wordt gesteld (Miedema en Chorus, 1996). De gemiddelde opnameduur varieert met de lokatie van de artrose. Deze is het kortst voor handartrose (gemiddeld 5,1 dagen) en voor heupartrose het langst (gemiddeld 18,9 dagen). De afdeling orthopaedie neemt het grootste deel van de opnames van artrose voor haar rekening (24,7%).

2.4 Rugklachten en -aandoeningen

Inleiding

Rugpijn is verreweg de meest voorkomende klacht van het (houdings-) en bewegingsapparaat (Silman en Hochberg, 1993). Een specifieke oorzaak van de rugpijn is meestal niet duidelijk.

Zo kan bij patiënten met lage rugpijn slechts in ongeveer 10% tot 15% een exacte diagnose gesteld worden (Maljers, 1995). Bij de resterende groep is er sprake van aspecifieke klachten. Met behulp van röntgenfoto's kunnen degeneratieve afwijkingen aan de wervelkolom worden geconstateerd. Echter de relatie van eventuele afwijkingen met rugklachten blijkt verre van duidelijk. Zo blijkt dat in 36% van een populatie zonder symptomen of klachten abnormale beelden met een CT-scan worden geconstateerd. Bij een leeftijdsgroep ouder dan 40 jaar is dit zelfs in 50% van de populatie het geval (Teasell, 1994). Daarentegen worden bij 73% van de patiënten met acute klachten geen afwijkingen bij röntgenonderzoek geconstateerd (Silman en Hochberg, 1993).

De volgende aandoeningen kunnen volgens Maljers (1995) en Bernard en Kirkaldy-Willis (1987) goed worden gediagnostiseerd met behulp van klinisch en radiologisch onderzoek: Hernia Nuclei Pulposi (HNP of discus prolaps), Spondylolysis (al dan niet met spondylolisthesis, ontsteking of tumor) en M. Scheuermann.

Prevalentie en incidentie

Vergelijking van de epidemiologische gegevens is moeilijk, omdat de onderzoeken vaak zeer heterogeen zijn in de methoden en de wijze waarop de diagnose wordt gesteld. Indien epidemiologische gegevens over specifieke diagnoses bekend zijn, worden deze vermeld. Verdere epidemiologische gegevens worden beschreven aan de hand van het voorkomen van rugklachten.

In de geïndustrialiseerde landen komt rugpijn het meest voor. De prevalentie gegevens variëren sterk tussen de epidemiologische onderzoeken. Meer dan 80% van de bevolking heeft ooit rugklachten gehad (Haanen, 1984; Silman en Hochberg, 1993). Van de bevolking geeft circa 50% aan het afgelopen jaar wel eens rugklachten te hebben gehad (Silman en Hochberg, 1993). De spreiding van de prevalentie in de diverse onderzoeken is groot en loopt van 20% tot 75%. Daarnaast geeft 15% tot 42% van de bevolking aan op het moment van onderzoek rugklachten te bezitten (Haanen, 1984; Miedema, 1994; Silman en Hochberg, 1993). Slechts 10% tot 20% van de bevolking geeft aan nog nooit rugklachten te hebben gehad. In het algemeen zijn de prevalentie en incidentie cijfers de afgelopen 40 jaar toegenomen (Silman en Hochberg, 1993).

De huisarts ziet jaarlijks ongeveer 7% van de praktijkgebonden populatie met rugklachten op het spreekuur (Miedema en Chorus, 1996). De incidentie van rugklachten in de populatie varieert 2% tot 6% per jaar afhankelijk van de onderzochte leeftijdsgroepen en het al dan niet meetellen van recidieven (Haanen, 1984; Miedema en Chorus, 1996; Silman en Hochberg, 1993). Op basis van in de huisartspraktijk vastgestelde diagnoses geeft het ROME-onderzoek (Miedema, 1994) een jaarincidentie van HNP van ongeveer 5‰ en van spondylolyse/-listhesis van ongeveer 3‰.

Recent is een overzicht gepresenteerd van het voorkomen van rugklachten in verschillende bedrijfstakken en beroepen gebaseerd op een representatieve steekproef van de Nederlandse beroepsbevolking (Hildebrandt, 1995). Uit dit overzicht blijkt dat er grote verschillen bestaan in rugklachten prevalentie tussen de verschillende beroepen en tussen verschillende bedrijfstakken. De rugklachten prevalentie ('Heeft u nogal eens last van rugpijn') in de verschillende beroepen en bedrijfstakken varieerde van 12% tot 41% (gemiddeld 27%). Geconcludeerd wordt dat de rugklachten prevalentie in zittende beroepen duidelijk lager is dan in 'niet-zittende' beroepen. Beroepen met een relatief hoge rugklachten prevalentie zijn bouwvakkers, schoonmaakpersoneel, toezichthoudend en productie personeel, loodgieters, pijpfitters, lassers, plaatwerkers en chauffeurs.

Een lage prevalentie van rugklachten werd getroffen bij wetenschap- en vakspecialisten, boekhouders, architecten en administratieve functies.

Beloop

Lage rugklachten kunnen al op jonge leeftijd ontstaan en de prevalentie van rugklachten neemt toe tot het 65 levensjaar. Andersson (1981) geeft aan dat 48% van de rugklachten al vóór het dertigste levensjaar wordt geconstateerd. In het algemeen duurt lage rugpijn maar kort. In 90% van de gevallen duurt dit minder dan drie weken en gaan de klachten over zonder behandeling (Maljers, 1995). Rugklachten recidiveren vaak. In het ROME-onderzoek (Miedema, 1994) werd met name bij de leeftijdsgroep van 35-50 jaar een piek in het aantal recidieven van rugklachten gevonden. Slechts een klein percentage (5% tot 20%) van de patiënten ontwikkelt chronische rugklachten die langer dan drie maanden duren (Haanen, 1984; Maljers 1995).

Determinanten

In tabel 2.4.1 wordt een overzicht gegeven van mogelijke determinanten die het ontstaan dan wel beloop van rugklachten kunnen beïnvloeden.

Tabel 2.4.1 Mogelijke determinanten van rugklachten en -aandoeningen

Determinanten	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- leeftijd	+	ontstaan	a
- geslacht (vrouw)	+	ontstaan	a
- lengte	+	ontstaan	-
- anatomische/structurele houdingsafwijkingen	+	ontstaan	-
- osteoporose	+	beloop	+
- zwangerschap	+	ontstaan/beloop	a/a
- psychische factoren (persoonkenmerken, depressie, angst)	+	ontstaan/beloop	-/a
<u>Exogene factoren</u>			
- leefstijlfactoren			
- gewicht	+	ontstaan	o
- roken	+	ontstaan	a
- lichamelijke activiteit	-	ontstaan	o
- werkgebonden factoren			
- fysiek zwaar werk	+	ontstaan	+
- veel of zwaar tillen	+	ontstaan	+
- werken met de romp in niet neutrale houdingen	+	ontstaan	+
- lichaamstrillingen	+	ontstaan	+
- hoge werkdruk, hoge taakeisen	+	ontstaan	a
- weinig regelmogelijkheden in het werk	+	ontstaan	a
- weinig afwisselend werk	+	ontstaan	a
- lage sociaal economische status	+	ontstaan/beloop	a

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend -- relatie afwezig

Leeftijd is met het ontstaan van rugklachten geassocieerd. Het is echter mogelijk dat deze associatie (gedeeltelijk) wordt veroorzaakt door andere factoren, zoals een cumulatieve arbeidsbelasting. De prevalentie van chronische rugklachten is bij vrouwen hoger dan bij mannen (Silman en Hochberg, 1993). Lengte is als risicofactor voor het ontstaan van rugklachten niet aangetoond (Heliovaara, 1991; Biering-Soerenson, 1984; Bergenudd, 1989). Van de anatomische afwijkingen blijkt een lengteverschil een determinant te zijn voor het ontstaan van rugklachten. Houdingsafwijkingen (versterkte/verzwakte kyphoses of lordoses en scolioses) blijken niet met rugpijn te correleren (Silman en Hochberg, 1993). Bij wervelinzakking ten gevolge van osteoporose is er een duidelijk verband met acute rugpijn (Bruin, 1995).

Psychische factoren worden vaak met rugklachten geassocieerd. Er zijn echter weinig gegevens beschikbaar die er op wijzen dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken bijdragen aan het ontstaan van rugklachten. Psychische factoren (zoals omgaan met pijn) zijn mogelijk wel van invloed op het beloop van de klachten. Roken en overgewicht lijken een verhoogd risico op rugklachten te geven, maar de verklaring van deze relatie is niet duidelijk (Silman en Hochberg, 1993).

Spiierkracht en lenigheid worden door deskundigen in het algemeen belangrijk geacht om het risico op klachten van het bewegingsapparaat te verminderen. Men kan veronderstellen dat een fit individu beter geprepareerd is om fysieke arbeid te verrichten dan een minder fit individu. Risico's van overbelasting zijn ook groter bij ongetraindheid (Mital et al, 1993). Toch zijn de beschikbare epidemiologische gegevens hierover schaars en niet eenduidig (Hildebrandt, 1987 en 1991; Andersson, 1981; Garg en Moore, 1992; Biering-Soerenson, 1984). Probleem is o.m. dat genoemde parameters in de diverse studies zeer verschillend gemeten worden en slechts sporadisch gerelateerd worden aan de werkvereisten. Enkele (gedateerde) studies van Chaffin en medewerkers gaven aanwijzingen dat met name *de verhouding* tussen individuele spierkracht en de in het werk benodigde spierkracht voorspellend is (Chaffin, 1974; Chaffin et al, 1978; Keyserling et al, 1980).

Een relatie tussen fysieke activiteit en een lager risico op aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt door veel deskundigen plausibel geacht (NIOSH, 1981; Kelsey en Golden, 1988; Genaidy et al, 1992), alhoewel ook hier een sterk empirisch bewijs voor met name lange termijn effecten nog ontbreekt (Videman et al, 1995). Hoewel lichamelijke activiteit (zoals sportbeoefening) een gunstig effect lijkt te hebben op de gezondheid en welbevinden lijkt vooralsnog van een dergelijk effect op rugklachten niet duidelijk. Een recente review van 39 studies betreffende de relatie tussen fysieke activiteiten van werknemers in hun vrije tijd en aandoeningen van het bewegingsapparaat (Hildebrandt et al, 1995) laat zien dat de beschikbare studies tegenstrijdige resultaten laten zien. Toch indiceren de zes beschikbare longitudinale studies dat een fysiek actieve leefstijl het risico op aandoeningen van het bewegingsapparaat in beperkte mate vermindert. Inactiviteit (overwegend zitten tijdens werk én vrije tijd) lijkt het risico op rugklachten te verhogen (Hildebrandt et al, 1995).

Gebaseerd op de meest recente reviews (Hildebrandt, 1987; Riihimaki, 1991; Garg en Moore, 1992; Bongers et al, 1993) lijkt er consensus te bestaan dat de in tabel 2.4.2 genoemde factoren de belangrijkste werk gebonden risicofactoren voor het ontstaan van rugklachten en aandoeningen zijn. In alle reviews wordt echter gewag gemaakt van de beperkte kwaliteit en het transversale karakter van de meeste besproken studies. Verder is het opvallend dat slechts zeer weinig studies alle relevante variabelen in het onderzoek betrekken. De beschikbare longitudinale studies waarin fysieke belasting adequaat wordt gemeten bevestigen de relatie tussen de genoemde factoren en het ontstaan van rugklachten (Kelsey et al, 1984; Leino et al, 1995; Punnett et al, 1991). Op grond van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk het belang van de risicofactoren onderling in te schatten dan wel risicovolle belastingniveaus aan te geven. De normen die beschikbaar zijn voor lichamelijke belasting zijn dan ook grotendeels gebaseerd op andere risico-indicatoren dan klachten, zoals psychofysische gegevens en biomechanica. Ook op grond van biomechanische en psychofysische criteria worden veel en zwaar tillen en werken in niet neutrale houdingen aangemerkt als factoren die de belasting van de rug verhogen (Snook, 1991; Fine, 1995). Bij tillen is voor de belasting van de rug niet alleen de frequentie en duur van het tillen en het gewicht van de last van belang maar ook of de last ver of dichtbij het lichaam wordt getild en of in een symmetrische of asymmetrische houding wordt getild (Waters et al, 1994). Daarnaast is ook de versnelling van de romp tijdens de tilactiviteiten van belang (Marras, 1993). Op grond van de weefsel eigenschappen van de wervelkolom wordt een extra schadelijk effect verwacht van frequente buigingen van de romp en van kracht-uitoefening met een tegelijkertijd getordeerde wervelkolom.

Recentelijk wordt veel aandacht besteed aan de rol van psychosociale factoren op het werk (zoals werkdruk en regelmogelijkheden) in relatie tot rugklachten. Met name een hoge werkdruk in combinatie met weinig regelmogelijkheden en weinig ondersteuning door collega's lijkt het risico op rugklachten te verhogen (Bongers en Houtman, 1995).

Uit een recente review gericht op de werkgebonden factoren die een ongunstig effect hebben op het beloop van klachten blijkt dat hierover geen overeenstemming bestaat in de literatuur (Pulcins et al, 1994). Het lijkt plausibel dat de meeste factoren die van invloed zijn op het ontstaan ook een invloed hebben op het beloop van de klachten. De invloed van psychosociale factoren op het beloop lijkt sterker dan op het ontstaan van de klachten.

Gevolgen

De beperkingen die ten gevolge van rugklachten ontstaan, kunnen zowel in de thuis- als in de arbeidssituaties optreden. In het EPOZ-onderzoek (Valkenburg en Haanen, 1982) rapporteerde 36% van de vrouwen en 27% van de mannen die ooit rugpijn hadden dat zij bedrust hadden moeten houden als gevolg van ernstige rugpijn (meestal minder dan twee weken).

Nagi et al (1973) vinden bij 16% tot 31% van de personen een beperking in de Algemene Dagelijkse Levens-verrichtingen (ADL) ten gevolge van rugklachten. In het Doorlopend Leefsituatie Onderzoek (DLO) onderzoek van het CBS (1992-1993) wordt bij een vergelijkbare groep beperkingen in ADL (21,6%) gevonden. De piek ten aanzien van beperkingen ligt tussen 55 en 64 jaar (Badley, 1993). Uit de LMR (Landelijke Medische Registratie) gegevens van de SIG (1991) blijkt dat bij ongeveer 2,8% van alle opnamen in de algemene populatie in het ziekenhuis een rugaandoening als hoofddiagnose wordt geregistreerd (Miedema en Chorus, 1996). Silman en Hochberg (1993) vinden vergelijkbare cijfers, namelijk dat 2,5% van alle ziekenhuisopnamen aan rugklachten zijn toegeschreven. De verpleegduur is voor patiënten met rugklachten of -aandoeningen gemiddeld 9,7 dagen. Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn verantwoordelijk voor een groot deel van verzuim en arbeidsongeschiktheid (zie 2.11). Hierin zijn grote verschillen te zien tussen beroepen.

2.5 Nekklachten en -aandoeningen

Inleiding

Nekklachten zijn met rug- en schouderklachten de meest voorkomende klachten van het bewegingsapparaat. De correlatie van radiologische afwijkingen is gering (Valkenburg, 1980).

Verder bestaat er geen duidelijke relatie tussen klinische bewegingsbeperkingen en pijnklachten (Valkenburg, 1980).

Prevalentie en incidentie

In het algemeen is de informatie over de prevalentie van nekpijn in Nederland schaars. De gevonden epidemiologische gegevens zijn afkomstig uit het EPOZ-onderzoek (Valkenburg et al, 1980), het ROME-onderzoek (Miedema, 1994), huisartsregistraties (Miedema en Chorus, 1996) en enkele recente buitenlandse publikaties (Mäkelä et al, 1991; Bovim et al, 1994).

In het EPOZ-onderzoek (Valkenburg et al, 1980) gaf 30% van de mannen en 43% van de vrouwen aan 'ooit last' van de nek te hebben gehad; 10% van de mannen en 18% van de vrouwen had nekklachten op het moment van onderzoek. Bij een Finse populatie wordt zelfs een percentage van 71% gevonden (Mäkelä et al, 1991). Bij een Noorse populatie geeft 34,4% aan het afgelopen jaar nekklachten te hebben gehad (Bovim et al, 1994). Hiervan ontwikkelt 9,5 tot 13,8% chronische (meer dan 6 maanden) nekklachten (Bovim, 1994; Mäkelä et al, 1991). Radiologische spondylartrose van de nek komt voor bij 8% van de bevolking (EPOZ-onderzoek: Valkenburg et al, 1980). Een discus degeneratie van de nekwerfels komt bij 30% van de bevolking voor.

In de huisartspraktijk ligt de jaarprevalentie van nekklachten en -aandoeningen tussen de 2 en 5%. Omdat nekklachten vaak kortdurend van aard zijn, ligt de incidentie in dezelfde orde van grootte.

Beloop

De prevalentie van nekklachten neemt toe met de leeftijd (Valkenburg et al, 1980). De prevalentie nam bij mannen toe van 4% in de jongste leeftijdscategorie tot 17% tussen de 55 en 65 jaar. Bij vrouwen varieert dit van respectievelijk 7% tot 23%. Na het 65^e levensjaar nam de prevalentie van nekklachten voor mannen af tot 8%; voor vrouwen werd geen afname geconstateerd. De prevalentie van discusdegeneratie nam toe met de leeftijd en betrof 60% voor mannen ouder dan 65 jaar en 40 à 50% voor vrouwen. Circa 20% van de hoogbejaarde bevolking heeft geen discusdegeneratie.

Determinanten

Tabel 2.5.1. toont de determinanten, die mogelijk geassocieerd zijn met nekklachten.

Tabel 2.5.1 Mogelijke determinanten voor nekklachten en -aandoeningen

Determinanten	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- leeftijd	+	ontstaan	+
- geslacht	+	ontstaan	a
- aangeboren of verworven houdingsafwijkingen	+	ontstaan	-
- psychische factoren	+	ontstaan/beloop	o
<u>Exogene factoren</u>			
- leefstijlfactoren:			
- (over)gewicht	+	ontstaan	a
- roken	+	ontstaan	o
- lichamelijke activiteit	+	ontstaan	o
- werkgebonden factoren:			
- statische belasting van de nek (neflexie)	+	ontstaan	a
- veelvuldige of langdurige nek rotatie	+	ontstaan	a
- repeterend handelen	+	ontstaan	a
- hoge werkdruk	+	ontstaan	a
- weinig regelmogelijkheden	+	ontstaan	a
- geringe ondersteuning door chef of collega's	+	ontstaan	a
- lage sociaal economische status	+	ontstaan	o

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend -= relatie afwezig

Leeftijd is geassocieerd met de prevalentie van nekklachten. Daarnaast komen nekklachten meer voor bij vrouwen dan bij mannen (Valkenburg et al, 1980). Evenals bij rugklachten kan het zijn dat deze associaties gedeeltelijk worden veroorzaakt door bijvoorbeeld werkbelasting. Houdingsafwijkingen bij kinderen zoals het verschil in schouderhoogte of een scoliose, geven geen verhoogde kans op nekklachten (Dieck, 1985).

Van de leefstijlfactoren blijkt overgewicht met het ontstaan van nekklachten te zijn geassocieerd en is het verband van roken met het ontstaan van nekklachten niet aangetoond (Mäkelä et al, 1991).

Verschillende factoren op het werk verhogen de kans op nekklachten (Mäkelä et al, 1991; Wigley, 1994). Uit een recent longitudinaal onderzoek, waarin arbeidsomstandigheden en klachten om de tien weken werden gemeten bij nieuw in dienst getreden klachten vrije inpaksters bij een chocola-defabriek, blijkt dat de werknemers, die de nekhouwing belastend vinden, een zeer sterk verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van nekklachten die langer dan 2 weken duren en het werk belemmeren (Veiersted en Westgaard, 1994). Ook uit onderzoek bij kantoor populaties blijkt dat het langdurig werken met een voorovergebogen nek kan leiden tot nekklachten. In veel studies naar de gezondheidseffecten van repeterend handelen blijken ook nekklachten (vaak in combinatie met andere klachten) meer voor te komen (Hagberg et al, 1995).

Recentelijk wordt steeds vaker melding gemaakt van een verhoogd risico op nekklachten door psychosociale werkfactoren zoals tempodruk en te weinig controle mogelijkheden in het werk (Bongers en Houtman, 1995). Een relatie van sociaal economische status (onder andere opleidingsniveau) met nekklachten is niet aangetoond.

Gevolgen

De beperkingen die optreden ten gevolge van nekklachten zijn milder dan die van rugklachten. Van de patiënten met nekklachten blijkt 16% in huishoudelijke taken beperkt te zijn en 20% in de vrijetijdsbesteding (Mäkelä et al, 1991). 68,1% van de patiënten met nekklachten is minimaal één keer en 4,3% van de patiënten meer dan 10 keer daarvoor onder medische behandeling geweest; 7,8% gebruikt regelmatig medicatie (Mäkelä et al, 1991).

Uit de LMR (Landelijke Medische Registratie) gegevens van de SIG (1991) blijkt dat bij 0,3% van alle opnamen in een ziekenhuis een nekaandoening als hoofddiagnose in het ziekenhuis wordt geregistreerd. Patiënten met als hoofddiagnose een nekaandoening worden met name op de afdeling neurologie en neurochirurgie geregistreerd (Miedema en Chorus, 1996). De gemiddelde opnameuur van patiënten met nekklachten of -aandoeningen is 6,7 dagen.

2.6 Schouderklachten en -aandoeningen

Inleiding

Schouderklachten komen in de bevolking veelvuldig voor. Na klachten aan de lage rug en nek geven schouders en knieën het meest frequent pijnklachten (Valkenburg et al, 1980).

Objectieve afwijkingen door middel van klinisch- en/of radiologisch onderzoek zijn slecht geassocieerd met subjectieve pijnklachten (Valkenburg et al, 1980). Daarnaast hangen veel schouderklachten samen met nek- en armlachten. De oorzaak van schouderklachten hoeft dus niet in de schouder zelf te liggen, waardoor het diagnostiseren van specifieke aandoeningen van de schouder wordt bemoeilijkt. Onderzoeken naar schouderaandoeningen zijn vaak slecht vergelijkbaar, omdat de gehanteerde methodologie verschilt.

Prevalentie en incidentie

Schouderklachten treden vooral op bij volwassenen (Lisdonk et al, 1990). Pijn in één of beide schouders komt voor bij 10 % van de mannen en 16% van de vrouwen (Valkenburg et al, 1980; Wigley, 1994). Pijn in beide schouders werd in het EPOZ-onderzoek vaker aangegeven dan in één schouder, wat meer een centrale oorzaak (bijv. cervicale wervelkolom) suggereert.

In huisartsregistraties ligt de prevalentie van schouderklachten op ongeveer 2% (Lamberts et al, 1991; Miedema en Chorus, 1996).

De incidentie van afzonderlijke klachten aan de schouders is niet vaak vastgesteld. De incidentie van schouderklachten en -aandoeningen (waaronder tendinitis, bursitis en frozen shoulder) is ongeveer 2% per jaar (Lisdonk et al, 1990; Miedema, 1994; Silman en Hochberg, 1993).

Beloop

De prevalentie van schouderklachten neemt toe met de leeftijd en is tussen 56-60 jaar het grootst (ongeveer 12% van de mannen en 20% van de vrouwen). Na het 70^e levensjaar neemt het voorkomen van schouderklachten af (Valkenburg et al, 1980; Silman en Hochberg, 1993; Wigley, 1994). Het beloop van de schouderklachten kan erg wisselend zijn en de klachten kunnen soms maanden aanhouden. Uiteindelijk is de prognose doorgaans goed.

Determinanten

De volgende determinanten zijn mogelijk geassocieerd met het ontstaan dan wel het beloop van schouderklachten (tabel 2.6.1).

Leeftijd en het vrouwelijke geslacht zijn geassocieerd met de prevalentie van schouderklachten (Silman en Hochberg, 1993; Wigley, 1994). Dit verband zou echter ook aan omgevingsfactoren als arbeidssituatie kunnen worden toegeschreven (Silman en Hochberg, 1993). Het verband van psychische factoren met het ontstaan van schouderklachten is niet aangetoond (Silman en Hochberg, 1993). Ook een relatie tussen gewicht en het ontstaan van schouderklachten wordt in de literatuur niet gerapporteerd (Silman en Hochberg, 1993).

Tabel 2.6.1 Mogelijke determinanten van schouderklachten en -aandoeningen

Determinanten	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- oudere leeftijd	+	ontstaan	a
- geslacht (♀)	+	ontstaan	a
- psychische factoren	+	ontstaan/beloop	o
<u>Exogene factoren</u>			
- leefstijlfactoren			
- (over)gewicht	+	ontstaan	-
- werkgebonden factoren	+		
- werken met de handen boven schouderhoogte		ontstaan	+
- repeterend handelen		ontstaan	+
- werken met trillend en/of stotend gereedschap		ontstaan	+
- veel of zwaar tillen		ontstaan	a
- lage sociaal economische status	+	ontstaan	o

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend -= relatie afwezig

Een aantal factoren in het werk lijkt het risico op schouderklachten te verhogen (Silman en Hochberg, 1993; Wigley, 1994). Veelal worden studies over werkgebonden risicofactoren van klachten en aandoeningen van nek en schouders gezamenlijk besproken. Daarnaast kunnen er ook enkele specifieke risicofactoren voor elk van deze aandoeningen worden genoemd. In een recente review van Sommerich et al (1993) wordt aangegeven dat in sommige beroepen zoals lassers en caissières, schouderklachten en aandoeningen meer voorkomen. Een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van schouderklachten is het langdurig werken met de armen boven schouder hoogte. Daarnaast blijken verschillende schouderklachten en -aandoeningen gerelateerd aan repeterend handelen, met name wanneer tevens krachten worden uitgeoefend (Hagberg et al, 1995). Er is geen verband tussen de sociaal economisch status en het ontstaan van schouderklachten aangetoond (Silman en Hochberg, 1993).

Gevolgen

Ondanks het feit dat de prognose voor schouderklachten doorgaans goed is, hebben schouderklachten grote medische- en maatschappelijke gevolgen. Uit het EPOZ-onderzoek (Valkenburg et al, 1980) en Silman en Hochberg (1993) blijkt dat van de patiënten met schouderklachten 50-60% bij de huisarts terecht te komt.

2.7 Klachten en aandoeningen van de elleboog

Inleiding

De meest voorkomende lokalisatie van klachten aan de elleboog zijn de laterale epicondylus (tenniselleboog) en de mediale epicondylus (golferselleboog). Een bursitis (irritatie van slijmbeursen) kan bij de elleboog voorkomen door bijvoorbeeld mechanische belasting of een trauma. Een ontsteking van het elleboogsgewricht kan ook voorkomen bij bijvoorbeeld RA.

Elleboogsklachten kunnen samenhangen met nek- en armklachten. De diagnose van een aandoening aan de elleboog kan klinisch meestal redelijk goed vastgesteld worden.

Prevalentie en incidentie

Van de algemene bevolking geeft 4% aan 'ooit klachten' aan de elleboog te hebben gehad, terwijl specifieke aandoeningen aan de elleboog in de huisartsenpraktijk bij ongeveer 1% van bevolking worden gevonden (Silman en Hochberg, 1993). Silman en Hochberg (1993) schatten de prevalentie van epicondylitis in de bevolking op 2-2,5%. Epicondylitis medialis (golferselleboog) komt in mindere mate voor.

In de CMR (Lisdonk et al, 1990) en het ROME-onderzoek (Miedema, 1994) wordt een incidentie voor epicondylitis lateralis ongeveer 4‰ per jaar gevonden.

Beloop

De prevalentie neemt toe met de leeftijd en neemt na het 70^e levensjaar weer af. Soms treden klachten aan beide ellebogen tegelijkertijd op of na elkaar. Bursitis olecrani komt bij mannen veel vaker voor en dit neemt toe met de leeftijd (Lisdonk, 1990). Het beloop van klachten kan zich uitstrekken over jaren met wisseling in mate van ernst. Als er niets wordt gedaan, gaat een tenniselleboog in 8- 12 maanden meestal van zelf weer over (Linge, 1995). Ook Lisdonk (1990) geeft aan dat uiteindelijk meestal volledig herstel optreedt.

Determinanten

De volgende determinanten zijn mogelijk geassocieerd met het ontstaan danwel het beloop van klachten aan de elleboog (tabel 2.7.1).

De determinanten voor het ontstaan van elleboogklachten en -aandoeningen zijn grotendeels vergelijkbaar met de determinanten voor het ontstaan van schouderklachten. Een tenniselleboog komt vooral op volwassen leeftijd voor en evenveel bij mannen als vrouwen (Lisdonk et al, 1990). Voor de meeste risicofactoren is geen causaal verband met het ontstaan van klachten aan de elleboog aangetoond (Silman en Hochberg, 1993).

Verschillende arbeidssituaties worden geassocieerd met het ontstaan van klachten aan de elleboog. Met name repeterend handelen al dan niet met krachtoefening wordt geassocieerd met klachten en aandoeningen van de elleboog. Dit geldt ook voor lang achtereen werken aan een beeldscherm.

Tabel 2.7.1 Mogelijke determinanten van elleboogklachten en -aandoeningen

Determinanten	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- leeftijd	+	ontstaan	+
- psychische factoren	+	ontstaan/beloop	a
<u>Exogene factoren</u>			
- fysieke factoren (arbeidssituatie)	+	ontstaan	a
- leefstijlfactoren (gewicht)	+	ontstaan	a
- laag sociaal economische status	+	ontstaan	a

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend -= relatie afwezig

Gevolgen

Over de gevolgen van elleboogklachten en aandoeningen zijn niet veel gegevens voorhanden. Bij epicondylitis bestaat lokale drukpijn, pijn bij aanspanning van de spier, eventueel uitstraling naar de hand of schouder en mogelijk functieverlies. Ten gevolge van een bursitis ontstaat een ontstekingsreactie met mogelijke verschijnselen in zwelling, pijn, warmte en roodheid. Ten gevolge van pijn en functiebeperking kan het gebruik van de arm beperkt zijn. Dit kan beperkingen opleveren in thuis- en arbeidssituaties. In 1992 meldden ruim 16000 Nederlanders zich langer dan 6 weken ziek wegens een 'tenniselleboog' en bij 1300 mensen was het verzuim zelfs langer dan een jaar.

De meest klachten gaan vrij snel over; dit blijkt ook uit het hoge percentage éénmalige consulten bij de huisarts (Miedema, 1994). Relatief veel patiënten worden doorverwezen naar de algemeen chirurg die met name injecties als behandelingsmethode toepast.

2.8 Repetitive strain injury (RSI) / tendinopathieën

Inleiding

In de engelstalige literatuur worden verschillende werkgebonden klachten en aandoeningen van schouder, elleboog, pols en hand veelal onder één noemer samengevoegd. Deze groep klachten wordt met verschillende termen aangeduid: repetitive strain injury (RSI), cumulatieve trauma disorders (CTD), occupational cervo-brachial disorders (OCD) en work related musculoskeletal disorders (WMD). In Nederland wordt veelal de term RSI gebruikt.

De volgende klachten en aandoeningen worden toe de RSI gerekend: schouder-tendinitis, epicondylitis, de Quervain's tendinitis, tendinitis van de hand, carpaal tunnel syndroom en aspecifieke klachten van de schouder en arm.

Prevalentie en incidentie

De prevalenties voor de hier boven genoemde 'RSI klachten' verschillen sterk per aandoening, afhankelijk van de criteria die zijn gebruikt. De prevalentie varieert sterk in de diverse onderzoeken en zijn zeer beroepsgebonden (Hagberg et al, 1995). Huisartsregistraties laten een prevalentie zien van ruim 2% en een incidentie van bijna 2% (Lamberts et al, 1991). Het ROME-onderzoek geeft een incidentie van tendinopathieën (excl. schouder en elleboog) van 1% (Miedema, 1994).

Determinanten

De volgende determinanten zijn mogelijk geassocieerd met het ontstaan danwel het beloop van 'RSI klachten' (tabel 2.8.1). Een verband van leeftijd, het vrouwelijke geslacht en gewicht met RSI-klachten is niet aangetoond (Silman en Hochberg, 1993). Tevens wordt er geen verband tussen psychische factoren (persoonkenmerken) met het ontstaan van RSI klachten gevonden (Silman en Hochberg, 1993). In arbeidssituaties wordt echter wel een verband gelegd tussen psycho-sociale factoren en het ontstaan van RSI-klachten (Bongers en Houtman, 1995; Silman en Hochberg, 1993).

De resultaten van een meta-analyse van studies naar de relatie tussen fysieke belasting op het werk en klachten en aandoeningen van nek en bovenste ledematen laten zien dat repeterend handelend met krachtoefening ook een belangrijke risicofactor vormt voor het ontstaan van pees en pees-schede aandoeningen van de hand en pols en voor het carpaal tunnel syndroom (Stock, 1991; Kilbom, 1994). Het gaat bij deze studies om sterk verhoogde risico's. Hoewel Kilbom aangeeft dat ook repeterend handelen zonder krachtoefening een verhoogd risico geeft op klachten en aandoeningen van de bovenste extremiteiten lijken deze risico's wel veel kleiner. De volgende aspecten van repeterend handelen lijken van belang te zijn voor de hoogte van het risico: het voorkomen van extreme standen van de gewrichten, een hoge snelheid en versnelling van de bewegingen en statische belasting van de betrokken spieren. Inactiviteit ten gevolge van langdurig staande of zittende taken die leiden tot langdurige, gedwongen, houdingen en weinig positieveranderingen (Wallace en Buckle, 1987) dan wel statische houdingen (Sommerich et al, 1993) kunnen, naast rugklachten, ook 'repetitive strain injuries' tot gevolg hebben.

Recent is door een groep vooraanstaande deskundigen een boek uitgebracht waarin alle gegevens die betrekking hebben op ontstaan en voorkomen van RSI zeer uitgebreid worden beschreven (Hagberg et al, 1995).

De conclusie van dit boek is dat voor de volgende klachten en aandoeningen overtuigend is vastgesteld dat fysieke belasting op het werk bijdraagt aan het ontstaan van de klachten: hand/pols tendinitis, carpaal tunnel syndroom en lokale aspecifieke klachten en aandoeningen van de arm. Deze werkgebondenheid is niet overtuigend aangetoond voor epicondylitis.

Tabel 2.8.1 Mogelijke determinanten van 'RSI klachten'

Determinanten	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- leeftijd	+	ontstaan	o
- geslacht (♀)	+	ontstaan	o
- psychische factoren	+	ontstaan/beloop	o
<u>Exogene factoren</u>			
- leefstijlfactoren (gewicht)	+	ontstaan	-
- werkgebonden factoren	+		
- repeterend handelen		ontstaan	+
- werken met trillend en stotend gereedschap		ontstaan	+
- inactiviteit		ontstaan	a
- psycho-sociale factoren op het werk		ontstaan	a
- laag sociaal economische status	+	ontstaan	o

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend - = relatie afwezig

Gevolgen

Gezien het sterke werkgebonden karakter van sommige van de klachten en aandoeningen die worden samengevoegd onder de naam RSI verschilt het verzuim ten gevolge van deze klachten sterk tussen beroepen. Op grond van de verzuim en arbeidsongeschiktheid diagnose (ICD-codes) is echter moeilijk vast te stellen hoe hoog het verzuim tengevolge van deze klachten is. Opvallend is wel het hoge percentage verzuim vanwege perifere enthesopathieën waar een groot deel van de klachten onder zal vallen.

2.9 Osteoporose

Inleiding

Osteoporose wordt gedefinieerd als een toestand waarbij de hoeveelheid botweefsel (botmassa) zodanig is verminderd dat al bij een geringe aanleiding deformatie van wervels of breuken van skelet optreden (Conferentie consensus osteoporose, 1993). In de International Classification of Diseases (ICD) wordt osteoporose onderverdeeld in osteoporose zonder en met fractuur.

Ook kan onderscheid gemaakt worden in osteoporose gerelateerd aan een versneld verlies van botmassa in aansluiting op de menopauze en aan afname van botweefsel als gevolg van ouderdom (Bruin, 1995; Gezondheidsraad, 1991). Tot middelbare leeftijd is er een evenwicht in opbouw en afbraak van botweefsel. Hierna treedt bij mannen en vrouwen geleidelijk ouderdomsosteoporose op.

Prevalentie en incidentie

Op basis van de CMR gegevens in de huisartsenpraktijk (1987-1991) wordt een prevalentie van osteoporose van 0,4% voor vrouwen en 0,08% voor mannen per jaar gevonden. In het EPOZ-onderzoek wordt de prevalentie geschat op basis van het aantal compressiefracturen van de lendewervels in de bevolking (1975-1978). Dit komt voor bij 3% van de vrouwen en 2% van de mannen boven de 45 jaar (Van Hemert, 1989). Bij de interpretatie moet rekening worden gehouden met het feit dat de diagnose berust op beoordeling van röntgenfoto's en dat alleen fracturen en niet de botdichtheid in de analyse betrokken zijn. Volgens Wigley (1994) zou in 70% van de fracturen bij personen ouder dan 45 jaar sprake zijn van osteoporose.

Er is een sterke toename van de prevalentie van werveldeformatie met de leeftijd, vooral bij vrouwen. Het ERGO-onderzoek (Burger et al, 1996) en Silman en Hochberg (1993) rapporteren een prevalentie voor werveldeformatie bij personen ouder dan 55 jaar van ongeveer 20%. Deze prevalentie is veel hoger dan in het EPOZ onderzoek en deels terug te voeren op verschillen in wervelmisvormingen die werden meegerekend, op een oudere populatie en op verschillen in onderzoeksmethodiek.

In verschillende huisartsregistraties is de incidentie van osteoporose geregistreerd. Op basis van de CMR gegevens is de incidentie 0,05%. Het EPOZ-onderzoek geeft bij een leeftijdsgroep van 45-64 jaar een jaarlijkse incidentie van nieuwe botbreuken (pols en wervel) van ongeveer 0,5-1% (Van Hemert, 1990). Silman en Hochberg (1993) vinden een toename van de jaarincidentie van fracturen bij vrouwen van 0,8% tussen de 40 en 50 jaar tot 4% rond het 80^e levensjaar. Heupfracturen, met name bij personen van 65 jaar en ouder, vormen een belangrijke indicatie voor de aanwezigheid van osteoporose. Jaarlijks treedt bij 0,6% van de personen van 65 jaar en ouder een heupfractuur op. Op diverse plaatsen in de wereld is in de laatste decennia een stijging van de incidentie van heupfracturen geconstateerd. In Nederland kan voor mannen een derde en voor vrouwen twee derde verklaard worden uit de vergrijzing van de bevolking (Duursma, 1985). Veranderingen in leefwijze (bijvoorbeeld verminderde lichaamsbeweging) zouden een belangrijke rol kunnen spelen.

Determinanten

De risicofactoren die geassocieerd zijn met afname van botmassa (osteoporose) en een vergrote kans op fracturen worden hier beschreven. Prognostische factoren zijn van invloed op het beloop van osteoporose. Hiermee wordt het verder afnemen van botmassa en opnieuw optreden van fracturen bedoeld. Tabel 2.9.1 geeft de mogelijke risicofactoren en prognostische factoren.

Tabel 2.9.1 Mogelijke determinanten van afname botmassa en vergrote kans op osteoporose

Determinant	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- erfelijke factoren (laag lichaamsgewicht, lage botdichtheid)	+	ontstaan	+
- leeftijd	+	ontstaan/beloop	+
- geslacht (♀)	+	ontstaan/beloop	+
- land van herkomst (blanke populatie)	+	ontstaan	+
- nevenpathologie (hormonale stoornis, stofwisselingsziekten, ziekten die immobilisatie veroorzaken)	+	ontstaan	+
<u>Exogene factoren</u>			
- leefstijlfactoren			
- tekort calcium, vitamine D	+	ontstaan/beloop	+
- alcoholgebruik, roken en koffie	+	ontstaan/beloop	a
- lichamelijke activiteit	-	ontstaan/beloop	+
- hormonale factoren (oestrogenen)	-	ontstaan/beloop	+

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend -= relatie afwezig

Naar de risicofactoren van osteoporose zijn veel onderzoeken gedaan (Bruin, 1995; Silman en Hochberg, 1993; Wigley, 1994). De risicofactoren bepalen slechts 30% van de variatie in botmassa. Op oudere leeftijd komt osteoporose meer voor. Veranderingen in hormonale factoren zouden hier de oorzaak van zijn. In het algemeen wordt een hoger lichaamsgewicht geassocieerd met een hogere botdichtheid van het bot. Tevens is voor blanke vrouwen de leeftijdspecifieke incidentie van heupfracturen tweemaal zo hoog als voor zwarte vrouwen.

De botopbouw en afbraak wordt geregeld door tal van hormonen. Sommige ziekten kunnen leiden tot te hoge of lage concentraties van relevante hormonen en daardoor de botstofwisseling verstoren met meestal botverlies tot gevolg.

Van de leefstijlfactoren lijkt met name een tekort aan calcium en vitamine D geassocieerd te zijn met het verminderen van de aanmaak of een verhoogde afbraak van botmassa. Ook roken, koffie en alcohol zouden mogelijk het risico kunnen verhogen op het ontstaan van osteoporose. Een tekort aan calcium of vitamine D lijkt ook een associatie te vertonen met het beloop van osteoporose.

Lichamelijke activiteit stimuleert de opbouw van het bot.

Rond het dertigste levensjaar wordt de maximale botmassa bereikt, die mede afhankelijk is van de mate van lichamelijke activiteit in de kinderjaren en adolescentie. In cross-sectionele studies wordt gevonden dat de botmassa hoger is bij actieve in vergelijking met inactieve personen (Bouchard et al, 1994). Ook kan lichamelijke activiteit postmenopauzaal de botafbraak tegengaan.

Oestrogenen zijn hormonen die de botvorming stimuleren. Het afnemen van de oestrogeenspiegel in het lichaam, onder normale omstandigheden in en na de menopauze, verhoogt de botombouw en versnelt botverlies. Oestrogenen verlagen de botombouw en voorkomen verdergaand botverlies. Het gebruik van oestrogenen verlaagt het risico op het ontstaan van osteoporose en vertraagt ook het beloop.

Beloop en gevolgen

Botontkalking resulteert pas in klachten wanneer een vervorming, of een fractuur (vaak na een ogenschijnlijk minitrauma) optreedt. Wervelinzakking kan leiden tot verkrommingen van de wervelkolom en tot rugpijn. Sommige mensen ervaren echter helemaal geen pijn. Indien een ernstige mate van inzakking van de wervels ontstaat, kan er een druk op de interne organen ontstaan, die daardoor klachten kunnen geven (Bruin, 1995). Heupfracturen, met name bij personen van 65 jaar en ouder, vormen een belangrijke aanwijzing voor de aanwezigheid van osteoporose (Bruin, 1995).

Toename van sterfte lijkt geassocieerd te zijn met een heupfractuur (Bruin, 1995; Silman en Hochberg, 1993). Uit onderzoek blijkt dat een jaar na het optreden van een heupfractuur respectievelijk 24% van de vrouwen en 33% van de mannen was overleden (Boereboom, 1990).

Naast de vergrote kans op sterfte, kunnen ten gevolge van heupfracturen veel beperkingen ontstaan. Zo kan ongeveer 50% van de mensen die voor een heupfractuur goed konden lopen, na een heupfractuur niet meer onafhankelijk lopen (Silman en Hochberg, 1993). Tevens is gevonden dat een jaar na het optreden van een heupfractuur 60% van de patiënten niet volledig hersteld was en 22% van de patiënten moest verhuizen naar een aangepaste omgeving (Boereboom, 1990).

In 1990 werden bijna 12.000 ziekenhuisopnamen met als hoofddiagnose heupfractuur geregistreerd bij personen van 65 jaar en ouder. De gemiddelde verpleegduur van patiënten met een heupfractuur is vergeleken met andere diagnoses zeer hoog, gemiddeld zo'n 30 dagen.

2.10 Fibromyalgie

Inleiding

Fibromyalgie is een chronische aandoening, gekenmerkt door gegeneraliseerde pijn in het bewegingsapparaat (Rasker et al, 1995). De etiologie van fibromyalgie is vooralsnog onbekend.

Nieuwe onderzoeken tonen aan dat fibromyalgie mogelijk samenhangt met stress-gerelateerde neuro-endocriene stoornissen (Rasker et al, 1995). Kenmerkend voor het beeld van fibromyalgie zijn pijnpunten over het gehele lichaam, vermoeidheid, slaapstoornissen, ochtendstijfheid en traag herstel van de spieren na inspanning. In 1990 ontwikkelde het American College of Rheumatology (ACR) classificatie-criteria die in Nederland echter niet door iedereen worden gevolgd.

Naast een anamnese van chronische pijn in het houdings- en bewegingsapparaat, die langer duurt dan drie maanden, is voor de diagnose fibromyalgie duidelijke drukpijnlijkheid van minimaal 11 van de 18 nauwkeurig omschreven drukpunten vereist (Blécourt en Knipping, 1995; Jacobs, 1992; Korff, 1990; Wolfe, 1990).

De chronische vermoeidheid en de slaapstoornissen duiden op een onderliggend centraal proces. In de onderzoeksliteratuur worden stoornissen beschreven in het metabolisme van serotonine, groei-hormoon en bijnierschors-hormoon. De voor inspanning benodigde extra hormonen worden mogelijk onvoldoende aangemaakt en zijn te kort beschikbaar. Er bestaat een zekere mate van overlap met andere met chronische vermoeidheidssyndromen (Rasker et al, 1995).

Prevalentie en incidentie

Epidemiologische studies ten aanzien van fibromyalgie zijn vaak verschillend van opzet en moeilijk te vergelijken. In deze studies varieert de prevalentie in de bevolking van 1-2% (Bijlsma, 1992; Blécourt en Knipping, 1995; Mäkelä, 1991; Hartz en Kirchdoerfer, 1987; Rasker et al, 1995; Silman en Hochberg, 1993). In huisartsregistraties wordt een prevalentie van ongeveer 1% gevonden (Silman en Hochberg, 1993).

Op basis van huisartsgegevens geeft het ROME-onderzoek (Miedema, 1994) een incidentie van 0,4‰. De diagnose fibromyalgie werd in dat onderzoek in de huisartspraktijken echter weinig gesteld, waardoor er sprake zou kunnen zijn van een onderschatting. Interessant is dat in de normale bevolking veel mensen aan de criteria van fibromyalgie voldoen, maar slechts een klein deel van hen zich daadwerkelijk als patiënt in het gezondheidscircuit meldt (Blécourt en Knipping, 1995).

Determinanten

Een aantal factoren lijkt geassocieerd te zijn met het ontstaan van fibromyalgie, alhoewel duidelijk bewijs ontbreekt. De diagnostiek en daarmee het onderkennen van fibromyalgie wordt belemmerd door het gebrek aan overeenstemming over de gebruikte criteria. In tabel 2.10.1 staan mogelijke determinanten beschreven.

Tabel 2.10.1 Mogelijke determinanten van fibromyalgie

Determinanten	Effect ¹	Invloed op ontstaan of beloop	Bewijslast ²
<u>Endogene factoren</u>			
- leeftijd	+	ontstaan	a
- geslacht (♀)	+	ontstaan	+
- psychische factoren (depressie en angst symptomen)	+	ontstaan/beloop	o
<u>Exogene factoren</u>			
- geografische factoren (koud en vochtig klimaat)	+	beloop	-
- leefstijlfactoren (gedoseerd bewegen en rust)	-	beloop	a
- lage sociaal-economische status	+	ontstaan	o

¹ + = risicoverhogend, - = risicoverlagend

² += relatie aanwezig, a = aanwijzing, o = onbekend -= relatie afwezig

Fibromyalgie is ook bij jonge kinderen geconstateerd. Kenmerkend zijn dan een moe gevoel in de spieren, futloosheid, buikpijn en concentratiestoornissen. Het beeld lijkt vaker voor te komen bij vrouwen en neemt bij hen ook sterk toe met de leeftijd. In de reumatologische praktijk is de verhouding man/vrouw 1:8 (Wolfe, 1990).

Er zijn geen duidelijke bewijzen voor psychopathologie als etiologische factor bij fibromyalgie. Depressieve en angst symptomen kunnen ook het gevolg zijn van de chronische (somatische) klachten (Blécourt en Knipping, 1995).

Een koud en vochtig klimaat lijken de symptomen van fibromyalgie negatief te beïnvloeden (Bijlsma, 1992). Echter in recent onderzoek van Blécourt en Knipping (1995) bestond geen direct verband tussen de weergegevens en symptomen. Door rust en gedoseerde activiteit kunnen de klachten afnemen (Bijlsma, 1992). In klinische gegevens wordt een associatie gevonden tussen een hoge sociaal economische status en fibromyalgie (Wolfe, 1992).

Gevolgen

De gevolgen van het fibromyalgiesyndroom op het dagelijkse leven zijn groot. Arbeidsongeschiktheid en sociale isolatie kunnen daarvan het gevolg zijn. Het trage herstel na inspanning wrekt zich vooral na zwaar lichamelijk werk in een koude en vochtige omgeving (Rasker et al, 1995).

Fibromyalgie-patiënten ervaren hun klachten als invaliderend en een meerderheid van de patiënten (70%) geeft aan dat de klachten verergeren in de loop van de tijd (Blécourt en Knipping, 1995). Klachten als slaapproblemen, hoofdpijn en andere lichamelijke klachten als Raynaud syndroom zijn frequent aanwezig. De fibromyalgie klachten ontstaan doorgaans geleidelijk, zonder duidelijke oorzaak of aanleiding. De duur van de klachten is gemiddeld 10 jaar (Blécourt en Knipping, 1995). De financiële consequenties zijn eveneens niet onaanzienlijk, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de maatschappij (medische kosten, arbeidsongeschiktheid e.d.). De medische consumptie van de fibromyalgie-patiënt is hoog, hoewel positieve effecten van medicatie of andere behandelmethoden niet duidelijk zijn aangetoond (Blécourt en Knipping, 1995).

2.11 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

In tabel 2.11.1 en 2.11.2 wordt een overzicht gegeven van recente gegevens over het jaarlijkse ziekteverzuim.

Tabel 2.11.1 Absolute aantallen verzuimgevallen (die tot uitkering zijn gekomen) naar diagnose en geslacht (gemiddeld over 1991 en 1992) (Bron: Diagnose-statistiek Bedrijfsverenigingen, onslagleden)

Diagnose	Mannen	Vrouwen	Totaal
Reumatoïde artritis	827	528	1.355
Osteo-artrose	2.038	805	2.842
Rug: spondylose	1.750	455	2.205
Rug: aandoeningen tussenwervelschijven	10.372	3.997	14.368
Rug: verkromming wervelkolom	176	79	255
Rug: overige aandoeningen rug	87.104	42.540	129.644
Nek: aandoeningen nek	8.518	4.706	13.224
Osteoporose	78	39	117
Overig: perifere enthesopathieën	35.051	21.638	56.688
Overig: overige aandoeningen weke delen	7.534	3.291	10.825
Overig: dérangement interne van de knie	8.343	1.800	10.142
Overig: overige gewrichtsaandoeningen	15.293	8.925	24.218
Ziekten van bewegingsorganen (inclusief niet bovengenoemde diagnoses)	197.778	106.713	304.491
Totaal (exclusief niet gezien door verzekeringsarts)	682.396	639.377	1.321.772
Totaal (inclusief niet gezien door verzekeringsarts)	2.662.705	1.813.794	4.476.498

In tabel 2.11.1 zien we het absolute aantal verzuimgevallen naar diagnose en geslacht, aangevuld met gegevens over het totaal aantal ziektegevallen tengevolge van ziekten van de bewegingsorganen en het totaal exclusief en inclusief diagnose onbekend.

Van de bijna 4,5 miljoen jaarlijkse verzuimgevallen is slechts bij ruim 1,3 miljoen de diagnose bekend omdat de verzuimende werknemer door de verzekeringsarts is gezien. Van de bekende diagnoses behoort 23% tot de diagnose-categorie ziekten van bewegingsorganen. Bij verdere opsplitsing naar diagnose valt men name het aandeel van de verzuimgevallen tengevolge van rugaandoeningen op, zowel bij mannen als bij vrouwen. Daarnaast levert de diagnose-categorie 'aandoeningen van perifere aanhechtingen van banden of spieren' (enthesopathieën) ook een relatief grote bijdrage aan het aantal verzuimgevallen. Het gaat bij deze categorie waarschijnlijk met name om schouder en elleboog problemen, die gerekend kunnen worden tot de zogenaamde RSI klachten. Het is bekend (Hagberg et al, 1995) dat deze klachten voor een groot deel werk gerelateerd zijn.

Tabel 2.11.2 geeft informatie over de gemiddelde verzuimduur naar diagnose en geslacht.

Tabel 2.11.2 Gemiddeld aantal verzuimdagen (van tot uitkering gekomen verzuimgevallen) naar diagnose en geslacht (gemiddeld over 1991 en 1992) (Bron: Diagnose-statistiek Bedrijfsverenigingen, omslagleden)

Diagnose	Mannen	Vrouwen	Totaal
Reumatoïde artritis	145	213	172
Osteo-artrose	187	236	201
Rug: spondylose	136	170	143
Rug: aandoeningen tussenwervelschijven	183	209	190
Rug: verkromming wervelkolom	95	162	115
Rug: overige aandoeningen rug	60	68	63
Nek: aandoeningen nek	75	96	82
Osteoporose	142	175	150
Overig: perifere enthesopathieën	78	102	87
Overig: overige aandoeningen weke delen	54	83	63
Overig: dérangement interne van de knie	105	120	107
Overig: overige gewrichtsaandoeningen	92	93	92
Ziekten van bewegingsorganen (inclusief niet bovengenoemde diagnoses)	153	167	158
Totaal (exclusief niet gezien door verzekeringsarts)	118	116	117
Totaal (inclusief niet gezien door verzekeringsarts)	23	29	25

Ten opzichte van alle verzuimgevallen, inclusief de verzuimgevallen die vanwege de geringe ernst niet door de verzekeringsarts zijn gezien, is de gemiddelde verzuimduur van verzuimgevallen die wel door de verzekeringsarts gezien zijn bijna vijf maal zo lang (25 ten opzichte van 117 dagen). Verzuimgevallen ten gevolge van ziekten van bewegingsorganen leiden gemiddeld tot een nog langere duur, namelijk 158 dagen. Verder uitgesplitst naar diagnose vallen vooral de diagnoses osteo-artrose, aandoeningen tussenwervelschijven, reumatoïde artritis en osteoporose op door de zeer lange gemiddelde duur. Verder zien we in tabel 3.4 dat de gemiddelde verzuimduur bij vrouwen bij alle diagnoses van het bewegingsapparaat langer is dan bij mannen.

In tabel 2.11.3 en tabel 2.11.4 wordt een overzicht gegeven van recente gegevens over het absolute aantal en relatieve aantal arbeidsongeschikten door klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, ingedeeld naar diagnose categorie.

Tabel 2.11.3 Absolute aantal WAO/AAW-uitkeringsgerechtigden naar diagnose en geslacht ultimo 1993
(Bron: ongepubliceerde gegevens SVr, 1993)

Diagnose	Mannen	Vrouwen	Totaal
Reumatoïde artritis	2.761	3.698	6.459
Osteo-artrose	10.474	5.503	15.977
Rug: spondylose	6.210	2.550	8.760
Rug: aandoeningen tussenwervelschijven	44.013	16.532	60.545
Rug: verkromming wervelkolom	488	390	878
Rug: overige aandoeningen rug	39.579	17.725	57.304
Nek: aandoeningen nek	5.922	3.521	9.443
Osteoporose	436	350	786
Overig: perifere enthesopathieën	14.400	11.248	25.648
Overig: overige aandoeningen weke delen	3.166	2.266	5.432
Overig: dérangement interne van de knie	4.896	1.497	6.393
Overig: overige gewrichtsaandoeningen	10.666	5.717	16.383
Ziekten van de bewegingsorganen	203.876	101.672	305.548
Totaal	599.994	320.970	920.964

Tabel 2.11.4 Aantal WAO/AAW uitkeringsgerechtigden per 10.000 verzekerden ultimo 1993 naar geslacht en diagnose

Diagnose	Mannen	Vrouwen	Totaal
Reumatoïde artritis	1	2	1
Osteo-artrose	24	18	21
Rug: spondylose	14	8	12
Rug: aandoeningen tussenwervelschijven	100	53	80
Rug: verkromming wervelkolom	1	1	1
Rug: overige aandoeningen rug	90	57	76
Nek: overige aandoeningen nek	13	11	13
Osteoporose	1	1	1
Overig: perifere enthesopathieën	33	36	34
Overig: overige aandoeningen weke delen	7	7	7
Overig: dérangement interne van de knie	11	5	8
Overig: overige gewrichtsaandoeningen	24	18	22
Ziekten van de bewegingsorganen	462	326	405
Totaal	1360	1030	1220

Uit tabel 2.11.3 blijkt dat een derde van alle arbeidsongeschikten in Nederland een aandoening van het bewegingsapparaat heeft. Veel voorkomende diagnose-categorieën zijn aandoeningen van de tussenwervelschijven, overige aandoeningen van de rug en aandoeningen van perifere aanhechtingen van banden of spieren. Ruim één op de tien arbeidsongeschikten heeft een rugaandoening!

In tabel 2.11.4 is het aantal arbeidsongeschikten per 10.000 verzekerden weergegeven, ook weer naar diagnose en geslacht. Hieruit blijkt dat de meeste ongeschiktheid wegens bewegingsapparaat diagnoses meer bij mannen dan bij vrouwen voorkomt, behalve de diagnose reumatoïde artritis en perifere enthesopathieën.

Indien naar de kosten van verzuim voor rugklachten wordt gekeken, kan grofweg worden gesteld dat het grootste deel van de kosten (60%) wordt veroorzaakt door slechts 10% van de verzuimers, namelijk degenen die langer dan 6 weken verzuimen (Maljers, 1994). Ongeveer 80% tot 90% van de werknemers met rugklachten zijn binnen een maand tot 6 weken hersteld en weer aan het werk (Maljers, 1994; Spitzer et al, 1987). Aandacht verdient ook de groep die frequent verzuimd vanwege klachten van de rug (Rossignol et al, 1992).

Indien preventieve activiteiten worden gericht op preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid moet worden aangesloten bij de belangrijkste determinanten van verzuim en arbeidsongeschiktheid. De determinanten van de ziekte of aandoening die ten grondslag liggen aan het verzuim zijn dan uiteraard van belang, maar naast de ziekte spelen wordt de duur van het verzuim door verschillende andere factoren bepaald, zoals de sociaal medische begeleiding, de aard van het werk, de sociale steun, de behandeling etc. Er zijn vrijwel geen studies gepubliceerd die specifiek ingaan op de determinanten van verzuim vanwege klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. In Canada is een grootschalige prospectieve studie opgezet om deze vraagstelling te onderzoeken. De resultaten zijn nog niet bekend (Hogg-Johnson, 1995).

2.12 Beperkingen in mobiliteit ten gevolge van aandoeningen van het bewegingsapparaat

Inleiding

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van het vóórkomen van beperkingen in mobiliteit. Hieraan kunnen de geselecteerde aandoeningen van het (houdings)- en bewegingsapparaat ten grondslag liggen, maar ook niet geselecteerde aandoeningen met vergelijkbare gevolgen voor mobiliteit. Aan de hand van de internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (ICIDH, 1980) wordt een indeling gemaakt van gevolgen van aandoeningen van het bewegingsapparaat. De ICIDH is een classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps, waarmee de gevolgen van aandoeningen op een consistente manier kunnen worden ingedeeld. Een *stoornis* is iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie. Onder een *beperking* wordt iedere vermindering of afwezigheid van de mogelijkheid tot normale activiteit verstaan. Beperkingen duiden op problemen bij het uitvoeren van individuele activiteiten zoals communicatie, persoonlijke verzorging, voortbewegen, lichaamsbeheersing en vaardigheden. Een *handicap* is een nadelige positie van een persoon, als gevolg van een beperking of stoornis, die de normale rolvervulling van de betrokkene inperkt of verhindert. In deze paragraaf wordt een beschrijving van beperkingen in de Nederlandse populatie gegeven.

Prevalentie van lichamelijke beperkingen

Over de (relatieve) mate(n) waarin een bepaalde aandoening van het bewegingsapparaat tot beperkingen leidt, ten opzichte van andere aandoeningen, zijn vrijwel geen gegevens voorhanden. Vrijwel alle aandoeningen van het bewegingsapparaat veroorzaken beperkingen in functionele capaciteit, echter de ene aandoening in ergere mate en/of gemiddeld vaker dan de andere (bij een zelfde aantal gevallen per aandoening).

Gegevens over het voorkomen van lichamelijke beperkingen in Nederland zijn voorhanden in de continue gezondheidsenquête (1986-1988) van het Centraal Bureau Statistiek (CBS) en het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO). Op basis van een steekproef van 24.783 personen uit de niet-geinstitutionaliseerde Nederlandse bevolking van 5 jaar en ouder zijn de 'ernst-niveaus' van beperkingen in kaart gebracht. Er worden vier niveaus onderscheiden: zeer ernstig, ernstig, minder ernstig en licht. De beperkingen zijn in 10 categorieën ingedeeld (lopen, gaan zitten/staan, zitten/staan, gebruik maken van armen/handen, zien, horen, spreken, uithoudingsvermogen en incontinentie). Van deze categorieën zijn de omvang, ernst, duur, aanvang en oorzaak geregistreerd.

Tabel 2.12.1 geeft inzicht in het voorkomen van lichamelijke beperkingen in mobiliteit ten gevolge van stoornissen gelocaliseerd in de benen, voeten, heupen of rug danwel in armen of handen.

Tabel 2.12.1 Personen met beperkingen en voorspelde aantal personen in de populatie naar type en ernst (CBS 1986-1988)

Beperking	% personen met beperking (n=24.783)	voorspelde aantal in de populatie (x1000)
<u>Beperking in lopen als gevolg van stoornis benen, voeten, heupen, rug</u>		
zeer ernstig	0,6	80
ernstig	2,1	285
minder ernstig	2,5	331
licht	5,2	696
<u>Beperking in gaan zitten/opstaan als gevolg van stoornis benen, voeten, heupen, rug</u>		
zeer ernstig	0,5	70
ernstig	1,0	134
(minder ernstig is niet geregistreerd)		
licht	5,7	766
<u>Beperking in zitten/staan als gevolg van stoornis benen, voeten, heupen, rug</u>		
zeer ernstig		
ernstig	0,2	27
minder ernstig	2,9	394
licht	7,3	978
	3,1	416
<u>Beperking in arm- of handgebruik</u>		
zeer ernstig	0,3	40
ernstig	1,5	200
minder ernstig	0,5	73
licht	3,6	481

In deze tabel worden het percentage en aantal personen met beperkingen in lopen, gaan zitten/staan, zitten/staan en het gebruik maken van de armen/handen beschreven. Af te lezen is dat ten gevolge van een stoornis aan benen, voeten, heupen of rug bijna 1,4 miljoen personen lichte tot zeer ernstige loopbeperkingen heeft.

Circa 80.000 mensen zowel binnens- als buitenshuis niet in staat te lopen. Bij bijna 1 miljoen mensen hebben de genoemde stoornissen een lichte tot zeer ernstige beperking in gaan zitten/opstaan tot gevolg. Een lichte tot zeer ernstige beperking in zitten/staan is aanwezig bij ruim 1,8 miljoen personen. Bijna 800.000 personen hebben een lichte tot zeer ernstige beperking in de hand- of arm-functie. Hiervan kunnen circa 40.000 personen met geen van beide handen een voorwerp optillen of beetpakken.

Uit de gezondheidsenquête blijkt dat in totaal 4,1% van de bevolking (één of meer) zeer ernstige lichamelijke beperking(en) heeft en 7,4% (één of meer) ernstige beperking(en). Eén (of meer) minder ernstige beperkingen komen voor bij 9,2% van de bevolking en (één of meer) lichte beperking(en) bij 14,2%. In totaal ondervindt dus bijna 35% van de bevolking in lichte tot zeer ernstige mate beperkingen ten aanzien van één of meer functies.

Een recente inventarisatie van gegevens uit eerstelijns registraties (fysiotherapie) geeft een indruk van het aantal beperkingen (Ravensberg et al, 1995). Het doel van dit onderzoek was de variabelen die met het aantal behandelingen fysiotherapie samenhangen vast te stellen. Bij 971 patiënten zijn op basis van een twee maanden durende registratie gegevens over beperkingen vastgelegd. Hierbij zijn onder andere beperkingen in senso-motorische vaardigheden (lichaamshouding, elementaire bewegingen) en in het zich verplaatsen, de persoonlijke verzorging en huishoudelijke bezigheden geïnventariseerd. De resultaten van dit onderzoek geven aan dat circa 14% van de patiënten, die de fysiotherapeut bezoeken, beperkingen heeft in het uitvoeren van senso-motorische vaardigheden en dat 30% patiënten beperkingen ondervindt bij het zich verplaatsen. Daarnaast ondervindt 15% van de patiënten een beperking in de persoonlijke verzorging en ruim 46% in het uitvoeren van huishoudelijke werk. Het percentage van voorkomen van een beperkingen in deze populatie is natuurlijk groter dan in de CBS-gezondheidsenquête, omdat het hier patiënten betreft die al naar de fysiotherapeut zijn verwezen. Uit het ROME-onderzoek (Miedema, 1994) bleek dat 35% van de patiënten met een nieuwe episode van klachten van het bewegingsapparaat in een follow-up periode van 4 jaar één of meer keren naar een fysiotherapeut zijn verwezen.

Uit het ROME-onderzoek bleek voorts dat ruim 40% van de patiënten met klachten van het bewegingsapparaat hulp nodig heeft bij de persoonlijke verzorging of huishouden. Vier jaar na het ontstaan van klachten ondervindt een derde van de patiënten nog steeds lichamelijke beperkingen.

Determinanten van beperkingen

Leeftijd is een belangrijke determinant voor het voorkomen van beperkingen. Voor alle gradaties van beperkingen wordt een toename van beperkingen met de leeftijd gevonden, waarbij een grotere toename bestaat vanaf het vijftigste levensjaar (Patterson, 1995).

Zeer ernstige beperkingen worden bij 1% van de jongste leeftijdscategorie gevonden; dit percentage loopt op tot 43% voor de leeftijdscategorie van 85 jaar en ouder.

De oorzaken van beperkingen kunnen in vier categorieën worden ingedeeld: aangeboren, ziekte of ouderdom, ongeval (op het werk, thuis, sport, of verkeer) of onbekend. Beperkingen in mobiliteit worden voor 60% tot 80% veroorzaakt door ziekte of ouderdom (CBS, 1988). Als oorzaak van beperkingen in arm- of handfunctie wordt relatief vaak een ongeval gevonden (21%). Een beperking in lopen, gaan staan/zitten en staan/zitten wordt in 16% tot 18% van de gevallen veroorzaakt door een ongeluk. Beperkingen in mobiliteit worden bij 10% van de patiënten veroorzaakt door aangeboren afwijkingen.

De meeste beperkingen komen bij vrouwen meer voor dan bij mannen, ook na correctie voor leeftijdsverschillen. Wat betreft sociale factoren worden relaties gevonden met burgerlijke staat en sociaal economische klasse. Bij gescheiden personen komen relatief veel beperkingen voor. Personen die via een ziekenfonds verzekerd zijn, hebben relatief meer beperkingen dan particulier verzekerden (CBS, 1988; Ravensberg et al, 1995). Groepen met lagere sociaal economische status ondervinden meer beperkingen dan groepen met hogere sociaal economische status.

De aanvang van een beperking varieert voor de verschillende categorieën. De gemiddelde leeftijd van het ontstaan van 7 van de 10 categorieën van beperkingen ligt rond de 45 jaar. De duur van beperkingen in mobiliteit is voor gemiddeld 50% van de onderzochte populatie langer dan 10 jaar. Een uitzondering wordt gevonden voor een beperking in het gebruik van armen en handen, waarbij de duur van de beperking gemiddeld genomen niet langer dan 10 jaar is. Verder blijken ernstige beperkingen en beperkingen die op oudere leeftijd ontstaan van langere duur zijn.

2.13 Conclusies

2.13.1 Prevalentie, incidentie en beloop

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat komen zeer veel voor en vormen daarmee één van de grootste gezondheidsproblemen. In tabel 2.13 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 2.13 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	$\pm 10^1$	5	1-2	1
Rugklachten/-aandoeningen	$\pm 50^2$	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 aspecifieke 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 aspecifieke 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 aspecifieke 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 fractures 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.

2.13.2 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 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 ziekte-verzuim en arbeidsongeschiktheid is ook het soort werk van invloed. Iemand met rugklachten kan vaak nog wel administratief werk uitvoeren, maar geen zware fysieke arbeid. De invloed van klinische, psychosociale en werkgebonden factoren op verzuim en arbeidsongeschiktheid is nog onduidelijk.

3. MOGELIJKHEDEN VOOR PREVENTIE

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden op basis van de determinanten, die besproken zijn in hoofdstuk 2, de mogelijke aangrijpingspunten voor preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat beschreven. Het doel van preventie is een gezondheidswinst en/of economische winst te behalen, door ofwel aandoeningen te voorkómen ofwel het beloop (duur en ernst) van de aandoeningen in gunstige zin te beïnvloeden en beperkingen, handicaps, verzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkómen. In dit hoofdstuk worden verschillende preventieve activiteiten besproken en wordt globaal ingegaan op de effectiviteit van deze activiteiten in het voorkómen van klachten of aandoeningen van het bewegingsapparaat en/of de gevolgen daarvan.

Preventieve activiteiten kunnen worden onderverdeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Allereerst zullen de primaire preventieve activiteiten worden gepresenteerd die aansluiten bij de determinanten die zijn besproken in hoofdstuk 2. Er zijn slechts enkele mogelijkheden voor secundaire preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Deze mogelijkheden worden kort besproken. De mogelijkheden voor tertiaire preventie kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën. Allereerst zijn dat preventieve activiteiten, die voor groepen patiënten van belang zijn en die specifiek gericht zijn op beïnvloeding van het beloop, waaronder ook wordt verstaan het gunstig beïnvloeden van beperkingen, verzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarnaast zijn er verschillende activiteiten mogelijk gericht op verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Deze activiteiten zijn in principe voor alle klachten en aandoeningen van belang en zijn er op gericht mensen met klachten of aandoeningen van het bewegingsapparaat zo spoedig mogelijk de meest adequate behandeling of zorg te bieden. Dit kan zijn behandeling binnen de curatieve zorg of de bedrijfsgezondheidszorg. Zorg gericht op behoud van werk en een zo snel mogelijke en optimale terugkeer naar werk is onderdeel van reïntegratie.

In het kader van dit project is de aandacht gericht op activiteiten, die voor groepen personen van belang zijn. Individuele behandelingen vallen buiten het kader van dit project. Soms is het onderscheid hiertussen moeilijk, indien een bepaalde activiteit zowel een groepsgerichte ingang heeft als een individuele (bijvoorbeeld rugscholing). In dat geval is de activiteit wel in de verkenning betrokken. Interventies, waarvan patiënten op individuele basis gebruik maken, vallen buiten het kader van dit onderzoek, ongeacht of de interventie in groepsverband of individueel wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld kuuroord, hydrotherapie, groepsoefentherapie).

In de beschrijving van de mogelijkheden voor preventie wordt globaal ingegaan op de effectiviteit van verschillende preventieve mogelijkheden. Een grondige literatuurstudie van de effectiviteit van alle mogelijke preventieve activiteiten valt buiten het kader van dit project. Uitspraken over effectiviteit zijn gebaseerd op overzichtsstudies. Gegevens over effectiviteit zijn echter veelal ook niet bekend. Tertiaire preventie activiteiten, zoals het verbeteren van de kwaliteit, toegankelijkheid of beschikbaarheid van zorg leveren voor de patiënt een directe verbetering op. Of deze verbetering ook tot een gezondheidswinst of economische winst leidt, is vaak niet bekend. Goede kosten-baten analyses missen op dit terrein.

Dit hoofdstuk vangt aan met een bespreking van de mogelijke preventieve activiteiten gebaseerd op de belangrijkste determinanten. Hierbij worden eerst de mogelijkheden voor primaire preventie besproken (3.2), vervolgens de mogelijkheden voor secundaire preventie (3.3) en tenslotte die voor tertiaire preventie (3.4). Bij de laatste categorie is onderscheid gemaakt in preventie gericht op beperking van de gevolgen van de klachten en aandoeningen (3.4.1) en preventie gericht op verbetering van kwaliteit van zorg (3.4.2) en reïntegratie (3.4.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf met een overzicht van de mogelijkheden voor preventie en conclusies ten aanzien van de effectiviteit.

3.2 Primaire preventie

3.2.1 Voorlichting

In deze paragraaf worden enkele voorlichtingsactiviteiten beschreven, waarmee een bijdrage kan worden geleverd aan primaire preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Achtereenvolgens komen kort aan de orde de determinant waarop de voorlichting is gericht, de aandoening die de activiteit poogt te voorkomen, de doelgroep die het meest in aanmerking komt en globaal het effect dat van de activiteit zou kunnen worden verwacht.

Voorlichting over voeding: calcium, vitamine D, allergieën, overgewicht

Een tekort aan calcium en/of vitamine D zijn risicofactoren voor het ontstaan van osteoporose of het optreden van (herhaalde) fractures bij osteoporose. Preventie richt zich op (groeps)voorlichting over voeding (calcium en vitamine D) aan jongeren, ouderen en patiënten.

In voorlichting over voeding kan ook aandacht worden besteed aan het feit dat overgewicht een risicofactor is voor het ontstaan van artrose, en mede om die reden bijdraagt aan het verhogen van gezondheidsrisico's. Voorlichting kan leiden tot bewustwording van het probleem, en kan een beperkte bijdrage leveren aan gedragsverandering.

Voorlichting over houding en beweging / fysieke belasting

Het stimuleren van bewegingsactiviteiten zou door middel van voorlichting plaats kunnen vinden. Gezondheidsvoorlichting op scholen richt zich in het algemeen op gezond gedrag (waaronder voeding, lichamelijke activiteit, alcohol en roken). Voor gezondheidsvoorlichting op scholen zijn de effecten van alcohol-, drugsvoorlichting, voedingsvoorlichting en seksuele voorlichting onderzocht (Damoiseaux, 1993). Deze effecten liggen dan voornamelijk op het gebied van kennisvermeerdering en attitudeverandering en in mindere mate op het gebied van het gewenste gezondheidsgedrag.

Sinds 1993 is het vak verzorging in de basisvorming van het voortgezette onderwijs verplicht gesteld. In dit vak is in de vorm van leerdoelen aandacht voor onder andere gezond gedrag gericht op voeding en bewegen. De implementatie van dit vak op scholen is recent geëvalueerd (Doornekamp, 1995). Hierbij bleek, dat de voorwaarden voor materialen en deskundigheid nog maar beperkt aanwezig zijn. Naar de effecten van dit vak op het gebied van kennis, attitude en gezondheidsgedrag is (nog) geen onderzoek gedaan.

Door Aalst (1993) is een inventarisatie verricht ten aanzien van voorlichtingsmateriaal gericht op roken en lichamelijke activiteit. Het doel van deze studie was te onderzoeken of de inhoud van het voorlichtingsmateriaal op het gebied van primaire preventie van chronische ziekten parallel loopt met de nieuwste epidemiologische inzichten. Het gevonden voorlichtingsmateriaal was met name gericht op hart- en vaatziekten, kanker, osteoporose, ouderen, en de determinanten overgewicht en gezonde leefwijze. Geconcludeerd werd, dat in het voorlichtingsmateriaal onvoldoende naar voren komt dat inactiviteit een risicofactor voor osteoporose is. Ook wordt in het voorlichtingsmateriaal slechts beperkt aandacht aan het effect van gematigde inspanning besteed. Er zou meer aandacht besteed kunnen worden aan het belang van regelmatig bewegen op oudere leeftijd. Er zijn weinig brochures en folders met als onderwerp lichamelijke activiteit speciaal gericht op jongeren.

De risico's als gevolg van (te zware) mechanische belasting kunnen via voorlichting over ergonomische maatregelen in thuissituaties en voorlichting over tilhoudingen en 'goed houdingsgedrag' worden verminderd (Cruijff-Arts, 1978 en 1981; Wigley, 1994). Deze voorlichting kan in het onderwijs (basis-, voortgezet- en beroepsonderwijs) worden gegeven. Met name de beroepsopleidingen bieden goede mogelijkheden om toekomstige werknemers te onderrichten over risico's van fysieke belasting op het werk en mogelijke oplossingen.

Evaluatie-onderzoek naar de effectiviteit van uitsluitend schriftelijke en mondelinge werkinstructies is er nauwelijks. Eén gecontroleerde studie (Dehlin et al, 1981) is beschikbaar; zij vonden nauwelijks resultaat van voorlichting alleen, terwijl in een 'trainingsgroep' wel resultaat behaald werd.

3.2.2 Reductie van overgewicht

Overgewicht wordt gezien als een risicofactor voor knie- en handartrose. Er zijn vele methoden om gewicht te verminderen. De effectiviteit, duur, wetenschappelijke basis, schadelijkheid voor de gezondheid en kosten kunnen sterk variëren (Berns, 1995). Eén van de grootste problemen bij de behandeling van overgewicht is niet zozeer het bereiken van gewichtsvermindering maar het handhaven van het lichaamsgewicht na gewichtsvermindering. De meest voorkomende methoden zijn: dieet, voedingssupplementen, lichaamsbeweging, gedragstherapie, medicijnen, chirurgische behandeling en afslankcursussen. De resultaten van behandeling van overgewicht op lange termijn zijn teleurstellend (Berns, 1995). De meeste personen hebben binnen 3-5 jaar hun oude gewicht weer bereikt. Een multidisciplinaire aanpak bestaande uit een dieet, lichaamsbeweging en begeleiding levert het meeste effect op voor de behandeling van overgewicht.

3.2.3 Suppletie van calcium / vitamine D / oestrogenen

Er zijn aanwijzingen dat hormonale factoren zijn geassocieerd met het ontstaan en beloop van RA (anti-conceptie pil) en artrose (oestrogenen). Een causaal verband is echter vooralsnog niet overtuigend aangetoond. Gezien deze onduidelijke relatie en de neveneffecten van het gebruik van hormonen ontbreekt een basis voor preventieve activiteiten.

Hormonale factoren houden wel duidelijk verband met het ontstaan van osteoporose. Een tekort aan oestrogenen (met name na de menopauze) is een risicofactor voor het ontstaan van osteoporose. Preventie kan bijvoorbeeld plaatsvinden door het voorschrijven van oestrogenen na de menopauze. Het voorschrijven van oestrogenen staat echter ter discussie. Hiervoor zijn een viertal redenen aan te geven. Ten eerste is het niet duidelijk hoe lang een oestrogeensubstitutie moet worden toegediend om effect te hebben. Daarnaast is het de vraag of mensen jarenlang een hormoonsubstitutie volhouden (therapietrouw). Ook bestaat er een verhoogde kans op bijwerkingen als borst-, endometriumkanker en coronaire hartziekten. Tenslotte is er discussie over de bijdrage, die oestrogeensuppletie kan leveren aan de botdichtheid, die uiteindelijk wordt bereikt. De botaanmaak tijdens de groei is al van belang voor de te bereiken botdichtheid op latere leeftijd.

De botaanmaak tot het dertigste levensjaar en de piekmasa van het bot, die rond die tijd wordt bereikt, bepaalt dus mede de mate van botontkalking op latere leeftijd. In hoeverre dit door oestrogeensuppletie kan worden hersteld is nog onduidelijk.

3.2.4 Bewegings- en fitness-programma's

Bewegings- en fitness-programma's kunnen verschillende doelen hebben, namelijk het verbeteren van de algemene (aerobe) conditie van individuen of het verbeteren van spierkracht en lenigheid of beide. Zowel het verbeteren van het uithoudingsvermogen als van spierkracht en lenigheid wordt door deskundigen in het algemeen belangrijk geacht om het risico op klachten van het bewegingsapparaat te verminderen. Op zich is het plausibel te veronderstellen dat een fit individu beter geprepareerd is om fysieke belasting te ondergaan dan een minder fit individu. Toch zijn de beschikbare gegevens hierover schaars en niet eenduidig. Overigens is de bewijsvoering voor gunstige effecten van lichamelijke activiteit op de gezondheid en de kwaliteit van het leven *in het algemeen* veel sterker; met name worden gunstige effecten op een aantal chronische ziekten (hart-vaat-ziekten, diabetes, osteoporose, hypertensie, depressiviteit en beroerte) en bepaalde vormen van kanker genoemd. Een voordeel van stimulering van lichamelijke activiteit is, dat dit een niet-medicaliserende vorm van preventie is (Bijnen, 1991). Gezien de aanwijzingen en de plausibiliteit van het bestaan van een relatie lijkt het zinvol preventieve activiteiten gericht op stimuleren van bewegen met als doel preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat te ontwikkelen in aansluiting bij bestaande initiatieven. Programma's gericht op stimuleren van bewegen en voorkomen van inactiviteit en/of programma's gericht op lenigheid en spierversterking kunnen worden gericht op de algemene bevolking maar ook op de beroepsbevolking (bedrijfsfitness).

Algemene bevolking

Bij ouderen kunnen bewegingsprogramma's, die rekening houden met de ouderdomsmotoriek, zoals Sport voor Ouderen en Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) een rol spelen in de preventie van osteoporose en het optreden van beperkingen in mobiliteit. Wulp en Huijing (1981) hebben een literatuuronderzoek verricht naar de effecten van bewegingsprogramma's bij ouderen op medisch-biologische variabelen. Voor afzonderlijke variabelen als gewicht, kracht, mobiliteit, aeroob vermogen, persoonlijkheidskenmerken, motivatie, angst en algemeen welzijn worden positieve effecten gevonden. Of deze effecten ook de capaciteit van ouderen vergroot om zelfstandig te functioneren behoeft nader onderzoek. Op basis van dit onderzoek kunnen de resultaten echter niet gegeneraliseerd worden, omdat de doelgroep select en niet representatief was.

De effecten van een leefstijlprogramma voor ouderen ('Goed Oud Worden') met bewegingsactiviteiten als onderdeel, zijn door TNO in een pilotstudie onderzocht. Er zijn aanwijzingen dat de cursus effecten op fysiologische variabelen (gewicht, bloeddruk, glucose-gehalte) heeft gehad, maar niet op zelfgerapporteerde kennis van gezondheid (Hell en Hopman, 1995).

Lichamelijke activiteit bij jeugdigen is een onderwerp van toenemende aandacht. De hoeveelheid en soort lichamelijke activiteit tijdens de jeugd die effect heeft op de gezondheidssituatie is gedeels onbekend (Riddoch, 1995). Daarnaast bestaat nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor een duidelijk uitspraak over de mogelijke middellange termijn effecten van lichamelijke inactiviteit bij jongeren op gezondheid (Rowland, 1994). Ondanks de beperkte hoeveelheid wetenschappelijke studies op dit gebied zijn er wel enige aanwijzingen dat fysieke fitheid in de vorm van vergroting van de spierkracht en de spiertonus bij kinderen positieve effecten kan hebben op het voorkómen van latere arbeidsgebonden aandoeningen aan het bewegingsapparaat en chronische rugklachten (Rowland, 1994).

Op jonge leeftijd kan inactiviteit een belemmering zijn voor een goede motorische ontwikkeling. Het aantal uren lichamelijke opvoeding in het basisonderwijs is in het afgelopen decennium teruggelopen. Het is moeilijk te zeggen of dit leidt tot meer kinderen met een motorische achterstand. Feit is wel dat bijna 15% van kinderen van 10-15 jaar per week slechts 0-3 uur lichaamsbeweging (reguliere en niet-reguliere sportbeoefening en fietsen naar/van school) krijgt en bijna 40% slechts 4-7 uur (Spee-van der Wekke, 1995). In sommige steden lopen experimenten met het opsporen van kinderen met een achterstand op motorisch gebied, hetgeen vervolgens in een speciaal programma wordt aangepakt. Recent is het programma 'de klas beweegt' ontwikkeld, gericht op het aanbieden van in- en ontspannende bezigheden en het aandacht geven aan houding, beweging en ontspanning.

Beroepsbevolking

Het is plausibel dat bij fysiek belastend werk niet zozeer de externe fysieke belasting het risico op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat verhoogt maar dat met name een ongunstige verhouding tussen individuele spierkracht en de in het werk benodigde spierkracht voorspellend is voor het ontstaan van klachten. Dit zou de grondslag kunnen zijn voor een positief effect van verhoging van spierkracht en lenigheid op het ontstaan van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Spierkracht en lenigheid op zich zijn niet predictief voor het ontstaan van deze klachten. Wel zijn er enkele aanwijzingen dat met name een inactieve levensstijl (vrijwel geen beweging) leidt tot een verhoogd risico op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Uitgaande van een dergelijk positief effect kan stimulering van fysieke activiteiten in vrije tijd die leiden tot een betere conditie één van de preventieve middelen zijn om werkgebonden aandoeningen van het bewegingsapparaat te voorkomen. Genaidy et al (1992) komen in een review-studie naar de effecten van conditieverbetering tot de conclusie dat de trainingen een preventieve werking kunnen hebben bij werk met een accent op het hanteren van zware lasten. In een aantal studies treffen zij positieve effecten aan van fitnessstrainingen op de spiersterkte, het uithoudingsvermogen en de lenigheid. Osterholz (1993) komt tot soortelijke bevindingen. In enkele andere studies is echter geen verbetering door training gevonden. Verklaringen hiervoor zijn volgens Genaidy et al (1992) een te lage frequentie van oefenen, geen oefening van houdingen en -bewegingen zoals die in het werk voorkomen en een te lage intensiteit van oefeningen in vergelijking met de werkhoudingen en -bewegingen. Recente reviews met betrekking tot gerandomiseerde trials en epidemiologische studies aangaande aerobe oefeningen als middel om rug- en buikspieren te versterken en conditie te verbeteren wijzen weliswaar op een positief effect op de rugmorbiditeit, maar de bewijsvoering is nog zwak (Lahad et al, 1994; Koes et al, 1991).

Een recent review van 39 studies betreffende de relatie tussen fysieke activiteiten van werknemers in hun vrije tijd en aandoeningen van het bewegingsapparaat (Hildebrandt et al, 1995) laat zien dat de beschikbare studies tegenstrijdige resultaten geven. Toch indiceren de zes beschikbare longitudinale studies dat een fysiek actieve leefstijl het risico op aandoeningen van het bewegingsapparaat in beperkte mate kan verminderen. Uit een review van vier verschillende interventiemethodieken voor de preventie van lage rugklachten (oefeningen, voorlichting, mechanische ondersteuningsmiddelen en risicofactor-modificatie) concluderen Lahad et al (1994) dat de aanbeveling om te oefenen ter preventie van lage rugklachten bij gezonde personen beperkt te onderbouwen is, maar dat de onderbouwing onvoldoende is om de andere interventiemethoden aan te bevelen. Men pleit echter voor voorzichtigheid in de conclusies gezien de beperktheid van de beschikbare studies.

Een recent review van gecontroleerde studies van bedrijfsfitnessprogramma's wijst erop dat met deze programma's gezondheidkundige (niet specifiek gericht op het bewegingsapparaat) en bedrijfsmatige effecten haalbaar zijn (Van Meurs, 1995). Methodologische tekortkomingen maken het trekken van harde conclusies echter vooralsnog onmogelijk.

Het effect van een bedrijfsfitness programma hangt uiteraard ook mede af van een succesvolle implementatie van het programma. Hieronder wordt daarom kort een overzicht gegeven van de factoren die hiervoor van belang zijn. Aangezien er geen overzicht is van bevorderende en belemmerende factoren specifiek over bedrijfsfitness zijn deze gegevens ontleend aan vergelijkbare programma's. Voor het welslagen van algemene bedrijfsgezondheidsprogramma's worden door Maes et al (1992) en voor gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk door Gründemann en Lourijzen (1991) overzichten gegeven.

Als belangrijkste bevorderende factoren voor het slagen van een programma worden genoemd:

- onvoorwaardelijke steun vanuit de top
- structureel beschikbaar stellen van tijd en financiële middelen en opzetten goede organisatie-structuur
- inbedden in integrale aanpak van meerdere arborisico's en meerdere soorten maatregelen
- fasering met haalbare en zichtbare doelen per stap
- laagdrempelig
- voldoende variatie; intrinsiek motiverend
- flexibel bij gewijzigde omstandigheden

De belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor deelname van *individueen* zijn:

- identificatie van de groep met verhoogd risico (vooronderzoek)
- ondersteuning van directe leiding
- hogere functies nemen vaker deel (i.v.m. flexibiliteit in de functie)
- vrouwen of rokers nemen minder vaak deel aan fitnessprogramma's
- actieve rol werknemers
- de behoeften van werknemers moeten regelmatig gepeild worden

De belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor deelname van *bedrijven* zijn:

- goede economische situatie bedrijf
- grote ondernemingen hebben vaker dergelijke programma's
- goede ervaringen met eerdere programma's
- goede relatie werkgevers-werknemers

Van het grootste belang is het bevorderen van de deelname (Glasgow, 1993). Meestal is de deelname van werknemers aan welzijnsprogramma's laag en over het algemeen ook selectief, de gemiddelden liggen tussen 20% en 30% van de bedrijfspopulatie (Lourijsen en Hildebrandt, 1995). Uit bovenstaande blijkt dat er nog veel onduidelijkheden bestaan over het effect van bedrijfsfitness programma's voor preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat bestaan maar dat voorzover effecten geëvalueerd zijn, gunstige effecten op de gezondheid als ook op het bedrijfsrendement (produktiviteit, ziekteverzuim, verloop, motivatie en bijvoorbeeld bedrijfsimago) mogelijk lijken.

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

Het risico op het ontstaan en verergeren van klachten en aandoeningen van rug, nek, schouder en arm wordt verhoogd door verschillende vormen van fysieke belasting. De belangrijkste factoren zijn: hoog frequent of zwaar tillen, statische belasting door niet neutrale houding van romp, hoofd en arm, repeterend handelen met hoge frequentie en eventueel krachtoefening, werken met de handen boven schouder hoogte en blootstelling aan lichaamstrillingen en schokken. Veelvuldig tillen en blootstelling aan lichaamstrillingen blijken tevens risicofactoren te zijn voor het ontstaan van artrose. Door ergonomisch ontwerpen van werkplekken kunnen dergelijke risico's worden voorkomen. Ook bestaande werkplekken, machines en gereedschap kunnen zo worden aangepast dat de risico's door fysieke belasting worden verminderd.

Psychosociale factoren in het werk, zoals een hoge werkdruk, weinig controle mogelijkheden en weinig sociale ondersteuning door leiding en collega's, kunnen ook bijdragen aan het ontstaan en verergeren van werkgebonden rug-, nek-, schouder- en armklachten en aandoeningen. Ook deze factoren in het werk kunnen worden beïnvloed door veranderingen in werkplek en werkorganisatie. Uiteraard zijn er vele oplossingen mogelijk. De meest duurzame maatregelen in arbeidssituaties zijn die welke structureel ontworpen of georganiseerd zijn en waarbij zowel technische als organisatorische aspecten zijn betrokken. Het technisch (her)ontwerp van werkplekken heeft als doel het verminderen van de inwerkende krachten op het lichaam, de werkhoudingen verlichten en/of voorkomen dat bewegingsarmoede ontstaat.

Bij maatregelen gericht op de werkorganisatie kan gedacht worden aan verkorten werkduur, gunstiger verhouding werk-rusttijd, tempovermindering, -vrijheid of -afwisseling, afwisseling in eenzijdige belastingsvormen door taakroulatie, -verbreding of -verrijking, werkvoorschriften die bepaalde belastende handelingen verbieden of voorschrijven als onderdeel van kwaliteitsbewaking. Voorbeelden van mogelijke maatregelen worden in verschillende overzichtspublikaties gepresenteerd (zie bijvoorbeeld voor de bovenste extremiteiten Vern Putz-Anderson (1988), voor de nek Harms-Ringdahl et al (1995), voor tillen (NIOSH, 1981; Mital, 1993). Voor een effectieve implementatie is het van groot belang dat werknemers bij het bedenken en realiseren van aanpassingen worden betrokken (Urlings, 1993).

Recent verscheen een review van redelijk tot goed opgezette interventiestudies in arbeidssituaties die een verbetering van rugproblematiek (in de studie breed geïnterpreteerd: van lage rug tot schouder-nekgebied) tot doel hadden (Osterholz, 1993). De interventies gericht op de arbeidssituaties blijken redelijk tot goed gedocumenteerd.

De conclusie van dit review is dat een goed doordachte interventie van *technische en/of organisatorische aard* kan vrij effectief zijn (Osterholz, 1993), vooral als het om problematiek gaat van zachte weefselstructuren van de rug (spieren, pezen banden). De effecten zijn groter als de problematiek naar verhouding omvangrijker of ernstiger is. Reductiepercentages in klachten van 20-50% en incidenteel van 75% zijn in de meeste evaluatiestudies aangetoond. Het betroffen evaluatiestudies met een verscheidenheid aan beroepen en interventiesoorten. Vaak ging het niet om zuiver technisch ergonomische of organisatorische interventies en veelal bevatten de programma's ook een component gericht op het overtuigen van werknemers, management en staf. De evaluaties van de effecten van deze interventies betreffen meestal een voor/na vergelijking van de klachten. In enkele gevallen is ook een controle groep betrokken. Geëvalueerd is dan het effect van het gehele pakket van maatregelen.

Blootstelling aan lichaamstrillingen en schokken wordt gezien als een risicofactor voor rugklachten. Voor de beroepsbevolking zijn er verschillende mogelijkheden om deze belasting te verminderen zoals aanpassen (herontwerpen) van voertuigen, aanpassen van de ondergrond waarop gereden wordt (Bongers en Boshuizen, 1990). Op dit moment vindt een evaluatie studie plaats van een interventie programma gericht op vermindering van deze risico's (Hulshof, 1996). Ook aanpassen van personen auto's en openbaar vervoer kan bijdragen aan verlaging van deze risico's.

3.3 Secundaire preventie

Er zijn verschillende factoren die in principe in aanmerking komen voor screening. Voor enkele van deze factoren bestaat reeds een screeningprogramma. Hier wordt dan kort beschreven wat het nut van een dergelijke screening kan zijn voor de preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

3.3.1 Screening op heupdysplasie

Screening op het consultatiebureau op congenitale heupdysplasie (CHD) blijkt een aanzienlijke bijdrage te leveren aan het voorkómen van een operatieve behandeling. Een onbehandelde heup leidt tot mank lopen op latere leeftijd en mogelijk het ontstaan van artrose (Ruwaard et al, 1993). Bij het opsporen van CHD spelen ook verloskundigen, kinderartsen en orthopaeden een rol.

Screening is een effectieve methode om heupdysplasie op te sporen en de gevolgen ervan te voorkomen door adequate behandeling. Gezien de incidentie van heupdysplasie zal het effect op het voorkomen van heupartrose niet groot zijn.

3.3.2 Screening op houdingsafwijkingen / beenlengteverschil

Screening op houdingsafwijkingen is relevant voor het opsporen van (progressieve) scoliose, die kan leiden tot een ernstige cosmetische stoornis en een verhoogde kans op lichamelijk en psychische invaliditeit, dan wel een ingrijpende operatie (Schaapveld et al, 1993). Gezien het feit dat aangeboren of verworven houdingsafwijkingen geen duidelijke risofactor zijn voor het ontstaan van rug- en nekklachten is een effect van screenen op houdingsafwijkingen ter preventie van deze klachten onduidelijk. Een beenlengteverschil heeft wel enige predictieve waarde voor het ontstaan van rugklachten (Silman en Hochberg, 1993). Screening hierop is dus mogelijk zinvol.

3.3.3 Screening op verminderde botmassa

De predictieve waarde van afgenomen botmassa tijdens de menopauze voor het ontstaan van osteoporose op oudere leeftijd is onbekend. Daarom is het nut van screenen van botmassa tijdens de menopauze, gevolgd door de toevoeging van een oestrogeensupplement niet duidelijk. In haar advies over osteoporose heeft de Gezondheidsraad zich wel uitgesproken ten gunste van het aanbieden van screening op botmassa aan alle vrouwen rond het tijdstip van de menopauze. Bij een botmassa onder het 25^e percentiel wordt geadviseerd om oestrogeensuppletie toe te passen.

3.3.4 Screening op beperkingen bij ouderen

De aanwezigheid van één of meerdere beperkingen, met name bij ouderen, kan leiden tot problemen in het uitvoeren van dagelijkse bezigheden of het vervullen van een sociale rol (handicap). Door screening op aanwezigheid van beperkingen en het vervolgens verminderen daarvan door bepaalde hulpmiddelen of behandeling van een onderliggende aandoening, kan het functioneren worden verbeterd en kunnen handicaps worden voorkomen. Door vroegtijdige behandeling van een onderliggende aandoening is het misschien mogelijk verdere verergering te voorkomen.

Het nut van screening op beperkingen bij ouderen, ook op andere gebieden dan mobiliteit, wordt momenteel onderzocht door TNO Preventie en Gezondheid in samenwerking met de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden.

3.3.5 Periodiek gezondheidkundig onderzoek in de beroepsbevolking

In de bedrijfsgezondheidszorg wordt al dan niet op indicatie een zogenaamd periodiek bedrijfsgezondheidkundig onderzoek (PBGO) uitgevoerd, waarbij meestal alleen werknemers boven de veertig jaar worden betrokken. Dit PBGO, dat vaak tegelijkertijd plaats vindt met een werkplek-onderzoek, kan worden gebruikt voor het opsporen van vroegtijdige signalen van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, waarna vervolgens kan worden geprobeerd de risico's op het werk of daarbuiten te verminderen.

3.4 Tertiaire preventie

In het kader van deze inventarisatie wordt bij tertiaire preventie onderscheid gemaakt in activiteiten specifiek gericht op beïnvloeding van het beloop van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat en activiteiten gericht op verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Onder de laatste categorie wordt zowel behandeling binnen de curatieve zorg als de begeleiding door de bedrijfsgezondheidszorg verstaan, gericht op het behoud van werk of een snelle reïntegratie.

3.4.1 Programma's gericht op determinanten van het beloop

3.4.1.1 Rugscholen

In tegenstelling tot bedrijfsfitnessprogramma's die zich meestal op de gehele (gezonde) bedrijfspopulatie richten, bestaat de doelgroep voor rugscholen doorgaans individuen met klachten. Het doel van rugscholen is te voorkomen dat klachten en aandoeningen chronisch worden, het verminderen van beperkingen en het bevorderen van de terugkeer in arbeid. De inhoud kan sterk verschillen, maar veelal zijn de volgende componenten aanwezig (Van der Grinten et al, 1988):

- leren van anatomische en etiologische basiskennis
- leren omgaan met pijn en stressfactoren
- aanpassen van leefstijl
- praktische oefeningen
- soms op het werk gerichte fysieke trainingen.

Al naar gelang de 'stroming' ligt het accent vooral op voorlichting, op training dan wel op pijnbeheersing. Tegenwoordig wordt ook meer en meer ergonomische kennis overgedragen. De protocollen worden steeds meer gestandaardiseerd en een curriculum is in ontwikkeling (Osterholz, 1993). Rugscholen komen veel voor in het kader van de revalidatie van patiënten met chronische klachten en zijn dan ook voor een bredere doelgroep dan alleen werknemers bedoeld. Toch zijn ook voorbeelden van bedrijfsspecifieke, uitsluitend op werknemers gerichte activiteiten te geven (Knibbe et al, 1992; Urlings et al, 1993).

Goed opgezette effectstudies van rugscholen zijn schaars. Van der Grinten et al troffen in 1988 in de literatuur slechts vier methodologisch redelijk tot goed verantwoorde gecontroleerde studies aan. De resultaten van deze interventies bleken bescheiden. Bij beginnende rugklachten (subacute patiënten) lijkt een aanpak van enkele dagen te helpen om de symptomen te verminderen; de duur van het ziekteverzuim kan worden verkort door snel met begeleiding te beginnen. Bij chronische patiënten lijkt alleen een zeer intensieve en brede aanpak (basiskennis, praktische oefenen, omgaan met pijn, werktraining, etc.) te kunnen helpen. Osterholz (1993) constateert in zijn review dat de scholen nauwelijks effect hebben op de frequentie van ziektegevallen, maar concludeert dat een reductie in ernst van de aandoening bereikt kan worden met een goed opgezette interventie in een klinische setting. Bij evaluaties na langere tijd blijken de bereikte resultaten weinig stabiel. Er zijn nog steeds onvoldoende gegevens om de effectiviteit van rugscholen te onderbouwen, aldus Osterholz. Ook constateert hij dat het evaluatie-onderzoek vaak wordt uitgevoerd door de uitvoerders van de interventie zelf en niet blind wordt opgezet.

In een recente review van alle in begin 1993 beschikbare gerandomiseerde clinical trials (Koes et al, 1994) worden 16 trials besproken, waarvan zeven positief en zeven negatief uitvielen. De studies van redelijk tot goede methodologische kwaliteit kwamen aanzienlijk vaker tot een positief oordeel over het effect van rugscholen. De auteurs concludeerden dat intensieve rugschool-programma's mogelijk effect hebben voor periodiek terugkerende en chronische rugklachten, mits uitgevoerd in de beroepsomgeving. Overigens blijft het de vraag of de effectiviteit in termen van spoedige terugkeer in het werk en voorkomen van recidieven niet vooral bepaald wordt door het feit of de oude werksituatie verbeterd is (verminderde belasting, betere organisatie, werksfeer en satisfactie e.d.).

3.4.1.2 Algemene voorlichting over aandoeningen en preventie / behandeling

Via brochures, tijdschriften, kranten, boeken, radio, televisie, telefoon en internet kan aan de algemene bevolking informatie worden aangeboden over preventie en gezondheid. Ook kan over het omgaan met en de diagnostiek en behandeling van specifieke ziekten aandacht worden besteed. Het is van belang dat bij deze informatievoorziening enige coördinatie aanwezig is, zodat duidelijk is wie verantwoordelijk is voor welke informatie. In de wirwar van verschillende voorzieningen, behandelaars en instanties is het vaak moeilijk te doorzien wie welke informatie aanbiedt. Activiteiten in dit kader kunnen zich richten op het actualiseren van de inhoudelijke informatie en het verbeteren van de coördinatie van vraag en aanbod van bestaande informatievoorzieningen.

Er bestaat een grote diversiteit in voorlichtingsprogramma's (Damoiseaux, 1993).

Directe patiëntenvoorlichting door hulpverleners is een belangrijke vorm van informatievoorziening. Hieronder kan bijvoorbeeld het al dan niet uitvoeren van pre-operatieve patiëntenvoorlichting worden verstaan. Bij operaties blijkt pre-operatieve voorlichting de opnameduur te verkorten, hetgeen leidt tot een gunstige kosten-baten verhouding (Damoiseaux, 1993). Tevens ervaren patiënten die voorgelicht zijn over een ingreep minder angst en pijn. Effecten van voorlichting op de lange-termijn konden nog niet worden aangetoond (Damoiseaux, 1993).

Allergie voor bepaalde voedingscomponenten speelt mogelijk een rol bij het beloop van RA in een kleine subgroep (circa 5%) van patiënten (Van de Laar, 1991). In de voorlichting aan RA-patiënten kan het nuttig zijn hieraan aandacht te schenken.

3.4.1.3 Voorlichting over omgaan met klachten / zelfredzaamheid

Psychosociale factoren zijn van invloed op het beloop van verschillende klachten en aandoeningen zoals RA, rugpijn, artrose en fibromyalgie. Door voorlichting kan de kennis bij patiënten omtrent hun ziekte worden vergroot, bijvoorbeeld ten aanzien van maatregelen om fysieke belasting te verminderen, ten aanzien van gewrichtsbescherming, ten aanzien van therapietrouw en ten aanzien van het somatisch en psychisch functioneren. Verder kunnen zogenaamde zelf-management-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 ervaringen over te dragen. Bij RA is de effectiviteit van een dergelijke interventie aangetoond en bij artrose wordt momenteel door TNO Preventie en Gezondheid onderzoek op dit gebied verricht.

Ook ten aanzien van andere aandoeningen van het bewegingsapparaat kan verondersteld worden dat een dergelijke interventie 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 gezondheidszorgvoorzieningen en ziekteverzuim. Voor rugklachten is dit type informatie veelal ingebouwd in rugscholing.

3.4.2 Activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg

Activiteiten gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg zijn van belang, omdat zij in principe gelden voor diagnostiek en behandeling van alle aandoeningen 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 deskundigheidsbevordering, protocollering, wachtlijstreductie, verbetering van coördinatie en toegankelijkheid van zorg. Ook het voorkómen van overbodige zorg of van zorg die noodzakelijk is wegens in principe te voorkómen gevolgen van aandoeningen kan tot besparingen leiden. Bij alle activiteiten in deze categorie is een goede opleiding en nascholing en kwaliteitsborging ten aanzien van het medisch handelen van belang.

Bij toepassing van de preventieve activiteiten in deze categorie moet rekening worden gehouden met de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet legt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de zorgaanbieders zelf, maar stelt wel een aantal eisen aan het te voeren kwaliteitsbeleid. Het normstellend gedeelte van deze wet bevat vier eisen voor de zorginstellingen:

- zorginstellingen moeten verantwoorde zorg aanbieden
- de organisatie van zorginstellingen moet zodanig zijn dat deze leidt tot verantwoorde zorg
- instellingen dienen de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren
- instellingen dienen verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid.

Een belangrijke rol in het kwaliteitsbeleid is weggelegd voor de zogenaamde kwaliteitssystemen, een stelsel van vastgelegde eisen, regels en procedures, dat tot doel heeft te verzekeren dat een produkt of te verlenen dienst aan de gestelde eisen blijft voldoen. Dit stelsel dient het gehele proces van zorgverlening te omvatten. Het systematisch verzamelen van gegevens over de kwaliteit van de verleende zorg is daarbij van groot belang. De ontwikkeling en inrichting van de kwaliteitssystemen wordt aan het veld overgelaten.

Op het moment dat de kwaliteitssystemen voldoende tot ontwikkeling zijn gekomen en zijn geïmplementeerd wordt certificatie daarvan zinvol geacht. Hiervoor zal een coördinatiecommissie voor certificering worden ingesteld, die ook een rol moet gaan spelen bij het afstemmen van de door verschillende partijen gehanteerde kwaliteitseisen.

3.4.2.1 Deskundigheidsbevordering

Om een patiënt een adequate behandeling te kunnen geven, moet de opleiding en de deskundigheid van de hulpverleners goed zijn. Tevens moet er gebruik gemaakt worden van een voldoende aanbod van na- en bijscholing, ten einde op de hoogte te blijven van actuele ontwikkelingen. Preventieve activiteiten richten zich op deskundigheidsbevordering van hulpverleners door het verbeteren van de basisopleiding en het ontwikkelen en aanbieden van bij- en nascholing.

3.4.2.2 Visitatie binnen beroepsgroepen en arbodiensten

De kwaliteit van zorg is afhankelijk van de in de praktijk uitgevoerde zorg. Om de vakinhoudelijke kennis, technische vaardigheden en de praktijkvoering te toetsen, kunnen visitaties van zorginstellingen en medische praktijken worden uitgevoerd. Met behulp van een visitatiecommissies kunnen de praktijkuitrusting, samenwerking, dienstverlening en organisatie, verslaglegging en kwaliteit worden geëvalueerd. Ter verkrijging van noodzakelijke basisgegevens is medisch inhoudelijke registratie van groot belang.

Ook de onlangs ingestelde certificering van arbodiensten en periodieke visitatie van deze diensten kan bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van bijvoorbeeld de sociaal medische begeleiding en ondersteuning van bedrijven bij hun preventiebeleid.

3.4.2.3 Diagnose- en behandelprotocollen

Indien een patiënt met een bepaalde aandoening bij een arts komt, is het van belang dat de arts de juiste diagnose stelt en kennis heeft over prognostische factoren en effecten van behandeling. Protocollen kunnen bij diagnostiek en behandeling een belangrijke rol spelen. De doelmatigheid van het zorgaanbod kan door middel van het gebruik van protocollen worden vergroot.

In een recent onderzoek werd geconcludeerd dat de zorg voor patiënten met RA geoptimaliseerd kan worden met behulp van protocollen (Proot et al, 1996). Ook voorlichting en informatieverstrekking aan de patiënt en diens familie, evaluatie van behandeling en aanpassingen en communicatie met andere hulpverleners in eerste en tweede lijn kan in de protocollen worden beschreven.

Preventieve activiteiten richten zich op het ontwikkelen en implementeren van protocollen en het afstemmen van verschillende protocollen, die gebruikt worden in de diverse zorgcircuits en de bedrijfsgezondheidszorg. Binnen de bedrijfsgezondheidszorg kunnen protocollen bijdragen tot het verbeteren van de sociaal medische begeleiding. Een evaluatiestudie van de effectiviteit van een dergelijk protocol gericht op rugklachten is in uitvoering (Verbeek, 1995).

3.4.2.4 Wachttijstreductie

Wachttijsten kunnen optreden voor consultatie van bepaalde specialisten of voor bepaalde (vaak chirurgische) interventies. Een (korte) wachttijst kan een effectief middel zijn voor de bedrijfsvoering van instellingen, in het licht van doelmatig bedden-gebruik en het handhaven van een stabiele werkdruk. Tevens kan dit aan patiënten de mogelijkheid bieden om voorbereidingen te treffen voor een opname bij een operatie (Groothof, 1995). Lange of sterk variërende wachttijsten kunnen echter nadelige effecten hebben op de gezondheid van patiënten en kunnen de terugkeer in het werk vertragen. In Nederland bestaan wachttijsten voor een groot aantal ingrepen zoals peesplastieken, totale heuparthroplastiek en arthroscopie van knie (Commissie keuzen in zorg, 1991). De omvang en duur van een wachttijst kan afhangen van het aantal wachtenden, de indicatiestelling, de capaciteit van ziekenhuizen (specialisten, bedden en capaciteit verpleging) en organisatie (bijvoorbeeld gebrekkige registratie) van een ziekenhuisinstelling.

Wachttijst reducerende maatregelen zoals het bevorderen van de uitstroom uit het ziekenhuis ofwel het opzetten van een centrale wachttijstregistratie zouden de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg kunnen vergroten. Het verkorten van wachttijsten heeft in eerste instantie effect op het verkorten van de wachtduur van de patiënt. Daarnaast zouden er effecten kunnen worden gesorteerd onder andere ten aanzien de gezondheidstoestand van de patiënt, het ziekteverzuim (productieverlies) en medische consumptie. Het effect van een lange wachtduur op de gezondheid en productiviteit is ten aanzien van een operatie van de knie of heup onderzocht (Groothof, 1995). Het bleek dat er meer beperkingen in persoonlijke verzorging en mobiliteit optraden bij patiënten die wachtten op een operatie van de heup of knie. Het uitvoeren van een totale heuparthroplastiek versus een conservatieve behandeling blijkt een gunstige kosten-batenanalyse voor de operatie op te leveren (Keet, 1987). Uitstel van de operatie betekent vermindering van de baten.

3.4.2.5 Reumaconsulenten

Vaak zijn bij de behandeling en begeleiding van patiënten meerdere disciplines betrokken, waarbij goede afstemming van de hulpverlening van belang is. De coördinatie van zorg kan verbeterd worden door het aanstellen van reumaconsulenten, die ook een bijdrage kunnen leveren aan het aanvragen van hulpmiddelen en voorzieningen, het uitvoeren van routinematige evaluaties en psychosociale ondersteuning. De taken van een reumaconsulent zijn deels patiëntgebonden (begeleiden en voorlichting van patiënten) en deels niet patiëntgebonden (deskundigheidsbevordering van andere hulpverleners, ontwikkelen van nieuwe zorgfacetten, protocollering van de begeleiding van RA-patiënten en samenwerking en communicatie met hulpverleners in de eerste lijn). Ook het integreren en afstemmen van curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg zou tot het aandachtsgebied van de reumaconsulent kunnen horen (communicatie, afstemmen protocollen e.d.). Het nut van de reumaconsulent is nog niet uitgebreid onderzocht, omdat het een vrij nieuwe discipline is. Uit voorlopig onderzoek blijkt dat de begeleiding en voorlichting van de patiënten verbeterd kan worden vanwege de lagere drempel (Rademakers et al, 1992; Elberse et al, 1992).

3.4.2.6 Communicatie eerste-tweede lijn

Bij de verwijzing van een patiënt is goede communicatie en samenwerking tussen hulpverleners in eerste en tweede lijn van groot belang. Voorwaarden om tot een goede communicatie te komen zijn onder andere een duidelijke taakafbakening, kennis van de behandelmogelijkheden van de verschillende disciplines en bereidwilligheid om te communiceren. Ten aanzien van RA bleken de taakopvattingen tussen huisartsen en reumatologen sterk te verschillen en werd de noodzaak tot verbetering van de samenwerking door beide groepen signaleerd (Pollemans et al, 1996).

3.4.2.7 Communicatie curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg

Communicatie 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.

3.4.2.8 Verbeteren beschikbaarheid hulpmiddelen / ergotherapie

De toegankelijkheid van de zorg of het verkrijgen van hulpmiddelen is afhankelijk van vele factoren en wordt onder andere bepaald door wetgeving (Wet Voorzieningen Gehandicapten, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de financiële mogelijkheden van de patiënt. Iemand met een hoog inkomen kan bijvoorbeeld relatief gemakkelijk een rolstoel kopen, terwijl iemand met een lager inkomen afhankelijk is van een vergoeding op wettelijke basis. Bij het aanvragen van hulpmiddelen en voorzieningen kunnen reumaconsulenten, (gespecialiseerde) wijkverpleegkundigen en ergotherapeuten een rol spelen.

Uit onderzoek naar 'ergotherapie thuis' blijkt dat 47% van het totale aantal patiënten, dat een ergotherapeut bezoekt, een aandoening van het bewegingsapparaat heeft. De behandeling thuis duurt korter, maar is verspreid over langere tijd in vergelijking met intramurale zorg (Driesen, 1993).

3.4.2.9 Ondersteunen mantelzorg

Sociale steun is een belangrijke factor voor de gezondheid van chronisch zieken (Rimer, 1986). Het blijkt dat voor RA de beschikbaarheid van mantelzorg en sociale steun voor een goede verwerking van de gevolgen van de ziekte en adaptatie aan het ziekteproces van groot belang is (Taal et al, 1993). Bij voorlichting aan een patiënt met een chronische ziekte moet ook aandacht worden besteed aan de invloed van de sociale omgeving op de zieke en omgekeerd. Activiteiten waarin de mantelzorg wordt ondersteund kunnen van belang zijn voor het handhaven van een goed evenwicht in de thuissituatie van de patiënt.

3.4.3 Reïntegratie

Mul et al (1995) hebben recent nationale en internationale publikaties sinds 1985 besproken en factoren geïdentificeerd die van belang zijn voor reïntegratie onafhankelijk van de diagnose. Bij effectieve reïntegratie-activiteiten dient met deze factoren rekening gehouden te worden. Genoemd zijn:

- Persoonskenmerken: sekse, leeftijd, opleidingsniveau en woongebied
- Kenmerken van het recente arbeidsverleden: scholingsvereiste functie, deeltijdwerk
- Kenmerken van de arbeidsmarkt: conjunctuur, economische situatie van bedrijven, bedrijvigheid in de branche, bedrijfsomvang, organisatie van de arbeid in taakgroepen, bedrijfscultuur, beleid van organisaties ten aanzien van reïntegratie.

Naast deze factoren is natuurlijk ook de gezondheid van belang: niet te ernstige klachten, stabiliteit van de aandoening en een oorzaak buiten het werk zijn gunstig voor de reïntegratiekansen.

Ter bevordering van reïntegratie van arbeidsongeschikten kunnen diverse maatregelen genomen worden, aldus Mul et al (1995) en Nijboer et al (1993): aan de aanbodzijde zijn dat vooral scholing en arbeids-toeleidingsactiviteiten; aan de vraagzijde realisatie van individuele aanpassingen in het werk, (personeels)beleid van arbeidsorganisaties en actieve inzet van de bedrijfsarts.

In de literatuur worden een tiental reïntegratiebevorderende benaderingen beschreven (Mul et al, 1995). Slechts zelden is er sprake van de specifieke doelgroep 'mensen met een aandoening van het bewegingsapparaat'. Bij een derde van de publikaties is niet duidelijk om welke doelgroep het gaat, de overige doelgroepen betreffen vroeggehandicapten, blijvend lichamelijk gehandicapten, blijvend en tijdelijk psychisch gehandicapten en verstandelijk gehandicapten. Ook blijkt uit de literatuur dat bij alle benaderingen er een gebrek is aan evaluaties, zodat een gefundeerde uitspraak over de effectiviteit niet goed mogelijk is. In de volgende paragrafen worden enkele mogelijke reïntegratie-activiteiten besproken.

3.4.3.1 Interventie programma's gericht op snelle terugkeer in werk

Een programma gericht op een snelle terugkeer in werk bij verzuim, door bijvoorbeeld lage rugklachten, richten zich in principe op werknemers met verzuim van bepaalde duur opgezet bijvoorbeeld 3 of meer weken. Onlangs zijn de resultaten gepubliceerd van een zeer grondige (gerandomiseerde) evaluatie studie van een dergelijk (uitgebreid en wijd verspreid) programma (Sinclair et al, 1995). Hieruit blijkt dat dit programma op geen van de gemeten uitkomst variabelen effectief bleek te zijn. Gezien de goede prognose van veel klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat is het van belang inzicht te krijgen in het juiste moment van actieve interventie.

Een vroege interventie draagt voor een gedeelte van de mensen nauwelijks bij aan terugkeer in werk (zij zouden ook zonder interventie zijn hersteld). Er zijn dan wel kosten gemaakt en in potentie kan de interventie zelfs bijdrage aan verlenging van verzuim vanwege mogelijke medicalisering. Aan de andere kant is preventie van chronische klachten juist van groot belang. In een recent gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van een 'behandeling' van werknemers met ernstige rugklachten die meer dan 8 tot 12 weken verzuimden (Indahl et al, 1995) bleek dat na 200 dagen, 30% van de behandelde groep en 60% van de controle groep nog steeds met ziekteverzuim was. De 'behandeling' van de interventiegroep bestond uit het verstrekken van informatie, het advies aan de patiënten om te vertrouwen op herstel en nadrukkelijk geen behandeling te zoeken.

De controle groep werd in het reguliere medische circuit behandeld. Bewegen en zoveel mogelijk uitvoeren van 'de normale activiteiten' lijkt op grond van de huidige state of the art over effectiviteit van behandeling van lage rugpijn een onderdeel te zijn van een effectieve behandeling (Cherkin et al, 1995). Het stimuleren van terugkeer in werk bij lage rugpijn zal dus zeker geen nadelige effecten hebben. De hier beschreven programma's vertonen enige overlap met programma's die onder rugscholing vallen.

Uit een recent onderzoek in Groningen naar de effectiviteit van multidisciplinaire vroegdiagnostiek bij verzuimende werknemers in de bouw met rugklachten bleek, dat dit de duur van het verzuim niet verminderde (Göken et al, 1995).

3.4.3.2 Arbeidsbemiddeling

Arbeidsbemiddeling is het feitelijk verbinden van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt, het koppelen van vacatures en werkzoekenden. Arbeidsongeschikten vormen een onderdeel van de doelgroep. Voor hen blijkt deze aanpak op zichzelf niet erg werkzaam. Er is voor hen een extra inspanning nodig, zowel in de voorbereidings- als in de (her-)plaatsingsfase.

3.4.3.3 Individuele trajectbegeleiding

Individuele trajectbegeleiding richt zich op moeilijk bemiddelbare werkzoekenden, waartoe ook arbeidsongeschikten worden gerekend. Zij vormen wel een minderheid in de met deze methode bereikte populaties. Deze integrale methode voor arbeids-toeleiding komt aan de bijzondere behoeften van arbeidsongeschikten tegemoet door een individu-gerichte aanpak en maatwerk. De schaarse resultaten geven aan dat deze aanpak waardevol is voor reïntegratie van arbeidsongeschikten.

3.4.3.4 Supported employment

Supported employment is gericht op mensen met ernstige beperkingen (bijvoorbeeld ernstig verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen). Doel is dat de werknemer met beperkingen tussen niet-gehandicapten werkt. Uitgangspunt is dat de cliënt in de praktijk de gewenste vaardigheden zal verwerven. De intensieve begeleiding is gericht op het vinden en behouden van werk. Nederlandse evaluaties zijn niet bekend, maar in de VS is deze methode zeer succesvol.

3.4.3.5 Werving en selectie

Werving en selectie heeft met name betrekking op het selectiegedrag en organisatiebeleid van bedrijven en bedrijfstakken en op de geschiktheid van arbeidsorganisaties voor reïntegratie. Concrete aanpakken en resultaten worden niet genoemd.

3.4.3.6 Opleiding/scholing/training

Opleiding/scholing/training is vaak gericht op het aanleren van interpersoonlijke vaardigheden en methoden van solliciteren voor mensen met verstandelijke of psychische beperkingen. Verder gaat de literatuur in op lesmethoden en aanpassing van beroepsopleidingen voor arbeidsongeschikten.

3.4.3.7 Assessment en claimbeoordeling

Assessment en claimbeoordeling betreft methoden voor het beoordelen van resterende mogelijkheden tot werken en medische geschiktheid in samenhang met de huidige of toekomstige werksituatie. Een studie uit de VS meldt gunstige ervaringen met het toepassen van zogenaamde profielen. Deze aanpak van reïntegratie komt deels overeen met aanpakken die beschreven zijn bij het thema aanstellingskeuringen. Ook daar wordt de medische geschiktheid beoordeeld in samenhang met de toekomstige werksituatie.

3.4.3.8 Beroepskeuze en loopbaanbegeleiding

Beroepskeuze en loopbaanbegeleiding betreft veelal het geven van voorlichting over studie- en beroepskeuzemogelijkheden van scholieren met beperkingen binnen het reguliere onderwijs, maar ook het begeleiden van cliënten bij het realiseren van de meest passende opleiding of beroepskeuze. Nederlandse evaluaties worden niet gemeld.

3.4.3.9 Sociaal-medische begeleiding

Sociaal-medische begeleiding wordt voornamelijk gebruikt voor werkhervatting binnen de Ziekte-wet bij de eigen werkgever. Als reïntegratie-instrument voor arbeidsongeschikten wordt deze methode in de praktijk weinig gebruikt. Uit een Nederlandse evaluatiestudie blijkt een actieve rol van de bedrijfsarts en contacten tussen het bedrijf (chef en collega's) en de zieke werknemer tijdens het ziektejaar de reïntegratiekansen duidelijk te bevorderen (Nijboer et al, 1993).

3.4.3.10 Arbeidsrehabilitatie/-revalidatie

Arbeidsrehabilitatie/-revalidatie betreft langlopende projecten voor arbeidstoeleiding bij vooral psychiatrische, maar ook bij lichamelijke beperkingen.

3.4.3.11 Werkaanpassingen

Werkaanpassingen zijn veranderingen in het werk, de werktijden, de organisatie van het werk of de fysieke of sociale omgeving waarin gewerkt wordt, die tot doel hebben om de individuele werknemer in staat te stellen de gezondheidsrisico's bij de uitvoering te verminderen.

Werkaanpassingen kunnen gericht zijn op algemene populaties met beperkingen maar ook op bijzondere groepen zoals mensen met beperkingen van het bewegingsapparaat, met psychiatrische beperkingen of visuele beperkingen. Voor algemene populaties met beperkingen bestaan algemene en omvattende methoden om problemen in het werk vast te stellen en hiervoor individuele oplossingen aan te bieden, bijvoorbeeld de methode Paswerk. Om oplossingen te bereiken staan veel technische hulpmiddelen ter beschikking, bijvoorbeeld hulpmiddelen voor het waarnemen en het handelen. Evaluaties van werkaanpassingen zijn nauwelijks voorhanden. Eén studie geeft informatie over het voorkomen van werkaanpassingen onder WAO-toetreders die met een aanpassing weer betaald werk vonden: verandering van taken/werkzaamheden (70%), verandering van werktijden (48%), vermindering van werktempo (41%), aanschaf hulpmiddelen (10%), scholing/bijstelling (7%) en aanpassingen machines/gereedschappen (4%) (Nijboer et al, 1993). Ook voor specifieke groepen staan veel (technische) hulpmiddelen ter beschikking, maar over de effectiviteit ervan is weinig bekend. Wel blijkt uit onderzoek dat werkaanpassingen mogelijk tweevijfde van de arbeidsongeschiktheid hadden kunnen voorkomen bij mensen met een aandoening van het bewegingsapparaat (Gründemann en Schellart, 1993).

Geconcludeerd kan worden dat met name immateriële werkaanpassingen in de praktijk worden toegepast en dat materiële (technische) werkaanpassingen slechts zelden worden benut.

3.5 Conclusies

De tabellen 3.5.1 en 3.5.2 geven de mogelijke preventieve activiteiten voor klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat aan, die in de verkenning naar voren zijn gekomen.

Tabel 3.5.1 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 beroepsopleiding	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 3.5.1) en activiteiten die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en reïntegratie in het werk (tabel 3.5.2). 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 overzichts literatuur 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.

Tabel 3.5.2 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
	protocollen voor diagnostiek of behandeling	o
	coördinatie van zorg (bijv. reumaconsulenten, care management)	a
	visities (binnen beroepsgroep)	v
	wachtijsreductie	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

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 3.5.2 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 3.5.2 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.

4. INVENTARISATIE VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN GERICHT OP DE ALGEMENE BEVOLKING

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen en conclusies gepresenteerd, die uit de inventarisatie van preventieve activiteiten gericht op de algemene bevolking naar voren zijn gekomen. In paragraaf 4.2 worden de belangrijkste preventieve activiteiten en knelpunten daarbij per organisatie of instelling vermeld. Uitgebreidere informatie per organisatie of instelling is te vinden in bijlage 3. In paragraaf 4.3 wordt per preventieve activiteit een overzicht gegeven van de organisaties of instellingen, die daarbij betrokken zijn.

4.2 Overzicht van preventieve activiteiten van de verschillende organisaties / instellingen

4.2.1 Organisaties gericht op beleid of financiering

4.2.1.1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

De volgende beleidsnota's en -brieven van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het voormalige Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur zijn relevant voor dit project:

- Nota Reumabeleid (kern document gezondheidsbeleid, 1988-1989);
- Notitie Chronisch ziekenbeleid (1990-1991)
- Beleidsbrief voortgang Chronisch ziekenbeleid (1991-1993);
- Nota Gezond en Wel (1995-1998);
- Nota Preventiebeleid voor de Volksgezondheid (1992-1993);
- Verslag nota-overleg Preventiebeleid voor de Volksgezondheid (1994-1995);
- Nota Ouderenbeleid (1995-1998);
- Nota Naar eigen vermogen (VWS, 1994)
- Nota 'De perken te buiten (ISG, 1995).

De aandachtsgebieden die in de diverse beleidsstukken worden beschreven zijn preventie, zorg, voorlichting en onderzoek. De beleidsplannen richten met name op de volgende activiteiten:

- het stimuleren van voorlichting;
- het stimuleren van lichamelijke activiteiten;
- het verbeteren van kwaliteit van zorg (waaronder deskundigheidsbevordering, protocollen en standaarden, zelf- en mantelzorg);
- het stimuleren van onderzoek.

De wijze waarop de diverse beleidsintenties gerealiseerd dienen te worden en de daarvoor beschikbare financiering is vaak in de beleidsstukken zelf niet duidelijk aangegeven.

In het vergaderjaar 1993-1994 is de Kwaliteitswet zorginstellingen vastgesteld. Deze wet is gebaseerd op het advies 'kwaliteitsystemen in de zorgsector' dat de Nationale Raad voor Volksgezondheid heeft uitgebracht. Binnen dit advies is aandacht voor:

- de rol van de overheid bij de ondersteuning van ontwikkelingen in het veld;
- de explicitering van kwaliteitseisen;
- de oprichting van een coördinatiecommissie voor certificatie;
- afstemming met het staatstoezicht;
- het verrichten van vervolgonderzoek.

4.2.1.2 Gezondheidsraad

De gezondheidsraad adviseert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de wetenschappelijke mogelijkheden ten aanzien van specifieke gezondheidsvraagstukken. Er zijn adviezen verschenen ten aanzien van de 'Risicobeoordeling van handmatig tillen' (1995) en 'Preventie van osteoporose' (1990).

4.2.1.3 Nationale raad voor Volksgezondheid

De Nationale raad voor Volksgezondheid adviseert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten aanzien van de ontwikkelingen van kosten-effectieve modelprogramma's, kwaliteitscriteria, protocollen en bij- en nascholingsprogramma's.

In een lijst van publikaties van de adviezen van de afgelopen jaren kwamen geen publicaties voor die relevant zijn voor dit project. In voorbereiding is een advies ten aanzien van 'Wachtlijsten' in samenwerking met het College voor Ziekenhuisvoorzieningen.

4.2.1.4 Gehandicaptenraad

Het doel van de Gehandicaptenraad is het verbeteren van de positie van mensen met een functiebeperking. Drie aangesloten organisaties richten zich op de doelgroep van patiënten aandoeningen van het bewegingsapparaat, te weten de Nationale vereniging voor Fibromyalgiepatiënten 'Eendrachtig Sterk' (FES), de Reumapatiëntenbond en de Nederlandse vereniging van rugpatiënten 'de wervelkolom'. Enkele projecten die de Gehandicaptenraad uitvoert kunnen ook voor mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat voordelen opleveren, echter dit is geen specifiek aandachtspunt binnen deze projecten. Er zijn geen projecten die zich specifiek op aandoeningen van het bewegingsapparaat richten. Ten aanzien van de WVG heeft de Gehandicaptenraad een evaluatie uitgebracht, waarin scherpe kritiek naar voren komt en aanbevelingen voor verbeteringen worden gedaan.

4.2.1.5 Zorgverzekeraars

Door de recente ontwikkelingen in de sfeer van de ziektekostenverzekeringen is duidelijk geworden dat de kwaliteit van zorg een verantwoordelijkheid is van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. In de oude situatie was kwaliteit van zorg vooral een aandachtsgebied voor de ziekenfondsen. Door de recente schaalvergroting die bij vele verzekeraars is doorgevoerd en de integratie van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars loont het de moeite om te investeren in het maken van afspraken over kwaliteit van zorg met beroepsgroepen en ziekenhuizen, bijvoorbeeld ten aanzien van doelmatigheid, protocollering, intercollegiale of interinstitutionele toetsing, gereguleerde zorg etc. Belangrijk hierbij is, dat er een vergoeding komt voor de benodigde investering in tijd en middelen (bijvoorbeeld ten behoeve van registratie en het leveren van productiecijfers).

In het kader van de ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid binnen de zorgsector lijken veel zorgverzekeraars een afwachtende houding aan te nemen (Caspari, 1995). Zorgverzekeraars Nederland ontplooit geen preventieve activiteiten gericht op aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De landelijk werkende verzekeraars hebben slechts beperkt aantal in hun pakket. De individuele, vaak regionaal werkende verzekeraars zijn daarentegen betrokken bij een relatief groot aantal voornamelijk lokale projecten. Deze lokale projecten zijn zeer divers van inhoud. Zorgverzekeraars hebben behoefte aan een duidelijke prioriteitstelling hierin door de diverse patiëntenorganisaties. Preventieve activiteiten worden op dit moment met name gebruikt ter profilering. In het algemeen is de houding ten opzichte van primair preventieve activiteiten buiten de arbeidssfeer negatief, omdat zij niet leiden tot winst op korte termijn voor een zorgverzekeraar.

Voor veel preventieve activiteiten is het verre van duidelijk hoe de kosten-baten verhouding op lange termijn uitvalt. Wat betreft investeringen in kwaliteit van zorg bestaat het probleem van de free-riders (verzekeraars die profiteren van de investeringen van andere verzekeraars), waardoor deze activiteiten alleen lonend zijn voor regionaal werkende verzekeraars met een groot marktaandeel. Verder bestaat het gevaar dat kwaliteit van zorg voor chronisch zieken minder aandacht krijgt, omdat dit een relatief kleine groep met een hoog zorggebruik betreft. Daarom wordt door sommige verzekeraars expliciet aandacht besteed aan chronisch zieken.

4.2.1.6 Nationaal Reumafonds

De activiteiten van het Nationaal Reumafonds zijn in het algemeen het werven van fondsen en het aanwenden van deze fondsen voor activiteiten in het kader van de reumabestrijding en reumazorg. Het grootste gedeelte van de gelden wordt aan recreatie en voorlichting besteed. Daarnaast gaan er gelden naar individuele hulpverlening, patiëntenactiviteiten en specifieke projecten.

Ten aanzien van voorlichting is de landelijke spreiding van contacten en verenigingen via het Nationaal Reumafonds groot, wat leidt tot een groot bereik van voorlichting aan patiënten met reumatische aandoeningen. Voorlichting aan patiënten gebeurt ook door andere instanties. De Reumapatiëntenbond en het Nationaal Reumafonds hebben daarom initiatieven ondernomen om dit te coördineren. Hiertoe is een vaste Commissie Voorlichting ingesteld.

Ten aanzien van het verlenen van financiële hulpverlening voor de aanschaf van hulpmiddelen wordt door het Nationaal Reumafonds elke terechte aanvraag toegewezen. Het aantal aanvragen voor individuele financiële hulp aan reumapatiënten voor de aanschaf van tengevolge van de ziekte noodzakelijke hulpmiddelen is de laatste jaren sterk gedaald, al is er inmiddels weer sprake van een stijging. In het algemeen kan de bekendheid van de mogelijkheden tot financiële hulp bij patiënten en hulpverleners worden vergroot en is meer aandacht voor de aanschaf van hulpmiddelen nodig.

Verdere activiteiten van het Nationaal Reumafonds bestaan uit:

- het stimuleren van wetenschappelijk reumaonderzoek;
- het stimuleren van ziekenhuizen met afdelingen reumatologie en de thuiszorginstellingen tot het aanstellen van reumaconsulenten;
- het verstrekken van (garantie)subsidie aan (landelijke) reuma-scholingsactiviteiten ten behoeve van ondermeer verpleegkundigen ergotherapeuten;
- het stimuleren van de deelname aan 'reuma' congressen door artsen en andere betrokken hulpverleners door middel van het verstrekken van individuele subsidies;
- het stimuleren van 'reumatologie' in de basisopleiding medicijnen en in de huisartsenopleiding;

Het Nationaal Reumafonds werkt met een groot aantal organisaties en instellingen samen. Hieronder worden genoemd de Reumapatiëntenbond, de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, het Werkverband van Organisaties van Chronisch Zieken (WOCZ), de Gehandicaptenraad, de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), reuma-afdelingen in ziekenhuizen, revalidatiecentra en individuele thuiszorginstellingen. De contacten met de Stichting Dienstverleners Gehandicapten (SDG), de gehandicaptenraad en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg zijn voor verbetering vatbaar.

4.2.2 Overkoepelende organisaties of beroepsorganisaties

4.2.2.1 Stichting Dienstverleners Gehandicapten

De Stichting Dienstverleners Gehandicapten (sDG) is een dienstverlenende organisatie voor hulpverleners en hulpverlenende instanties in de gehandicaptensector. Het doel van deze instelling is om de kwaliteit van de dienstverlening aan mensen met een handicap te waarborgen. Patiënten met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat vormen een subgroep onder de lichamelijk gehandicapten. De sDG kan een rol spelen voor deze patiënten ten aanzien van beschikbaarheid en vergoeding van hulpmiddelen en voorzieningen. De activiteiten die de sDG uitvoert zijn echter in beperkte mate relevant voor deze doelgroep. De sDG onderhoudt contacten met overheden, beroepsverenigingen en overkoepelende instanties. Er worden geen samenwerkingsverbanden met patiëntenorganisaties onderhouden.

4.2.2.2 Landelijk centrum voor GVO

Het doel van het Landelijk centrum voor GVO (LCG), met ingang van 1996 opgegaan in het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) is het stimuleren van de gezondheidsbevordering en preventie van ziekten en het verhogen van de doelmatigheid, de doeltreffendheid en het bereik ervan. Het LCG heeft veel activiteiten op het terrein van GVO. Het LCG richt zich op informatie en documentatie, methodiek- en materiaalontwikkeling, deskundigheidsbevordering, stimulering van onderzoek en het uitvoeren van preventieve activiteiten.

Relevante activiteiten van de LCG voor dit project zijn het databestand over lopende projecten op het gebied van voorlichtings- en bewegingsprogramma's bij instanties als GGD'en, thuiszorginstellingen en ziekenhuizen. Daarnaast wordt gewerkt aan het bevorderen van de kwaliteit en de effectiviteit van patiëntenvoorlichting.

Voor de opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen is een module patiëntenvoorlichting ingevoerd met onderdelen over reuma. In het kader van het gezondheidsbeleid op scholen zijn enkele folders ontwikkeld voor het onderwijspersoneel, alsmede brochures 'De gezonde school' en een lesmethode voor het vak 'Verzorging in de basisvorming'. Verder heeft het LCG een instrument ontwikkeld waarmee het onderzoek naar de effectiviteit van een GVO interventie op een gestandaardiseerde wijze geanalyseerd kan worden (Preffi).

Aangezien het LCG zich op een breed terrein van GVO en andere preventieve activiteiten bezig houdt, zijn er met een groot aantal instanties, raden, fondsen en patiëntenorganisaties samenwerkingsverbanden.

4.2.2.3 Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid

Het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (NISG), met ingang van 1996 opgegaan in het NOC*NSF, is een landelijk werkende organisatie op het gebied van sport en bewegen in relatie tot gezondheid. Het NISG voert projecten uit op het terrein van voorlichting, coördinatie en deskundigheidsbevordering van intermediairen.

De stuurgroep 'Sport en Bewegen voor Chronisch Zieken' heeft een inventarisatie uitgevoerd van activiteiten op het gebied van chronisch zieken. In het algemeen kan worden geconcludeerd dat de lichamelijke activiteit van chronisch zieken laag is in vergelijking met de totale bevolking.

Er blijkt grote behoefte te bestaan aan een aangepast en specifiek bewegingsaanbod voor chronisch zieken. Veel chronisch zieken ervaren diverse belemmeringen om tot uiteindelijke deelname te komen. Patiëntenorganisaties zijn over het algemeen niet voldoende toegerust om bewegingsactiviteiten te organiseren. Indien vanuit sport- en bewegingsorganisaties specifieke aandacht is voor de doelgroep chronisch zieken, dan blijkt er grote belangstelling voor te zijn.

Uit het Bewegings Informatie Systeem blijkt dat een behoorlijk aantal groepsactiviteiten (33% van het totaal) gericht is op aandoeningen van het bewegingsapparaat. Van de meeste bewegingsactiviteiten is de effectiviteit voor de doelgroepen chronisch zieken en ouderen niet bekend. Begeleiders zijn vaak fysiotherapeuten en sportleraren of -instructeurs. Ruim 60% van de begeleiders hebben geen specifieke bijscholing genoten voor deze activiteiten. Tot nu toe worden de meeste bewegingsactiviteiten lokaal of regionaal aangestuurd, waardoor de landelijk spreiding gering is. Een landelijke coördinatie van bewegingsactiviteiten is gewenst.

4.2.2.4 Landelijke Vereniging voor GGD-en

De taken van de Landelijke Vereniging voor GGD-en (LVGGD) zijn met name gericht op informatie-uitwisseling, coördinatie en samenwerking en het ontwikkelen en uitvoeren van projecten. Projecten direct gericht op aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn recentelijk niet uitgevoerd. Een aantal projecten heeft relevantie in het kader van de kwaliteit van zorg, zoals een project ter ondersteuning van GVO activiteiten en het kwaliteitsproject 'De GGD op weg naar 2000'. Op uitvoerend niveau heeft de LVGGD met de meeste GGD-en overleg. Verder is er structureel overleg met o.a. het Ministerie van VWS en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG).

4.2.2.5 Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) heeft als doel de gezamenlijke belangen van haar leden te behartigen en beleid te ontwikkelen op het gebied van de thuiszorg. De kerntaken van de LVT zijn in de eerste plaats gericht op belangenbehartiging in organisatorisch en financieel opzicht. Ten aanzien van zorginhoudelijke aangelegenheden heeft de LVT nauwelijks taken en stelt zij zich terughoudend op. Bij projecten op dit gebied wordt nauw samengewerkt met het LCG.

De LVT heeft een overzicht uitgegeven van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten bij thuiszorginstellingen. Dit overzicht wordt door de thuiszorginstellingen vooral als naslagwerk gehanteerd. De LVT heeft ten aanzien van onderwijs en deskundigheidsbevordering voor personeel in de thuiszorg overleg met verschillende onderwijsinstanties. In verschillende commissies en raden is de LVT vertegenwoordigd om toe te zien op de ontwikkeling, advisering en het beleid van de thuiszorg.

4.2.2.6 Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen

Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (LMBvO) heeft als doel kwaliteitsbevordering en verdere ontwikkeling van MBvO. De taken zijn: beleidsontwikkeling, voorlichting en publiciteit en organisatie-ontwikkeling. De LMBvO werkt met een groot aantal instanties samen om de bewegingsactiviteiten in Nederland te coördineren bijvoorbeeld in de stuurgroep 'sport en bewegen van chronisch zieken' en het netwerk 'Ageing Well'.

De MBvO-activiteiten richten zich met name op gezonde en vitale ouderen (55+) en hebben als doel een gezonde leefstijl te bevorderen. Op dit moment is het aanbod van MBvO-activiteiten over Nederland zeer divers.

Afhankelijk van de provinciale steunpunten wordt het aanbod van MBvO-activiteiten bepaald. De financiering van de diverse MBvO-activiteiten is niet uniform en wordt lokaal bepaald, meestal via de begroting van het welzijnswerk voor ouderen. Voor de meeste MBvO-activiteiten bestaan scholingsactiviteiten, echter de mate waarin deskundigheidsbevordering wordt gestimuleerd is afhankelijk van het provinciale steunpunt. Voor een aantal MBvO-activiteiten zijn er cursussen in ontwikkeling.

In het algemeen zal de behoefte aan MBvO-activiteiten door de vergrijzing toenemen. Hiervoor moeten voldoende accommodaties, MBvO-leid(st)ers en financiële middelen beschikbaar komen. Voor ouderen met chronische ziekten moeten aangepaste MBvO-activiteiten worden ontwikkeld. Om de reguliere sport voor ouderen te bevorderen zou er meer aandacht voor een specifiek ouderenbeleid in sportverenigingen moeten komen.

4.2.2.7 Landelijke Vereniging Gezondheidscentra

De Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) heeft als taken collectieve en individuele belangenbehartiging van de leden, kwaliteitsontwikkeling en toetsing van de gezondheidscentra.

Een gezondheidscentrum bestaat uit een multidisciplinair team van hulpverleners, waardoor de directe beschikbaarheid van verschillende vormen van hulpverlening voor de patiënt groot is. De gezondheidscentra hebben goede samenwerkingsverbanden met de thuiszorg, hetgeen leidt tot een goede afstemming. Verder heeft de LVG samenwerkingsverbanden met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Door de LVG zijn werkafspraken ontwikkeld die als doel hebben de kwaliteit van de hulpverlening in gezondheidscentra te ontwikkelen en te profileren. Er zijn twee werkafspraken ontwikkeld op het terrein aandoeningen van het bewegingsapparaat. Het ontwikkelen van werkafspraken is lastig binnen een multidisciplinair team, omdat er vaak geen consensus bestaat over de effectieve behandelingsmethoden van een aandoening. De werkafspraken voor rugklachten en artrose zijn daarom alleen in de vorm van checklisten ontwikkeld. Inhoudelijke richtlijnen over hulpverlening in de werkafspraken van lage rugklachten en artrose ontbreken.

Het implementeren van (nieuwe) werkafspraken is afhankelijk van de bedrijfscultuur in een gezondheidscentrum en de persoonlijke visies van de hulpverleners. Hierdoor kunnen op basis van eenzelfde werkafpraak zeer verschillende afspraken worden gemaakt. De toetsing van de kwaliteit van zorg bij de patiënt vindt in de meeste gevallen niet plaats. De financiële middelen zijn vaak niet aanwezig om de werkafspraken op een dergelijke wijze te toetsen.

4.2.2.8 Beroepsverenigingen

Het doel van beroepsverenigingen is onder andere belangenbehartiging, voorlichting en deskundigheidsbevordering door bij- en nascholing en kwaliteitswaarborging door bijvoorbeeld de ontwikkeling van protocollen of het visiteren van praktijken van leden. Binnen vrijwel elke vereniging zijn er activiteiten gericht op voorlichting en deskundigheidsbevordering. Daarnaast heeft elke vereniging werkgroepen en commissies gericht op de kwaliteit van zorg. In de eerste lijn bestaat een aantal voor dit project relevante protocollen (NHG-standaarden), te weten: reumatoïde artritis, schouderklachten, aspecifieke lage rugklachten en lumbo-radiculair syndroom.

4.2.2.9 Stichting Nederlands Paramedisch Instituut

De Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) is per 1 juli 1995 opgegaan in de Stichting Nederlands Paramedisch Instituut. Het Nederlands Paramedisch Instituut is als kenniscentrum voor alle paramedische beroepen actief op drie terreinen Documentatie en informatievoorziening, Onderzoek en Ontwikkeling en Deskundigheidsbevordering. Op het gebied van informatievoorziening bezit het SWSF een documentatiebestand van met gegevens over literatuur, protocollen en lopend onderzoek op paramedisch gebied. Tot nu toe heeft de SWSF geen paramedische diagnose-, behandel- of samenwerkingsprotocollen ontwikkeld.

Op het gebied van aandoeningen van het bewegingsapparaat is er veel aandacht voor deskundigheidsbevordering in de vorm van cursussen gericht op reumatische aandoeningen, klachten van de hoofd-, hals- en nekregio, de schoudergordel en de bovenste extremiteiten en lage rugklachten. De meeste cursussen worden goed bezocht. De cursus 'fysiotherapie bij reumatische aandoeningen' wordt minder bezocht. Als mogelijke oorzaak geeft de SWSF aan dat reuma een beperkt aandachtsgebied binnen de fysiotherapie is en dat de cursus een hoge cursusprijs heeft, mede door de lengte.

4.2.3 Patiëntenorganisaties

4.2.3.1 Nederlandse patiëntenbond voor verenigingen van patiënten met reumatische aandoeningen (Reumapatiëntenbond)

De Reumapatiëntenbond ontplooit activiteiten ten aanzien van voorlichting en belangenbehartiging van reumapatiënten.

Samen met de voorlichtingsactiviteiten vanuit het Nationaal Reumafonds kunnen veel patiënten en hulpverleners worden bereikt. Er worden projecten ondernomen om de voorlichtingsactiviteiten op elkaar af te stemmen. Een recent initiatief is de voorlichting van huisartsen omtrent 'Omgaan met reuma'. Andere activiteiten van de Reumapatiëntenbond zijn het stimuleren van de aanstelling van reumaconsulenten, het opzetten van een reumafoon en het stimuleren van onderzoek.

Afgezien van subsidies en de bijdrage van de eigen leden is de Reumapatiëntenbond afhankelijk van subsidies van het Nationaal Reumafonds. Hierdoor worden de mogelijkheden om het eigen beleid te bepalen en invulling te geven aan specifieke activiteiten ingeperkt.

De Reumapatiëntenbond heeft overleg met de zusterorganisaties; in dit kader wordt door de bond aangegeven dat de samenwerking met de Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten 'Eendrachtig sterk' nog verbetering behoeft. Tevens zou de communicatie met de sDG en de gehandicaptenraad kunnen worden verbeterd.

4.2.3.2 Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten 'Eendrachtig Sterk'

De Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten "Eendrachtig Sterk" (FES) geeft voorlichting en stimuleert de ontwikkeling van de bewegingsprogramma's voor Fibromyalgiepatiënten. Zij werkt samen met het WOCZ, de Gehandicaptenraad en het Nationaal Reumafonds. Contacten worden onderhouden met de Reumapatiëntenbond.

De FES heeft in 1994 en 1995 met name aan de professionalisering van de vereniging gewerkt. Veel activiteiten zijn daarom in ontwikkeling. De activiteiten die de FES ontwikkelt en uitvoert zijn afhankelijk van de inzet van vrijwilligers op landelijk, provinciaal en lokaal niveau en van de financiële steun door het Nationaal Reumafonds en de Gehandicaptenraad.

In 1995 is veel aandacht besteed aan cursussen, waaronder trainingen voor contactpersonen en provinciaal Medewerkers.

4.2.3.3 Osteoporose Stichting

De Osteoporose Stichting richt zich op het voorlichten van het (leken)publiek en hulpverleners in de gezondheidszorg over de oorzaak, preventie en behandeling van osteoporose. Tevens behoort tot de doelstellingen het bevorderen van de kwaliteit van leven van osteoporose patiënten en het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek. De doelgroep van de stichting is in eerste instantie oudere populatie (boven de 45 jaar).

In de toekomst wil de stichting zich ook meer gaan richten op de schoolgaande jeugd, onder meer door voorlichting over goede voeding en beweging in 'lespaketten' op scholen aan te bieden. Financiële middelen begrenzen de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten. De stichting heeft ten aanzien van voorlichtingsactiviteiten samenwerkingsverbanden met GGD'en en diëtisten. Ten aanzien van voorlichting zijn er in beperkte mate contacten met de Reumapatiëntenbond.

Binnen de Wetenschappelijke raad van de Osteoporose Stichting (WROS) zijn er samenwerkingsverbanden met de Vereniging van Calcium en Botstofwisseling, de Vereniging voor Onderzoek van Climacterium en Postmenopauze, de Werkgroep Osteoporose van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR), huisartsen en bewegings- en voedingsdeskundigen.

4.2.3.4 Nederlandse Vereniging van rugpatiënten "de Wervelkolom"

De Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' heeft als doel de belangen van rugpatiënten te behartigen. De leden van de vereniging zijn patiënten met aandoeningen aan de wervelkolom. De taken van de vereniging richten zich met name op voorlichting. De vereniging heeft verschillende voorlichtingsmaterialen en geeft voorlichtingsbijeenkomsten voor patiënten met rugaandoeningen. De vereniging bestaat nu enkele jaren en er wordt met name gewerkt aan de uitbreiding van leden en activiteiten. De mogelijkheden voor de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten worden bepaald door tijdelijke financiële steun door de Gehandicaptenraad.

4.2.3.5 Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie

De Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie richt zich met name op voorlichting en belangenbehartiging van patiënten die door orthopaeden worden behandeld. De stichting geeft vijf keer per jaar een informatief krantje uit en verspreidt informatie via folders, video's e.d.. Daarnaast wordt aandacht besteed aan verbetering van zorg voor patiënten. De stichting heeft goede samenwerkingsverbanden met de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). Omdat de stichting sterk afhankelijk van externe gelden is zijn de mogelijkheden voor het opzetten en uitvoeren van activiteiten gering.

4.2.4 Organisaties gericht op de uitvoering van preventieve activiteiten

4.2.4.1 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en)

In de 'Wet collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV)' worden de taken vastgesteld die een Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) moet uitvoeren. De GGD is in principe geschikt voor de uitvoering van primair preventieve activiteiten, omdat de gehele bevolking bereikt kan worden via een landelijk netwerk van regionale GGD'en. Om inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking te verwerven, hebben alle GGD'en één of meer epidemiologen in dienst. Echter door gebrek aan capaciteit en financiën zijn de mogelijkheden voor epidemiologisch onderzoek beperkt.

De meeste GGD-en voeren onder meer de volgende GVO-activiteiten uit:

- Gezondheidsvoorlichting ('gezondheidswijzer')
- Cursussen over het omgaan met klachten
- Voorlichting over gezond gedrag met onderdelen over voeding en lichamelijk bewegen
- Activiteiten gericht op bewegen

De aandacht van GGD'en voor preventieve activiteiten (GVO activiteiten) gericht op aandoeningen van het bewegingsapparaat is niet groot en wordt zeer verschillend ingevuld. GVO activiteiten waarin aandacht is voor andere aandoeningen zoals hart- en vaatziekten worden veel vaker uitgevoerd. Als reden wordt aangegeven dat er prioriteiten moeten worden gesteld vanwege een tekort aan capaciteit en financiële middelen. Indien bepaalde activiteiten worden geëvalueerd, blijkt dit meestal een waarderingsonderzoek te betreffen. De kwaliteit van de dienstverlening door GGD-en is momenteel in ontwikkeling. Bij het Landelijk Instituut voor GGD-en (LiGGD) wordt momenteel gewerkt aan een kwaliteitsproject 'De GGD op weg naar 2000'.

Binnen de jeugdgezondheidszorg doet zich een grote diversiteit in de taakuitvoering en de personele bezetting voor. Bezuinigingen en prioriteiten binnen het gezondheidsbeleid van GGD-en hebben geleid tot een heteroog beleid in de uitvoering van preventieve gezondheidsonderzoeken. Daarnaast vindt er een ontwikkeling plaats van individu- naar groepsgerichte activiteiten en van algemene doelgroepen naar risicogroepen. Ten aanzien van het periodiek gezondheidsonderzoek blijkt er geen overeenstemming te bestaan over het belang van houdingsafwijkingen in relatie tot aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De GGD-en zouden meer betrokken kunnen worden bij de beleidsontwikkeling door de gemeenten als het gaat om beleid dat invloed heeft op de gezondheid van de inwoners. De samenwerking met andere instanties behelst met name het uitvoerend niveau. Contacten met de zorgverzekeraars zijn nog zeer beperkt.

4.2.4.2 Thuiszorginstellingen

De thuiszorg heeft als taken ouder- en kindzorg (consultatiebureaus), thuiszorg voor chronisch zieken, terminale patiënten en ouderen en preventie. De taken zijn er op gericht om ziekten te voorkomen, de gezondheid te bevorderen, de zelfstandigheid te vergroten en de zelfzorg en mantelzorg te ondersteunen. De thuiszorginstellingen zijn maatschappelijk goed ingebed, waardoor activiteiten goed toegankelijk zijn. Relevant voor dit project zijn GVO-cursussen of themabijeenkomsten, het aanstellen van gespecialiseerde verpleegkundigen reuma/reumaconsulenten en soms van ergotherapeuten. Voor dit project relevante preventieve activiteiten zijn wat betreft onderwerpen vergelijkbaar met die van GGD-en ('gezondheidswijzers', cursussen over het omgaan met klachten, voorlichting over gezond gedrag met onderdelen over voeding en lichamelijk bewegen, activiteiten gericht op bewegen, e.d.). In de consultatiebureaus wordt preventief gezondheidsonderzoek uitgevoerd, onder meer gericht op het opsporen van erfelijke afwijkingen en houdingsafwijkingen.

De thuiszorginstellingen zijn autonoom functionerende instellingen. Het initiatief tot preventieve activiteiten ligt meestal bij een thuiszorginstelling zelf, soms vindt samenwerking met universiteiten of onderzoeksinstellingen plaats. De aandacht voor specifieke preventieve activiteiten (GVO) ten aanzien van aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt zeer verschillend ingevuld. Het blijkt dat bij grotere thuiszorginstellingen meer cursussen en voorlichtingsactiviteiten ontwikkeld kunnen worden, omdat door schaalvergroting bepaalde activiteiten gebundeld kunnen worden, waardoor tijd vrijkomt voor ontwikkeling en specialisatie. Daarnaast is er een groot onderscheid in activiteiten van thuiszorginstellingen die een commerciële weg inslaan en de meer maatschappelijk georiënteerde thuiszorginstellingen. Evaluatie van preventieve activiteiten wordt weinig gedaan en betreft meestal een waarderingsonderzoek.

Sommige thuiszorginstellingen hebben gespecialiseerde wijkverpleegkundigen reuma in dienst, die zich richten op de zorg voor reumapatiënten. Soms zijn ook reumaconsulenten bij thuiszorginstellingen aangesteld.

De taken van de wijkverpleegkundigen en reumaconsulenten zijn niet landelijk vastgesteld, waardoor de taakomschrijving niet eenduidig is.

De beschikbaarheid van ergotherapie voor advisering over aanvragen van hulpmiddelen en verstrekkingen is in de eerste lijn nog zeer beperkt.

De thuiszorginstellingen werken met veel instanties samen. Er kunnen samenwerkingsverbanden met andere thuiszorginstellingen, met ziekenhuizen en met zorgverzekeraars bestaan. De thuiszorginstellingen werken steeds meer in regionaal verband. Ook wordt samengewerkt met onderzoeksinstituten zoals universiteiten, het LCG en Gezondheidsservice Nederland (GSN), waarbij onderzoeken, protocollen en bijscholingscursussen worden ontwikkeld. Met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) hebben de afzonderlijke thuiszorginstellingen vooral samenwerkingsverbanden op beleidsmatig niveau (belangenbehartiging).

4.2.4.3 Coördinatiecentra Chronisch Zieken

De Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) heeft drie experimentele Coördinatiecentra Chronisch Zieken (CCZ) opgezet om de coördinatie van zorg voor patiënten met chronische ziekten te verbeteren. De activiteiten van de centra richten zich onder meer op voorlichting, deskundigheidsbevordering, zorgafstemming en protocollering en wetenschappelijk onderzoek ten behoeve de chronisch zieken.

Ten aanzien van de opzet en uitvoering van de CCZ's zijn inmiddels de eerste conclusies getrokken (zie Interim-rapportage NIVEL, 1995). De eerste anderhalf jaar van de CCZ kon primair als een voorwaardenscheppende fase worden getypeerd. Met het tot stand brengen van de organisatie en vooral met de ontwikkeling van een aanzienlijk netwerk van relevante regionale organisaties is een fundament gelegd voor de realisatie van het uiteindelijke doel: de verbetering van zorg voor chronisch zieken. De coördinatiecentra zijn ingebed in bestaande organisatorische gezondheidsvoorzieningen. Het voordeel van deze 'gastheerconstructie' is dat er niet een geheel nieuwe organisatie in het veld van de gezondheidszorg ontstaat en dat op efficiënte wijze van een aantal overheadvoorzieningen gebruik gemaakt kan worden. Bovendien kunnen de centra gebruik maken van de bestaande ervaringen en netwerken van de gastheerorganisatie. Het feit dat de centra bij verschillende lokaties zijn aangehaakt (een academisch ziekenhuis, een instituut voor revalidatievraagstukken en een regionaal kankercentrum) heeft geleid tot een heterogene opzet en structuur.

Het opzetten en bijhouden van een overzicht van gezondheidsvoorzieningen en adressen is arbeidsintensief. Tot nu toe wordt dit slechts in beperkte mate uitgevoerd. Op het gebied van reuma bestaat er veel foldermateriaal, maar een overzicht hiervan ontbreekt.

In diverse (para)medische opleidingen is een tekort aan aandacht voor reuma geconstateerd. Ook is geconcludeerd dat de communicatie tussen eerste- en tweedelijnszorg (transmuraal) veelal verbetering behoeft. Bij alle CCZ zijn reumaconsulenten aangesteld, maar vanwege verschillende achtergrond en deskundigheid verschilt hun taakinhoud. Financiële beperkingen stellen grenzen aan de verdere uitbreiding van een netwerk van reuma-consulenten of transmuraal verpleegkundig consulenten reuma.

Veel organisaties tonen enige gereserveerdheid ten aanzien van samenwerking met CCZ. Dit wordt verklaard door de experimentele status. Na 1997 zal het experiment en de subsidiëring beëindigen, met nog onbekende consequenties voor twee van de CCZ. Het CCZ Noord Nederland zal wel blijven voortbestaan met structurele steun vanuit andere bronnen dan de NCCZ.

4.2.4.4 Reumaconsulenten

De functie reumaconsulent is in Nederland ontstaan vanuit de opvatting dat naast medische zorg ook behoefte is aan coördinatie tussen verschillende hulpverleners, voorlichting, psychosociale begeleiding en praktische dienstverlening (aanvraag hulpmiddelen, contacten met diverse instanties etc.). De reumaconsulenten zijn in een ziekenhuis, thuiszorginstelling of in één van de drie CCZ aangesteld. Het contact tussen de intramurale en extramurale zorgverleners kan door de transmurale functie van de reumaconsulent worden vergroot, hetgeen de zorgafstemming ten goede kan komen. Verder kan de reumaconsulent de werkdruk van de reumatoloog verlagen. Tot nu wordt de meeste tijd besteed aan directe zorg en zou er meer tijd beschikbaar moeten komen voor coördinatie van zorg. De taken van de reumaconsulenten zijn landelijk nog niet vastgesteld, waardoor de taakafstemming van de reumaconsulent, reumaverpleegkundige en reumatoloog nog vaak onduidelijk is. Een mogelijk gevolg hiervan is dat de functie vaak nog een onduidelijke plaats binnen de bestaande reumazorg heeft.

4.2.4.5 Overige initiatieven

Naast de in dit hoofdstuk aangegeven activiteiten zijn er in Nederland vele initiatieven die niet direct door de genoemde organisaties en instellingen worden uitgevoerd. Een aantal van deze activiteiten is te lokaal of weinig structureel, waardoor het moeilijk is om een totaal overzicht van deze activiteiten te verkrijgen.

Op particulier initiatief, bijvoorbeeld vanuit sportscholen, fysiotherapiepraktijken e.d. worden op tal plaatsen bewegings- en fitnessprogramma's en rugscholingscursussen aangeboden. Andere voorbeelden zijn buitenschoolse bewegingsactiviteiten, lesprogramma's verzorging en ergonomische aanpassingen in huizen, het openbaar vervoer of op scholen.

4.3 Overzicht van preventieve activiteiten gericht op de algemene bevolking

4.3.1 Inleiding

De wijze waarop de diverse organisaties of instellingen zich bezighouden met een bepaalde preventieve activiteit kan worden onderverdeeld in:

a beleidsbepalend / -ontwikkeland

b financierend

c coördinerend / aansturend

d uitvoerend

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de organisaties en instellingen die op een bepaalde wijze (a-d) betrokken zijn bij een bepaalde preventieve activiteit. De gearceerd cellen geven gebieden aan waar in principe geen relevante activiteiten te verwachten zijn. Sommige preventieve activiteiten zijn niet onder te verdelen naar aandoening, in die gevallen zijn de organisaties vermeld in de kolom 'algemeen' en staat in de kolommen per aandoening een streepje. De witte plekken in tabel 4.3 geven dus gebieden aan, waar wel preventieve activiteiten mogelijk zijn, maar waar uit de inventarisatie geen activiteiten zijn gebleken. De 'drukke' cellen in tabel 4.3 geven gebieden aan, waar vele actoren actief zijn. In die gevallen is het van belang dat de uitvoering en samenwerking ten behoeve van die preventieve activiteit goed is georganiseerd. In een aantal gevallen is een activiteit niet duidelijk uit de inventarisatie naar voren gekomen, maar is deze verondersteld op basis van de doelstelling of taken van een bepaalde organisatie.

Aan de hand van paragraaf 4.2 is de volgende lijst met actoren op het gebied van primaire, secundaire en tertiaire preventie opgesteld:

1. Adviesraden op gebied van volksgezondheid
(Gezondheidsraad, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Gehandicaptenraad)
2. Zorgverzekeraars
3. Nationaal Reumafonds
4. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
5. Landelijk Instituut voor GGD-en
6. Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra
7. Landelijk Centrum GVO (nu NIGZ)
8. Landelijk Vereniging voor MBVO
9. Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (nu NOC*NSF)
10. Stichting Dienstverleners Gehandicapten
11. Nederlands Huisartsen Genootschap
12. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
13. Nederlandse Orthopaedische Vereniging
14. Vereniging van Revalidatieartsen / Vereniging Revalidatiecentra in Nederland
15. Nederlandse Vereniging voor Neurologie
16. Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie
17. Reumapatiëntenbond
18. Nederlandse Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten 'Eendrachtig Sterk'
19. Nederlandse Vereniging voor Osteoporosepatiënten
20. Nederlandse Vereniging voor patiënten met rugklachten 'De Wervelkolom'
21. Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie
22. GGD-en
23. Thuiszorginstellingen
24. Coördinatiecentra voor Chronisch Zieken
25. Reumaconsulenten
26. Particuliere initiatieven (vanuit fysiotherapiepraktijken, sportscholen etc.)
27. Voorlichting / beweging in het (basis)onderwijs
28. Organisaties die aandacht besteden aan ergonomie (buiten de arbeidssfeer)
29. Organisaties die zich met uitvoering WVG bezighouden
30. Bij screening op heupdysplasie betrokken hulpverleners

Tabel 4.3 Actoren op het gebied van preventie van aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat gericht op de algemene bevolking

Aandoening	Preventieve activiteit	RA	Artrose	Rug- klachten	Nek- klachten	Schouder- klachten	Elleboog- klachten	Fibromyalgie	Osteoporose	Algemeen
	Voorlichting over voeding: calcium, vitamine D, allergieën		////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	7c/19acd/ 22d/23d	////////////////////
	Voorlichting over overgewicht	////////////////////				////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	7c/22d/23d
	Voorlichting over beweging / tilhoudingen / ergonomie	////////////////////		2bd/7c/20acd/ 21d/22d/23d/ 26d/28d		////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
	Bewegings- en fitnessprogramma's	---	---	---	////////////////////	////////////////////	////////////////////	---	---	2b/7c/8acd/ 9c/22d/23d/ 26d/27d
	Suppletie oestrogenen, calcium, vitamine D	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	12ac/19ac	////////////////////
	Rug- en nekscholingscursussen	////////////////////	////////////////////	2b/7c/9c/16c/ 20c/23d/26d	23d/26d	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
	Screening op heupdysplasie	////////////////////	30	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
	Screenen op houdingsafwijkingen / beenlengteverschil	////////////////////	////////////////////	22d	22d	22d	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////
	Screenen op beperkingen (bij ouderen)	////////////////////						////////////////////		////////////////////
	Screenen van botmassa	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////	////////////////////		////////////////////

//////////////////// = geen mogelijkheid voor preventie

= wel mogelijkheid voor preventie, geen activiteiten

--- = preventieve activiteit niet indeelbaar naar aandoening

Preventieve activiteit	Aandoening	RA	Artrose	Rug- klachten	Nek- klachten	Schouder- klachten	Elleboog- klachten	Fibromyalgie	Osteoporose	Algemeen
Voorlichting over 'omgaan met klachten'/ Algemene informatievoorziening over aandoeningen		3bcd/12c/17cd	3bcd/12c/17cd	2b/7c/20cd/ 22d/23d/26d				3bcd/12c/18cd	7c/19cd	//////////
Beschikbaarheid hulpmiddelen / ergotherapie		2c/3bd/4c/ 17ac/29	2c/3bd/4c/ 17ac/29bcd	2c/20ac/29bcd	2c/29bcd	2c/29bcd	2c/29bcd	2c/18ac/29bcd	2c/19ac/29bcd	//////////
Wachttijstreductie		---	---	---	---	---	---	---	---	2cd/12a/13a/ 15a/17a/18a/ 20a/21a
Deskundigheidsbevordering		2c/3abc/ 11cd/12cd/ 16cd/17c/24cd	2c/3abc/ 12cd/13cd/ 16cd/17c/ 21cd/24cd	2c/11cd/ 13cd/16cd/ 20c/21cd	16cd	16cd	16cd		12ac/19c	//////////
Diagnose- en behandelprotocollen		11ac/12a/17a/ 24a/	13a/21a	(11ac)		11ac				//////////
Visitatie binnen beroepsgroepen		---	---	---	---	---	---	---	---	2a/11a/12ad/ 13ad/14a/ 15a
Communicatie eerste-tweede lijn		---	---	---	---	---	---	---	---	12a
Communicatie curatieve sector - bedrijfsgeneeskundigen		---	---	---	---	---	---	---	---	(12a)
Ondersteunen mantelzorg		?	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////		//////////	//////////
Reumaconsulenten		3a/12a/17a/ 24ad/23d	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////	//////////

////////// = geen mogelijkheid voor preventie

= wel mogelijkheid voor preventie, geen activiteiten

--- = preventieve activiteit niet inderbaar naar aandoening

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

Bij het geven van voorlichting over (gezonde) voeding wordt over het algemeen geen rekening gehouden met aandoeningen van het bewegingsapparaat. Voorlichting over het gebruik van voldoende kalk en vitamine D is ter preventie van osteoporose van belang. Uit de inventarisatie blijkt dat met name de Osteoporose Stichting actief is op dit gebied 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 enkele thuiszorginstellingen geven cursussen op dit gebied, die zich meestal richten 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 LVT of het LiGGD. 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. De LCG 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 ten aanzien van overgewicht kan ook door hulpverleners worden gegeven. Huisartsen en diverse specialisten besteden bij individuele patiënten soms wel aandacht aan overgewicht. Er is echter geen systematische aandacht voor dit onderwerp, bijvoorbeeld aangestuurd vanuit de beroepsverenigingen.

4.3.3 Voorlichting over tilhoudingen / ergonomie

Voorlichting ten aanzien van belasting in de arbeidssituatie en het doorvoeren van ergonomische maatregelen is een vorm van preventie, die effectief is gebleken. Welke voorlichting of ergonomische maatregelen effectief zijn buiten de arbeidssituatie is minder duidelijk.

In algemene voorlichting, bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of gezondheidswijzers van GGD-en, in cursussen 'omgaan met rugklachten' of in rugscholingsprogramma's wordt hier soms wel aandacht aan besteed. Welke onderwerpen van voorlichting en welke aanpak hierbij effectief is, is echter onduidelijk.

Een aantal particuliere organisaties is actief op het gebied van ergonomie buiten de arbeidssituatie. Zo heeft de NS in bepaalde treinen ergonomisch ontworpen stoelen. 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. In voorlichtingspakketten voor scholen kan ook aandacht worden besteed aan de noodzaak van voldoende lichaamsbeweging en aan het voorkómen van en verkeerde houding in het algemeen of het op goed wijze tillen of uitvoeren van andere bewegingen.

4.3.4 Bewegings- en fitnessprogramma's

Op het gebied van bewegings- en fitnessprogramma's zijn relatief veel organisaties actief. Bij het LCG en het NISG zijn data-bestanden aanwezig, waarin een groot aantal van deze programma's is opgenomen. Vanuit de Landelijke Vereniging voor 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. Er bestaan grote verschillen in de financiering van MBvO, die kan plaatsvinden vanuit gemeente-gelden, gelden vanuit thuiszorg, ouderenwerk of welzijnswerk, een eigen bijdrage van de deelnemers en in en enkel geval (mede) vanuit een zorgverzekeraar. Het is onduidelijk in hoeverre het aanbod op dit gebied tegemoet komt aan de behoefte. Sommige regionale steunpunten voor MBvO hebben ook speciale aandacht voor de doelgroep chronisch zieken. 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 fitnessprogramma's op commerciële basis. Sommige zorgverzekeraars geven een bijdrage in de kosten van deelname aan bepaalde programma's.

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 zo'n 55% van de kinderen van 10-15 jaar wekelijks minder dan 7 uur lichaamsbeweging krijgt.

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 nadat de ontwikkelen.

4.3.5 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.

4.3.6 Rugscholing

In Nederland worden door veel verschillende instanties rug- en nek-scholingscursussen aangeboden. Op dit terrein is duidelijk sprake van concurrentie. Deelnemers aan deze cursussen worden meestal gerecruteerd vanuit de beroepsbevolking. De doelgroep bestaat meestal uit personen, die klachten hebben of recent klachten hebben gehad. Te noemen zijn GGD-en (hoewel vaak ook gericht op beroepsbevolking), thuiszorginstellingen, revalidatie-instellingen fysiotherapiepraktijken, sport-scholen en dergelijke. De inhoud van de diverse cursussen varieert sterk en de patiëntengroep is meestal vrij heterogeen. Hierdoor is de discussie over effectiviteit van dit type cursus nog niet afgerond. 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.

4.3.7 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.

4.3.8 Screening op houdingsafwijkingen / beenlengteverschil

Screening op houdingsafwijkingen en beenlengteverschil wordt uitgevoerd door jeugdartsen of sociaal verpleegkundigen 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 vervangen door een gezondheidsvragenlijst.

4.3.9 Voorlichting over 'omgaan met klachten' / algemene informatie over aandoeningen

Vele instanties zijn betrokken bij de voorlichting over diverse aandoeningen van het bewegingsapparaat en behandeling daarvan. Voorlichting over rug- en nekklachten vindt ook plaats binnen de rug- en nekscholen. Patiëntenvereniging besteden over het algemeen veel aandacht aan voorlichting door middel van folders, video's, telefoonlijnen, voorlichtingsbijeenkomsten, kranten, radio en zelfs televisie. Hierbij richten zij zich op de ziekten, waaraan de bij hen aangesloten patiënten lijden. 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. 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 aan de gang gegaan, 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 aandoeningen behoefte hebben. Soms is vanwege een klein budget het bereik van voorlichtingsmaterialen beperkt.

4.3.10 Beschikbaarheid hulpmiddelen / ergotherapie

Hulpmiddelen kunnen een belangrijke rol spelen bij het verminderen van beperkingen, die het gevolg zijn van aandoeningen van het bewegingsapparaat en het verkleinen of voorkómen van sociaal isolement. Het systeem van verstrekking van hulpmiddelen is recent enorm veranderd door invoering van de WVG. Bij de uitvoering van de WVG staan gemeenten centraal. Een aanvraag moet bij een gemeenteloket worden ingediend.

De gemeenten beslissen over toekenning en eigen bijdragen en beheren het hiervoor beschikbare geld. Zij kunnen indien zij dat noodzakelijk achten medisch advies inwinnen bij bijvoorbeeld GGD-en of Zorgvoorzieningen Nederland (de voormalige GMD). Uit inmiddels beschikbare evaluaties komen duidelijke nadelige gevolgen van deze wet naar voren. De deskundigheid van de betrokken gemeenteambtenaren is vaak onvoldoende, er is grote rechtsongelijkheid ontstaan door verschillen tussen gemeenten in toekenningsbeleid en eigen bijdragen en het aantal hulpmiddelen en met name ook de vergoeding van vervoer is sterk 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 beperkingen als gevolg 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.

4.3.11 Wachtlijstreductie

Voor consultatie van sommige specialisten of voor bepaalde verrichtingen, met name op orthopaedisch gebied, kunnen wachtlijsten zijn ingesteld. Er bestaan grote interregionale verschillen in aanwezigheid en lengte van wachtlijsten. Wachtlijsten 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.

Ook gaat tijdens de wachttijd het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door. Reductie van de wachttijd is met name via reductie van ziekteverzuim kosten-effectief gebleken. Een probleem daarbij is, dat de opbrengst van wachtlijstreductie vaak niet terecht komt bij de organisatie, die zich daarvoor inspant. Hierin komt echter verandering doordat de werkgever een schadeverzekering kan afsluiten voor het risico van ziekteverzuim, dat voor zijn rekening komt. 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. Patiëntenverenigingen besteden aandacht aan wachtlijsten, waarmee de bij hen aangesloten leden geconfronteerd worden. Beroepsverenigingen van specialisten proberen vaak wachtlijsten binnen hun eigen vakgebied te verminderen. Sommige zorgverzekeraars doen op verzoek aan wachtlijstbemiddeling, waarbij zij vaak binnen de regio van de patiënt kijken of elders geen of kortere wachtlijsten bestaan voor consultatie of behandeling.

4.3.12 Deskundigheidsbevordering

De kennis van de hulpverlener over aandoeningen van het bewegingsapparaat en de behandeling daarvan is van essentieel belang voor de kwaliteit van zorg, die zij kunnen bieden. Daarom hebben veel beroepsverenigingen van hulpverleners 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). Het aanbod via de PAOG is soms gericht op specifieke beroepsgroepen en is dan vaak een verplicht onderdeel van de opleiding. Daarnaast zijn er meer algemeen toegankelijke PAOG-cursussen voor een bredere doelgroep. Per universiteit wisselt het aanbod van PAOG-cursussen gericht op het bewegingsapparaat van geen tot ongeveer vier per jaar, soms met een vast onderwerp of thema, vaak ook met jaarlijks wisselende onderwerpen. Vakgroepen huisartsgeneeskunde en de regionale huisartsverenigingen organiseren vaak 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.

4.3.13 Diagnose- en behandelprotocollen

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. De 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 zijn op dat gebied actief. 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 revalidatieartsen zijn nog geen protocollen aanwezig, wel vindt op dat gebied onderzoek plaats bijvoorbeeld gericht op lage rugklachten.

4.3.14 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, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging heeft een deel van de praktijken gevisiteerd en 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 goede richtlijnen en toetsingsmethoden konden worden ontwikkeld.

4.3.15 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.

4.3.16 Communicatie curatieve sector - bedrijfsgeneeskundigen

Aan het probleem van beperkte communicatie tussen bedrijfsartsen en artsen in de curatieve sector wordt alleen in onderzoek aandacht besteed. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging heeft richtlijnen voor het vaststellen van arbeidsongeschiktheid in het kader van keuringen. 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. Het Nederlands Instituut voor Arbeidsvraagstukken voert momenteel onderzoek uit 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 vaak wel aandacht besteden aan het functioneren van de patiënt in de arbeidssituatie.

4.3.17 Reumaconsulenten

Uit onderzoek is naar voren gekomen, dat reumaconsulenten een nuttige bijdrage kunnen leveren aan de zorg voor reumapatiënten. In eerste instantie richten zij zich met name op patiënten met reumatoïde artritis. 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, de CCZ, de Reumapatiëntenbond en 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. Ook twee CCZ hebben een reumaconsulente in dienst.

5. INVENTARISATIE VAN PREVENTIEVE ACTIVITEITEN GERICHT OP DE BEROEPSBEVOLKING

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen besproken van een inventarisatie van de organisatie en uitvoering van maatregelen ter preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de beroepsbevolking. Aan de orde komen de betrokken organisaties (5.2), de maatregelen die zij nemen (5.3) en welke belemmerende en bevorderende factoren hierbij een rol spelen (5.4).

Gezien het verschil in aard van de maatregelen gericht op de primaire preventie en maatregelen gericht op reïntegratie worden deze activiteiten (5.5) en de belemmerende en bevorderende factoren eerst apart beschreven (5.6). Vervolgens wordt alle beschikbare informatie voor elke afzonderlijke bevorderende en belemmerende factor besproken (5.7). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een bespreking van de mogelijke preventieve maatregelen uit hoofdstuk 3. Per activiteit wordt besproken welke organisaties zich met die activiteit bezig houden en welke bevorderende en belemmerende factoren daar een rol bij spelen (5.8).

5.2 De organisaties

Bij organisaties en instellingen, die direct dan wel indirect betrokken zijn bij de preventie van bewegingsapparaatklachten in het werk, is geïnventariseerd wat hun activiteiten zijn op dit terrein. De gegevens voor dit overzicht zijn ontleend aan schriftelijke informatie (jaarverslagen, extra informatie op verzoek) en in sommige gevallen aan antwoorden verkregen met een schriftelijke vragenlijst. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van de organisaties en instellingen die een vragenlijst hebben gekregen en welke deze hebben ingevuld.

In deze paragraaf wordt dezelfde indeling aangehouden als in hoofdstuk 4. De organisaties zijn ingedeeld naar organisaties die:

- gericht zijn op beleid of financiering
- overkoepelende organisaties en beroepsorganisaties
- activiteiten uitvoeren

Deze indeling is niet altijd eenduidig, sommige organisaties hebben bijvoorbeeld zowel een financierende als een uitvoerende taak.

De beleidsbepalende organisaties zijn met name het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en in mindere mate het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). De financiering van preventieve activiteiten op de werkplek is vooral een zaak van werkgevers en werknemers in de bedrijven. De uitgaven voor de sociale zekerheid (ziektewet en arbeidsongeschiktheid) berust tevens bij SZW en de uitgaven voor medische zorg bij VWS. Door toekomstige wetgeving zal waarschijnlijk een steeds groter gedeelte van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid direct voor rekening van de bedrijven komen of door de bedrijven bij particuliere verzekeringsmaatschappijen worden herverzekerd. Landelijke sturing en coördinatie van de activiteiten vindt slechts gedeeltelijk bij de overheid plaats. Daarnaast spelen een aantal organisaties hierin een beperkte rol. Overkoepelende werkgevers- en werknemersorganisaties hebben enige sturende invloed op het beleid van de overheid en op de bij hen aangesloten werkgevers en werknemers uit bedrijven. De brancheorganisaties zijn nauwer betrokken bij de coördinatie en sturing van de preventie activiteiten in de afzonderlijke branches. Dit geldt eveneens voor de afzonderlijke vakbonden. In de meeste branches zijn deze sturing en coördinatie slechts beperkt van omvang. In een aantal branches is een specifieke organisatie opgericht die een duidelijk coördinerende rol heeft voor de branche activiteiten op het gebied van de arbeidsomstandigheden.

Reïntegratie activiteiten worden gecoördineerd door het TICA (Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming). De uitvoering van deze activiteiten berust bij de bedrijfsverenigingen, de bedrijven en de arbodiensten.

De werkgevers en werknemers in de bedrijven zijn, samen met de arbodiensten, de directe uitvoerders van preventieve maatregelen in bedrijven. Dit betreft zowel het nemen van maatregelen ter voorkoming van het ontstaan van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, als activiteiten gericht op voorkomen van verergering van klachten en preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid. De verschillende organisaties en hun activiteiten op het gebied van preventie van bewegingsapparaatklachten zullen hieronder kort worden besproken.

5.2.1 Organisaties gericht op beleid of financiering

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

In de periode '88-93 is een aantal projecten uitgevoerd die niet direct gekoppeld waren aan wetgeving maar waren bedoeld om de kwaliteit en de uitvoering van activiteiten gericht op preventie van klachten en aandoeningen te verbeteren. Het ging vooral om instrumentontwikkeling voor gebruik door arbodeskundigen in het veld ter ondersteuning van hun preventieve activiteiten, zoals:

- Ontwikkelen van instrumenten voor het beoordelen van fysieke belasting en opstellen van een handboek voor protocollering van sociaal medische begeleiding.
- Activiteiten ter ondersteuning van uitvoeren RI&E, zoals onderzoek naar het belang van risicofactoren en risicogroepen op het gebied van fysieke belasting.

Vanaf 1993 is met name de instrumentontwikkeling voor arbodiensten en de voorlichting die niet gekoppeld is aan wetgeving, geëxtensiveerd. De markt van arbodiensten werd verondersteld dit verder zelf op te pakken. Het beleid van SZW is sindsdien meer gericht op het bevorderen van de zelfwerkzaamheid (de zorgplicht uit de arbowet) bij bedrijven en minder op (onderzoek voor) normstelling en instrumentontwikkeling door de centrale overheid. Enkele van de activiteiten in deze lijn zijn:

- Het ontwikkelen van een netwerkgerichte benadering. Bij een netwerk gerichte benadering wordt allereerst een analyse gemaakt van de motivatie en wijze van uitvoeren van maatregelen in bepaalde branches, om vervolgens een strategie te ontwikkelen op welke wijze en op welke manier de bedrijven moeten worden gestimuleerd tot het nemen van maatregelen.
- Het opzetten van monitorsystemen om de ontwikkelingen in de markt te blijven volgen, zodat tijdig het beleidsinstrumentarium hierop in gezet kan worden dan wel hieraan kan worden aangepast. Het monitoringsysteem is er op gericht de ontwikkelingen in het voorkomen van arborisico's en de nadelige effecten daarvan als bedrijfsongevallen en ziekteverzuim te volgen. Ook de werking van het gevoerde beleid kan aldus worden gevolgd.
- Het uitwerken van economische argumentatie op het terrein van arbeidsomstandigheden, om (politiek) evenwichtige sociaal-economische afwegingen te kunnen maken, maar ook om inzicht te verkrijgen in het rendement van arbo-investeringen of investeringen in reïntegratiemaatregelen.

Deze nieuwe ontwikkelingen gelden voor arbeidsomstandigheden in het algemeen en de aanpak van fysieke belasting in het bijzonder. Overigens is op dit moment ook nog een langlopend longitudinaal onderzoek gaande naar de (werkgebonden) risicofactoren van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Ministeries van SZW en VWS en de arbeidsongeschiktheidsfondsen die nu onder het Tica ressorteren.

Wetgeving op het terrein van risico's door fysieke belasting is vastgelegd in het besluit Fysieke Belasting dat vanaf februari 1993 van kracht is. Dit Besluit is de Nederlandse implementatie van de EG-richtlijn "betreffende minimum veiligheids- en gezondheidsvoorschriften voor het manueel hanteren van lasten met gevaar voor met name rugletsel voor werknemers". Dit besluit fysieke belasting zal onverkort worden overgenomen in het toekomstige Arbobesluit waarin alle arbobesluiten worden samengevoegd.

Voor een nadere uitwerking van dat nieuwe besluit kunnen zogenaamde beleidsregels worden vastgesteld. Voorheen gebeurde dat door middel van zogenaamde Publicatie-bladen. Met name van werkgeverszijde is bezwaar gemaakt tegen het voorgestelde concept-publicatieblad "Handmatig tillen". Dit leidde ondermeer tot:

- een Gezondheidsraadadvies over de wetenschappelijke onderbouwing van de voorgestelde methode voor risicobeoordeling voor handmatig tillen (NIOSH methode);
- een onderzoek naar de kosten en baten van invoeren van verschillende normstellingen voor handmatig tillen voor bedrijven.

De resultaten van deze twee studies zullen vervolgens worden gebruikt voor het opstellen van een nieuw beleidsvoorstel dat aan de SER wordt voorgelegd voor advisering voordat een politiek besluit wordt genomen. Voor andere fysiek belastende factoren dan tillen zijn reeds grenswaarden geïnterpreteerd en gepubliceerd (Delleman, 1994). Voor een overzicht van de Europese en Internationale normgeving op het gebied van fysieke belasting wordt verwezen naar Dul (1995).

Op het moment is door het Ministerie van SZW een adviesaanvraag bij de SER ingediend, getiteld: heroriëntatie arbobeleid en arbowet.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Stimulering van bewegen vormt voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een beleidsprioriteit. Zowel in de nota 'Gezond en wel' (1995) m.b.t. het volksgezondheidsbeleid als in de Welzijnsnota (1994) wordt aandacht besteed aan de gunstige effecten van bewegen voor de gezondheid en de negatieve effecten in de vorm van blessures van het bewegingsapparaat. Met name de Directie Sportzaken vervult een stimulerende rol in het leggen van verbanden tussen bewegen in de vrije tijd en bewegen in arbeid. Hiervoor krijgen zowel TNO als het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (NISG) (doel)subsidiegelden onder de noemer 'Sport-Arbeid-Gezondheid'. Aandachtspunt hierbij vormen o.m. klachten van het bewegingsapparaat en de mogelijk gunstige effecten van gezond bewegen in en buiten werk op (uitval ten gevolge van) deze klachten. VWS gaat er daarbij vanuit dat sportief bewegen per saldo een positieve gezondheidswaarde heeft, ondanks de daaraan inherente blessure-problematiek. Het beleid is er dan ook op gericht sportief bewegen in brede zin te stimuleren en blessures te voorkomen. Naast het aanvullen van ontbrekende gegevens, vindt men het van groot belang de juiste aanpak te kiezen voor het benaderen van doelgroepen en het implementeren van programma's, zodat een structureel, 'beklijvend' resultaat wordt bereikt. Ook is men van mening dat de rol van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (met betrekking tot invulling invalshoek 'arbeid') alsmede Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (met betrekking tot invulling invalshoek jeugdigen) op dit beleidsterrein versterkt zou moeten worden.

Het Ministerie ondersteunt (samen met o.a. het Praeventiefonds en de Hartstichting) de landelijke campagne 'Nederland in beweging', waarin de komende acht jaar diverse doelgroepen (ouderen, chronisch zieken, jeugdigen en werknemers) tot gezond bewegen worden gestimuleerd. Deze campagne wordt uitgevoerd door NISG, waarbij TNO ondersteuning zal gaan verlenen, met name ten aanzien van de invulling van de campagne richting werknemers.

Verschillende andere programma's van VWS zijn relevant voor het stimuleren van preventie van bewegingsapparaatklachten in de beroepsbevolking, hiervoor wordt verwezen naar paragraaf 6. . Met name de toenemende aandacht van VWS voor het stimuleren en optimaliseren van de arbeidsparticipatie van chronisch zieken is in dit verband van belang.

Zorgverzekeraars

Ziekenfondsverzekerden hebben sinds kort het recht om eenmaal per twee jaar van zorgverzekeraar te veranderen. Hierdoor kunnen de verzekeraars bedrijven een collectieve ziektekostenverzekering aanbieden. De bedrijven sluiten dan een collectieve ziektekostenverzekering af voor zowel de particuliere- als ziekenfondsverzekerden waarbij de werkgevers 50% van de premie betalen. Eén van de mogelijke invullingen van een dergelijke collectieve verzekering is het aanbieden van aanvullende pakketten, bijvoorbeeld gericht op preventie. Enkele zorgverzekeraars hebben een dergelijk pakket gericht op preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Deze maatregelen kunnen bestaan uit het aanbieden van trainingsprogramma's voor mensen met rugklachten of extra controle en begeleiding van mensen met rugklachten etc.

Vanwege de gewijzigde ARBO-wet (1 januari 1994) zijn bedrijven verplicht om een preventief ziekteverzuimbeleid te voeren. Vanaf die datum moesten de eerste twee of zes weken van het verzuim worden betaald door de bedrijven zelf. Bedrijven kunnen dit risico verzekeren bij particuliere verzekeraars. Sinds maart 1996 moet het loon tijdens het hele eerste ziektejaar door de werkgever worden doorbetaald. Indien een deel van de bedrijven dit risico zal herverzekeren bij particuliere verzekeringsmaatschappijen wordt preventie van verzuim voor deze instellingen mogelijk van groter belang. Vooralsnog worden deze ontwikkelingen echter afgewacht. De meeste zorgverzekeraars verplichten de bedrijven zich aan te sluiten bij (gecertificeerde) arbodiensten om het (preventief) verzuimbeleid enigszins te sturen. Sommige zorgverzekeraars zijn een samenwerkingsverband aangegaan met een aantal grotere arbodiensten, waarbinnen gemeenschappelijk beleid kan worden ontwikkeld. Andere zorgverzekeraars hebben onder andere voor dit doel eigen arbodiensten opgericht.

5.2.3 Overkoepelende organisaties of beroepsorganisaties

Overkoepelende werkgeversorganisaties

Het VNO/NCW, MKB-Nederland en de AWV zijn door ons schriftelijk en telefonisch benaderd en gevraagd naar hun visie op mogelijkheden de preventie van bewegingsapparaatklachten bij werknemers te bevorderen en naar de activiteiten die zij op dit terrein uitvoeren. Door het feit dat deze organisaties indirect betrokken zijn bij preventie van bewegingsapparaatklachten en hierover door de organisaties geen standpunt was bepaald, is het niet mogelijk gebleken een reactie op deze specifieke vraag te verkrijgen van het VNO/NCW en MKB-Nederland. Van de Algemene Werkgevers Vereniging (AWV) is wel informatie verkregen over de activiteiten die zij op dit gebied ontwikkelen. Een aantal van deze activiteiten heeft wel een relatie met de bevordering van preventie van bewegingsapparaatklachten maar zijn daar niet specifiek op gericht. Genoemd worden: het ontwikkelen van een model voor sociaal medische begeleiding samen met de Industriebond FNV, het geven van (schriftelijke) voorlichting over de Arbeidsomstandighedenwet, de wet Terugdringing Ziekteverzuim, de voordelen van autonome groepen en het organiseren van groepsbijeenkomsten over sociaal medische begeleiding en risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E). Tevens is specifiek gericht op bewegingsapparaataandoeningen voorlichting gegeven over cursussen/trainingen/rugscholen en de eisen die daaraan gesteld moeten worden om dergelijke initiatieven structureel tot een succes te maken.

Overkoepelende werknemersorganisaties

Ook voor de overkoepelende vakcentrales geldt dat zij niet direct betrokken zijn bij de preventie van bewegingsapparaatklachten; dit is veeleer een zaak van de aangesloten bonden. De FNV vakcentrale heeft dan ook geen reactie gegeven op onze vraag aan te geven welke factoren in hun visie van belang zijn om preventie van bewegingsapparaatklachten bij werknemers te bevorderen en welke activiteiten zij als vakcentrale op dat terrein ontwikkelt. Zij heeft er wel op gewezen dat aangesloten vakbonden veel werkdruk-projecten hebben georganiseerd, en dat in het arbeidsvoorwaardenbeleid het maken van afspraken gericht op preventie wordt nagestreefd. Verder worden ondernemingsraden ondersteund op het terrein van RI&E en de keuze van een arbodienst.

Branche organisaties

Achtendertig branche organisaties zijn aangeschreven. Van 13 branche organisaties zijn gegevens verkregen. Zeven van hen zeggen geen enkele activiteit, specifiek op dit terrein te hebben. De andere organisaties hebben wel activiteiten genoemd. Dit zijn gedeeltelijk algemene arbo-activiteiten zoals:

- afstemmen van maatregelen en onderlinge informatie uitwisseling in de SER
- afstemmen van regelingen zoals onderschrijven van een protocol voor aanstellingskeuringen
- motiveren en voorlichten leden-ondernemingen
- geven van cursussen, bijvoorbeeld over verzuimbeheersing en methoden voor RI&E

Specifiek gericht op preventie van bewegingsapparaatklachten is genoemd:

- stimuleren van ergonomisch verantwoorde werkmaterialen
- onderzoek laten uitvoeren naar tilproblematiek
- geven van ergonomische instructies

Vakbonden

Vijfentwintig vakbonden zijn aangeschreven. Zes hebben gereageerd. Zij geven aan met name voorlichtende en scholende activiteiten te ondernemen gericht op het stimuleren van preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in bedrijven. Hieronder valt het uitbrengen van brochures en handboeken, het geven van voorlichting en training, en het houden van themabijeenkomsten over bijvoorbeeld kwaliteit van de arbeid en arbeidsomstandigheden in het algemeen (bijvoorbeeld opstellen arbo-plan) en vermindering van fysieke belasting in het bijzonder (bijvoorbeeld geven van voorlichting over RSI). Ten aanzien van reïntegratie wordt door alle bonden aangegeven dat ze voorlichting geven al dan niet met advies en begeleiding.

Branche-organisaties op arboterrein

Er zijn vier branches waar werkgevers en werknemers een stichting in het leven hebben geroepen die zich specifiek richt op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden in de branche. Dit zijn: de Stichting BGZ Wegvervoer (wegvervoer), Stichting Arbouw (bouw) en Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren (landbouw) en Stichting Vervangingsfonds en Bedrijfsgezondheidszorg voor het onderwijs (onderwijs). Vanwege het belang van deze stichtingen voor de preventieve activiteiten in de vier genoemde branches/bedrijfstakken worden de activiteiten van deze organisaties hieronder kort besproken.

BGZ Wegvervoer heeft als doel het bevorderen van een goed arbo- en verzuimbeleid in het beroepsgoederenvervoer over de weg (BGZ Wegvervoer, 1995). Het werkveld van BGZ Wegvervoer bestaat uit ruim 5000 bedrijven met in totaal 90.000 werknemers in het beroepsgoederenvervoer over de weg. Activiteiten die een relatie hebben met preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn:

- (laten) ontwikkelen van instrumenten ten behoeve van aanstellingskeuringen, PAGO, RI&E en werkplekonderzoek specifiek voor het beroepsgoederenvervoer

- (laten) ontwikkelen van trainingen gericht op enkele specifieke knelpunten in het beroepsgoederenvervoer. Een voorbeeld is de chauffeurstraining "Fit op de Rit". Tijdens de ochtend wordt aandacht besteed aan gezond werken en met name aan de rug. Tijdens de middag wordt het onderwerp stress op het werk besproken. Vanaf het cursusjaar 1994/1995 is Fit op de Rit opgenomen in een speciale arbo-module van leerlingen van Vakopleiding Wegvervoer. In 1992 is men van start gegaan met het landelijk aanbieden van een rugcursus voor mensen die wegens rugklachten regelmatig verzuimen.
- (mede)financieren van een aantal onderzoeksprojecten, op het terrein van het houdings- en bewegingsapparaat. Voorbeelden zijn het onderzoek 'Cabine Ergonomie', uitgevoerd door TNO, waarin het oordeel van chauffeurs over ergonomische aspecten van de vijftien meest verkochte cabinetypes zijn geïnterviewd en het onderzoek 'Trillingen heftruckchauffeurs', uitgevoerd door het Coronel laboratorium te Amsterdam, waarin de mogelijkheid om trillingsbelasting bij heftruckchauffeurs te verminderen wordt onderzocht.
- geven van voorlichting
- analyseren van verzuim- en keuringsgegevens.

Doel van Stichting Arbouw is om de bedrijfstak bouwnijverheid te ondersteunen bij het verbeteren van arbeidsomstandigheden en het terugdringen van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. Als kenniscentrum voor de bouwnijverheid heeft Arbouw een uitgebreid onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma, waarin vermindering van de fysieke belasting in de bouw en preventie van klachten van het bewegingsapparaat belangrijke aandachtsgebieden zijn. Dit bestaat uit de volgende onderdelen:

- arbeidsomstandighedenonderzoek op bedrijfstakniveau ten aanzien van arborisico's, arbobeleid en arbodienstverlening;
- onderzoek naar ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, beroepsziekten en -ongevallen;
- ontwikkelen en actualiseren van informatiesystemen op het gebied van arbeidsomstandigheden; (Onder andere een uitgebreid Produkt Informatie Systeem en het Arbouw-informatiesysteem bouwtaken)
- model- en instrumentontwikkeling; Een voorbeeld van dergelijke activiteiten is de Bouwmodule Tiladviseur, een door TNO-PG ontwikkeld instrument om tilsituaties te evalueren en de richtlijnen arbeidsgeschiktheid voor bedrijfsartsen, een door TNO-PG ontwikkeld instrument om bedrijfsartsen te ondersteunen bij het inschatten van de medische geschiktheid van keurlingen bij de intredekering.

- richtlijnontwikkeling en normering; Het gaat hier om het ontwikkelen van arborichtlijnen en/of normen voor materialen, hulpmiddelen en werkmethoden. De belangrijkste activiteit op dit terrein is de ontwikkeling van zogenaamde A-bladen op verzoek van CAO-partijen. Voorbeelden hiervan zijn het A-blad tillen en het A-blad bestratingsmaterialen.
- deskundigheidsbevordering;
- wetenschappelijke documentatie.

Naast een uitvoerig onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma heeft de Stichting Arbouw ook een voorlichtings- en documentatiecentrum, geeft cursussen o.a. op het terrein van ergonomisch tillen integreert middels het onderwijsplan veilig en gezond werken in de beroepsopleidingen en ontplooit activiteiten om produkten en technieken in de bouwnijverheid arbovriendelijk te maken. In de CAO is daarnaast vastgelegd dat iedere werknemer recht heeft op bedrijfsgezondheidszorg. Het organiseren van deze bedrijfsgezondheidszorg is een belangrijke taak van de Stichting Arbouw. Arbouw ziet hierbij ondermeer toe op de uniformiteit, de kosten en de kwaliteit van de collectief gefinancierde dienstverlening door de arbodiensten.

Eind 1986 is de Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren (STIGAS) opgericht met als doel de bedrijfsgezondheidszorg in de agrarische sector te bevorderen, middels voorlichting, wetenschappelijk onderzoek naar risico's en het uitvoeren van praktijkproeven. Door STIGAS zijn verschillende projecten ontwikkeld om te komen tot vermindering van fysieke belasting in de land en tuinbouw. Sinds 1994 biedt STIGAS naast preventieve arbozorg tevens verzuimbegeleiding en controle aan op landelijk niveau. STIGAS biedt arbozorg aan met name het midden- en kleinbedrijf zoals de agrarische sector, slagers- en bakkersbranche.

Stigas onderneemt onder meer de volgende activiteiten ter preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat:

- training 'gezond bewegen' voor werknemers;
- (mede)financieren van onderzoeksprojecten op het terrein van houding en beweging en verbetering van de werkplek zoals: ergonomische verbetering van de melkstal, verbetering rolcontainer in de glastuinbouw, verbetering 'laag bij de grondwet' in de boomteelt en ontwikkeling van een oogststoeltje in de radijsteelt;
- voorlichtingsmateriaal: "let op je rug", koopwijzer voor de trekker, koopwijzer voor de melkstal.

De Stichting Vervangingsfonds en Bedrijfsgezondheidszorg voor het onderwijs (Stichting Vf/BGZ) richt zich met een aantal activiteiten op reductie van verzuim en bevorderen van reïntegratie voor docenten en technisch personeel in het onderwijs. De nadruk ligt op vermindering van psychosociale belasting en preventie van stress, maar ook klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat hebben de aandacht. De volgende activiteiten worden ondernomen:

- het invoeren, instandhouden en verbeteren van de bedrijfsgezondheidszorg in het onderwijs;
- het beheren en toedelen van gelden aan onderwijsinstellingen met problemen met de arbeidsomstandigheden of een bovengemiddeld verzuim voor extra preventieve activiteiten;
- het geven van voorlichting, oa een brochure over preventie van rugklachten
- het ontwikkelen van instrumenten
- het uitvoeren van onderzoek; waaronder een onderzoek naar risicofactoren voor klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat onder docenten lichamelijke opvoeding dat moet resulteren in voorstel voor een preventieve aanpak.

Beroepsverenigingen

De beroepsbeoefenaren die een rol spelen bij het nemen van preventieve maatregelen voor klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de beroepsbevolking zijn verenigd in de volgende beroepsverenigingen. Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVvA), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NvAB), Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsartsen (NVVG), Nederlandse Vereniging voor Ergonomie (NVvE), de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde (NVVK), Nederlandse Vereniging voor Bedrijfsverpleegkunde (NVvB), Nederlandse Vereniging voor Bewegingswetenschappers, Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen (NVvA), Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid (NVP) en Nederlandse Vereniging voor Bedrijfsfysiotherapie.

Aan deze beroepsverenigingen is gevraagd welke activiteiten zij voor hun leden organiseren/ondernemen ter bevordering van toepassing van preventieve maatregelen in bedrijven ter voorkoming van klachten van het bewegingsapparaat, danwel ter reïntegratie van (ex-)werknemers met langdurige klachten daarvan. Deze Verenigingen richten zich allemaal op bij- en nascholing van hun leden middels bijeenkomsten, symposia, congressen, studiedagen of andere informatie-uitwisseling zoals een ledenblad. Over het algemeen worden alleen ad hoc activiteiten verricht die specifiek gericht zijn op preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Patiëntenverenigingen

Voor een beschrijving van de patiëntenverenigingen van patiënten met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt verwezen naar paragraaf 4.2.3.

Op het moment lijkt er vanuit de patiëntenverenigingen toenemende aandacht te zijn voor aspecten die te maken hebben met de arbeidsparticipatie. Onlangs is ook een patiëntenvereniging opgericht voor en door mensen met RSI. Gezien het sterke werk gebonden karakter van deze klachten en aandoeningen is verminderen van fysieke belasting op het werk die bijdraagt aan het ontstaan van deze klachten, evenals een effectieve en optimale sociaal medische begeleiding en reïntegratie, een belangrijk aandachtspunt voor de patiëntenvereniging. Daarnaast richt de vereniging zich op verbetering van erkenning en diagnose stelling van de klachten en aandoeningen. Dit geldt zowel voor de curatieve zorg als de bedrijfsgezondheidszorg. Ook acceptatie van de klachten binnen het sociale zekerheidsstelsel vindt de patiëntenvereniging van belang. De belangen van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden vertegenwoordigd door de WAO-platvorms.

Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek

Het doel van het Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek (GBW) is het bewerkstelligen dat gezondheidsbevordering een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de bedrijfsvoering van arbeidsorganisaties. Het bevorderen van een gezonde leefstijl van werknemers en het realiseren van een gezonde werkplek staan daarbij centraal. Het Centrum GBW is op 1 februari 1995 gestart en is een initiatief van het Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF. Het Nationaal Reumafonds is geen onderdeel van dit initiatief. In feite gaat het hier niet om preventie van werkgebonden klachten maar om algemene preventieve activiteiten die op de werkvloer worden uitgevoerd. Het Centrum GBW heeft de volgende vijf taken:

- produkt- en methodieontwikkeling gericht op individu-niveau (gedrag, leefstijl, vaardigheden en grondhouding), afdelingsniveau en bedrijfsniveau
- scholing en training van arbo-deskundigen, leidinggevende, georganiseerde werknemers, personeelsfunctionarissen en bedrijfsmaatschappelijk werk
- onderzoek bijvoorbeeld naar randvoorwaarden van GBW-programma's, kwaliteit en effectiviteit van GBW-programma's
- documentatie op beperkte schaal
- voorlichting

Vooralsnog zijn geen specifieke activiteiten gericht op preventie van bewegingsapparaat klachten ontwikkeld.

Overige Organisaties

De Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB) en het NIA-TNO i.o. richten zich op ondersteuning van arbodiensten door het ontwikkelen van instrumenten en methoden.

Daarnaast worden door het NIA-TNO i.o en enkele Universitaire Vakgroepen zoals het Coronel Laboratorium van de Universiteit van Amsterdam complexe preventieve projecten uitgevoerd voor bedrijven en branche-organisaties.

Opleidingen

Per 1996 wordt de Wet Educatie en Beroepsopleiding van kracht. Daarin wordt onderscheidt gemaakt tussen kwalificatiestructuur (o.a. vaststellen van beroepsprofielen en eindtermen van opleidingen) en opleidingsstructuur (o.a. opleidingsprogramma's). Bij het bepalen van de kwalificatiestructuur op middelbaar beroepsonderwijsniveau speelt de Commissie Opleidingen Bedrijfsleven (COB) een belangrijke rol. In iedere COB zullen per bedrijfstak werkgever, werknemers en opleidingsinstituten gezamenlijk beroepsprofielen opstellen.

Deze nieuwe wet biedt de mogelijkheid om het onderwerp ergonomie prominenter dan in het verleden te integreren in het beroepsonderwijs in Nederland. Door binnen een beroepsprofiel vast te stellen dat deskundigheid op ergonomisch vlak vereist is, bijvoorbeeld bij houtbewerking, dan moet dit vervolgens vertaald worden naar het opleidingsprogramma per school in het beroepsonderwijs.

5.2.4 Organisaties die activiteiten uitvoeren

Arbodiensten

In de Arbowet is vastgelegd dat de werkgever zich (op termijn) moet laten bijstaan door een gecertificeerde arbodienst bij het voeren van arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid. De arbodienst dient werkgevers (en werknemers) te ondersteunen bij het zogenaamde basispakket:

- Beoordelen en/of medewerking verlenen aan het opstellen van de RI&E
- Verlenen van bijstand aan de begeleiding van werknemers die door ziekte niet kunnen werken
- Uitvoeren van het vrijwillige arbeidsgezondheidskundig onderzoek
- Houden van een arbeidsgezondheidskundig spreekuur

Daarnaast kan de werkgever de hulp van de Arbodienst inroepen bij andere taken zoals het adviseren over en het uitvoeren van maatregelen gericht op het beschermen en bevorderen van veiligheid, gezondheid en welzijn.

In het Besluit arbodiensten is onder andere vastgelegd aan welke eisen ten aanzien van deskundigheid, functioneren, uitrusting en organisatie een gecertificeerde arbodienst moet voldoen. Eén van de eisen is dat elke arbodienst dient te beschikken over minstens één deskundige, met voldoende opleiding en ervaring, op de vakgebieden bedrijfsgeneeskunde, arbeidshygiëne, veiligheidskunde en arbeids- en organisatiekunde.

De activiteiten van arbodiensten op het gebied van preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat spelen zich af op het terrein van signaleren en (adviseren over) oplossen van ongunstige fysieke belasting op de werkplek door (her)ontwerp van de werkplek, aanpassen van de functie of verandering van de organisatie. Uiteraard speelt de Arbodienst ook een rol bij de sociaal medische begeleiding van de werknemers.

In 1995 is de Branche-organisatie voor Arbodiensten (BOA) opgericht. Van deze organisatie zijn bijna alle grote arbodiensten lid (zie voor een overzicht bijlage 2). Het doel van de BOA is enerzijds belangenbehartiging ten behoeve van de arbodiensten en anderzijds te dienen als coördinatiepunt op een aantal terreinen waar de arbodiensten gezamenlijke belangen hebben: opleidingen voor arbodeskundigen, informatie-uitwisseling met verzekeraars en bedrijfsverenigingen in het kader van de Ziektewet en WAO en onderzoek en publiciteit.

Organisaties op het terrein van de sociale verzekeringen

De sociale verzekeringen Ziektewet, WAO en AAW regelen een uitkering in geval van loonderving door ziekte of arbeidsongeschiktheid. De uitvoering van deze wetten wordt verzorgd door bedrijfsverenigingen. De administratie van een groot deel van deze bedrijfsverenigingen wordt gedaan door het GAK. Het TICA (Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming), per 1 januari 1995 ingesteld, heeft als hoofdtak het coördineren van het dagelijks reilen en zeilen van de uitvoering van de sociale verzekeringen, waaronder de Ziektewet en de WAO/AAW.

De sociale verzekeringsinstellingen zijn met name geïnteresseerd in het voorkomen van uitval uit de arbeid om gezondheidsredenen. Uitval vanwege klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat heeft weinig specifieke kenmerken.

5.2.5 Discussie en conclusies organisaties

De regelgeving op het gebied van fysieke belasting is vastgesteld in het besluit fysieke belasting. Onderbouwend onderzoek naar bijvoorbeeld de rol van determinanten van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt op dit moment niet meer door de overheid gefinancierd. In hoofdstuk 2 is echter aangegeven dat er weliswaar veel mogelijkheden zijn om de risico's op de werkplek te beperken, maar dat goede gegevens over het relatieve belang van de verschillende risicofactoren en over de dosis-respons relatie op dit moment ontbreken. Het feit dat er geen instantie is die deze rol van de overheid heeft overgenomen betekent dat het onderzoek nodig voor de noodzakelijke onderbouwing, ook van de maatregelen op bedrijfsniveau, op korte termijn niet zal worden uitgevoerd. In een onlangs verschenen concept rapport over de onderzoeksprogrammering van het Nederlandse onderzoek naar arbeid en gezondheid worden een aantal prioriteiten aangegeven voor onderzoek op het gebied van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (Van der Beek, 1995). In dit rapport wordt aangegeven dat het onderzoek naar risicofactoren (en dosis respons relatie) van klachten van rug, nek, schouder en arm (RSI) hoge prioriteit verdient. Het feit dat de overheid haar beleid concentreert op het bevorderen van de zelf-werkzaamheid van het bedrijfsleven, verandert niets aan het belang van onderbouwend onderzoek voor een effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De ziekenfondswet biedt geen ruimte voor preventieve activiteiten. In de collectieve contracten die door zorgverzekeraars met bedrijven worden afgesloten worden preventieve activiteiten dus altijd in een aanvullend pakket geregeld. Enkele zorgverzekeraars bieden in een aanvullend pakket een aantal activiteiten aan op het gebied van preventie van bewegingsapparaat klachten. Deze activiteiten richten zich met name op de individuele werknemer met klachten, zoals rugscholing en minder op de werkplek of de werkorganisatie. Evaluatie van de effectiviteit van deze maatregelen wordt door de aanbieders niet uitgevoerd en niet gefinancierd. De verplichting voor bedrijven om samen met een arbodienst een preventief verzuimbeleid te voeren heeft tot een nauwere samenwerking tussen zorgverzekeraars en arbodiensten geleid. De baten van deze activiteiten zullen echter primair liggen bij vermindering van verzuim en arbeidsongeschiktheid en in mindere mate bij vermindering van zorg. De houding van veel zorgverzekeraars is daarom nog enigszins afwachtend. Mogelijk zullen de verzekeringsmaatschappijen meer belang zien in het stimuleren van preventieve activiteiten indien ook de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in de toekomst in toenemende mate bij particuliere verzekeringsmaatschappijen zullen zijn herverzekerd.

In de huidige visie van de overheid is een belangrijke rol weggelegd bij de preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat voor de (organisaties van) werkgevers en werknemers. Hierbij kan gedacht worden aan de koepelorganisaties en de branchegerichte organisaties, zowel van werkgevers als werknemers zijde. Uit onze inventarisatie komt echter naar voren dat preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat geen prioritair aandachtspunt van deze organisaties is. Wel lijkt het erop dat brancheorganisaties steeds meer activiteiten op het gebied van arbeidsomstandigheden in het algemeen en preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in het bijzonder ontwikkelen. In de branches/bedrijfstakken waar een specifieke stichting is opgericht die beschikt over budget en mogelijkheden de preventie van bewegingsapparaatklachten daadwerkelijk te stimuleren worden op dit terrein veel activiteiten ontwikkeld. De activiteiten in deze branches steken daarmee gunstig af tegen die in de overige branches. In sommige branches, zoals de bouw zijn ook initiatieven genomen om te komen tot branchegebonden afspraken tussen werkgevers en werknemers over normstelling voor fysieke belasting.

Bij reïntegratie van werknemers kunnen behalve de hier gepresenteerde organisaties nog een aantal andere partijen zijn betrokken zoals revalidatie-instellingen en uitkeringsinstanties. Met name revalidatie-instellingen zijn meer en meer actief betrokken bij reïntegratie activiteiten. Zij bieden bijvoorbeeld bedrijven en arbodiensten aan, werknemers te beoordelen op hun functionaliteit. Tevens hebben verschillende revalidatie-instellingen specifieke revalidatieprogramma's voor werknemers met chronische klachten. Een groot deel hiervan heeft chronische rugklachten.

Het Tica entameert ontwikkelingen naar een regionale structuur op het organisatorische vlak van sociale verzekering, waarbinnen de behandeling van arbeidsongeschiktheid, van WW-aanspraken en de arbeidsbemiddeling uiteindelijk één logische geheel vormen. Mogelijk dat daarbij ook beter aansluiting gevonden wordt op activiteiten van gemeenten, GGD'en en GSD'en op ditzelfde terrein.

In de huidige systeemgerichte aanpak van de overheid is ook een belangrijke rol weggelegd voor de arbodiensten als adviseur van bedrijven. Dit komt ondermeer tot uiting in de recent ingevoerde verplichting voor bedrijven tot aansluiting bij een arbodienst (op termijn) en de verplichting tot het houden van een risico inventarisatie en evaluatie en het voeren van een verzuimbeleid. Binnen deze regelingen hebben de arbodiensten een duidelijke rol gekregen. Door de verplichte certificering worden de taken duidelijker gedefinieerd. Deze taken zijn door de recente wetgeving gewijzigd en uitgebreid. Ontwikkelen en verbeteren van instrumenten voor het uitvoeren van een risico inventarisatie gericht op het herkennen en evalueren van risico's op het gebied van fysieke belasting of het ontwikkelen van een protocol voor sociaal medische begeleiding op het gebied van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat worden echter niet meer door de overheid gefinancierd.

Op dit moment vindt tevens een toenemende schaalvergroting, professionalisering, commercialisering en klantgerichtheid 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 enkel administratieve risico inventarisaties zonder gevoelde noodzaak, waardoor geen vervolgactiviteiten (oplossingen) worden uitgevoerd. Er zijn echter ook veel kansen voor preventie van het ontstaan van de klachten. Het is van belang dat de overheid de randvoorwaarden schept, zodat de door de overheid gestimuleerde zelfwerkzaamheid van 'de markt' ook leidt tot verhoging van de preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

De certificering van arbodiensten door de overheid biedt mogelijkheden de inhoud en wijze van ondersteunen van de bedrijven in beperkte mate te sturen.

In een inventarisatie van het economisch instituut van het midden en klein bedrijf (Bosch en Te Brake, 1995) wordt gesignaleerd dat de dienstverlening van arbodiensten aan kleine bedrijven uit commercieel oogpunt voor arbodiensten niet altijd aantrekkelijk is. Dit kan mogelijk een knelpunt vormen voor de preventieve activiteiten in kleine bedrijven. Ondersteuning door branche organisaties kan hier mogelijk een oplossing bieden.

De beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen zouden een rol kunnen vervullen bij het stimuleren van preventieve maatregelen gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat door bij te dragen aan het verhogen van de kennis over herkennen en evalueren van risico's van fysieke belasting, het oplossen van problemen op het gebied van fysieke belasting, de meest effectieve sociaal medische begeleiding bij bewegingsapparaatklachten en effectieve reïntegratie.

5.3 Preventieve maatregelen in de beroepsbevolking

5.3.1 Preventieve maatregelen in bedrijven

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de activiteiten gericht op preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat die in de bedrijven plaats vinden. Aan de orde komen: het beleid, de maatregelen en de motivatie en evaluatie van deze maatregelen. Deze bespreking is gebaseerd op drie bronnen, die hieronder nader worden toegelicht.

Door TNO-PG is in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in het najaar van 1993 een "monitorstudie stress en lichamelijke belasting" uitgevoerd onder 782 bedrijven met 35 tot 350 werknemers in 12 bedrijfsklassen.

Betrokken bedrijfstakken waren 'industrie', 'groothandel' en 'banken en zakelijke dienstverlening' (Houtman et al, 1994). In deze studies zijn gegevens verzameld over de risico's op het terrein van stress en lichamelijke belasting en over het beleid dat in bedrijven wordt gevoerd ter preventie van deze risico's.

Recent is een rapport verschenen van het Economisch Instituut Midden en Klein Bedrijf (EIM) over een vergelijkbare inventarisatie getiteld: 'netwerk gerichte aanpak op het gebied van fysieke belasting en stress' (Bosch en Te Brake, 1995). In deze studie zijn 319 bedrijven uit drie sectoren (kleinmetaal, detailhandel en de automatiseringsbranche) telefonisch geënquêteerd over het beleid ter preventie van risico's door stress en fysieke belasting. In het EIM rapport worden de resultaten van deze enquête, aangevuld met gegevens van andere inventarisaties en een secundaire analyse van de monitorstudie van TNO-PG, besproken.

In deze paragraaf zal op grond van de genoemde inventarisaties een indruk worden gegeven van het preventiebeleid in bedrijven ter vermindering van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De bespreking zal worden aangevuld met gegevens verkregen door middel van de eigen beknopte inventarisatie onder verschillende actoren op het terrein van preventie van bewegingsapparaatklachten en aandoeningen in de beroepsbevolking (zie bijlage 2). In deze inventarisatie is veel aandacht besteed aan het navragen van de belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van preventieve maatregelen in de bedrijven.

In de inventarisaties van TNO en het EIM heeft ongeveer drie kwart van de bedrijven minder dan 100 werknemers en een kwart meer dan 100 werknemers. In de EIM studie zijn ook de kleine bedrijven met minder dan 35 werknemers ruim vertegenwoordigd, deze ontbreken in de TNO-PG studie. Opgemerkt dient te worden dat niet alle bedrijfstakken zijn vertegenwoordigd in de hier genoemde inventarisaties. Zo ontbreken de bouw en de gezondheidszorg, bedrijfstakken met fysiek zwaar werk. In de hier volgende bespreking wordt naar de genoemde onderzoeken verwezen als TNO onderzoek en EIM onderzoek.

Signalering van het probleem

Uit beide onderzoeken blijkt dat werkgevers van bedrijven risico's op het gebied van fysieke belasting signaleren. In de TNO studie is lichamelijke belasting vooral een probleem in de 'industrie' en het minste in de 'banken en zakelijke dienstverlening'. De meeste problemen worden door de werkgevers in de industrie ervaren op het terrein van de krachtsinspanning (31%) en de houdingsbelasting (24%). In de sectoren onderzocht door het EIM wordt ook veelvuldig buigen en draaien gerapporteerd als fysieke belastende factor.

In de TNO studie blijkt een goede overeenkomst in signalering van deze risico's tussen werkgevers en werknemers. Uit beide studies blijkt echter ook dat onder deze fysieke belasting vooral zaken als tillen en een slechte houding worden verstaan. Het lijkt erop dat werkgevers weinig oog hebben voor niet fysieke risicofactoren als monotoon werk, werkdruk, gebrek aan regelmogelijkheden en dergelijke, terwijl deze factoren in de literatuur ook als risicofactoren voor bijvoorbeeld rug- en nekklachten worden aangemerkt. Werknemers rapporteren deze risico's veel vaker.

In het TNO onderzoek zijn werkgerelateerde klachten van het bewegingsapparaat in het afgelopen jaar aan meer dan 50% van de werkgevers in de 'industrie' geuit, aan iets minder dan 50% van de werkgevers uit de 'groothandel' en aan bijna 36% van de werkgevers in de 'banken en zakelijke dienstverlening'. In de EIM enquête is dit percentage veel lager: 14% in de kleinmetaal, 16% van de detailhandel en 11% in de automatiseringsbranche. In de EIM studie wordt opgemerkt dat in grotere bedrijven de klachten mogelijk eerder worden gemeld dan in kleine bedrijven (tot 10 werknemers) waar de relatie tussen werkgever en werknemer hechter is. Dit zou mogelijk de verschillen kunnen verklaren. Het is in ieder geval duidelijk dat (een gedeelte van) de klachten aan het bewegingsapparaat de werkgever wel bereiken. Desondanks blijkt uit het EIM onderzoek dat werkgevers over het algemeen een slecht beeld hebben van het ziekteverzuim in hun bedrijf. Zij lijken dit in alle onderzochte sectoren te onderschatten. Tevens is een behoorlijk percentage van de werkgevers helemaal niet op de hoogte van het verzuim (11% in de klein metaal en detailhandel en 5% in de automatisering). Bovendien zijn de werkgevers in de kleinmetaal en automatisering van mening dat fysieke belasting en stress slechts in 10 tot 15% van de gevallen tot verzuim en arbeidsongeschiktheid leiden, volgens de werkgevers in de detailhandel zelfs slechts in 1 % van de gevallen. Opvallend is ook dat volgens 8 tot 32% van de werkgevers het verzuim extra aandacht vergt, maar dat volgens slechts 1 tot 15% de relatie tussen belastingsrisico's en verzuim extra aandacht vergt. De motivatie van werknemers vergt in 21 tot 44% extra aandacht. Het lijkt dus van belang te benadrukken dat preventieve maatregelen mogelijk bijdragen aan het verlagen van het ziekteverzuim en het verhogen van de motivatie van werknemers.

Beleid gericht op preventie van bewegingsapparaatklachten

Uit het TNO onderzoek blijkt dat ongeveer één derde van alle bedrijven (22% van de bedrijven met minder dan 100 werknemers en 66% van de bedrijven met meer dan 100 werknemers) een arbojaarplan opstelt. Van deze bedrijven geeft 80% van de kleine en 60% van de grote aan dat fysieke belasting een aandachtspunt is in het Arbojaarplan. In slechts 7% van de bedrijven is echter een structureel budget aanwezig voor het nemen van maatregelen op het gebied van de arbeidsomstandigheden in het algemeen, en stress en fysieke belasting in het bijzonder. Voor de bedrijven met minder dan 100 werknemers is dit zelfs slechts in 3% van de bedrijven het geval.

Dit in tegenstelling tot 16% van de bedrijven met meer dan 100 werknemers. Hetgeen overigens niet wil zeggen dat op ad hoc basis geen financiën ter beschikking worden gesteld.

Op de vraag welke deskundigen op het gebied van het arbo(preventie) beleid de bedrijven in dienst hebben, wordt in het TNO onderzoek de arbocoördinator het vaakst genoemd (circa een kwart van de bedrijven). Verder blijkt alleen de veiligheidskundige, de bedrijfsarts en de A&O deskundige in meer dan 10% van de bedrijven aanwezig. Nauwelijks aanwezig zijn de ergonoom en de bedrijfsfysiotherapeut. Bijna de helft van de bedrijven uit het TNO onderzoek is echter aangesloten bij een Arbodienst. Dit geldt ook voor de bedrijven uit de klein metaal en de detailhandel in het EIM onderzoek, in de automatiseringsbranche is dit slechts voor 17% van de bedrijven het geval. Gezien de wettelijk verplichting tot aansluiting op termijn zal dit percentage in de toekomst snel groeien. Een groot deel van de bedrijven dat nog niet is aangesloten zegt dan ook te overwegen zich snel bij een arbodienst aan te sluiten. De (ergonomische) deskundigheid kan dus wel beschikbaar zijn via de arbodienst. Uit alle bronnen blijkt dat in de bedrijven nauwelijks enig beleid wordt gevoerd gericht op bijzondere groepen zoals jeugdigen en ouderen.

Over het algemeen geven werkgevers en ondernemingsraadsleden hetzelfde beeld van het preventiebeleid van het bedrijf.

Concrete maatregelen

Als algemene preventieve maatregel is het afgelopen jaar door ruim een derde van de bedrijven werkplekonderzoek (42%) uitgevoerd. Minder vaak is een bedrijfsgezondheidkundig onderzoek (29%) of een risico-inventarisatie (22%) uitgevoerd. Ook in het EIM onderzoek wordt aangegeven dat in 16 tot 28% van de bedrijven de risico's worden geïnventariseerd. Voor al deze maatregelen geldt dat ze beduidend vaker worden getroffen door bedrijven met meer dan 100 werknemers dan door kleinere bedrijven. Slechts in 11% van de gevallen worden deze activiteiten specifiek gericht op lichamelijke belasting. Desondanks geeft bijna de helft van de werkgevers in het TNO onderzoek aan dat er in het afgelopen jaar technische of organisatorische maatregelen zijn genomen gericht op de vermindering van lichamelijke belasting. Hierbij gaat het vooral om het vervangen van apparatuur en gereedschap, aanpassing van de werkplek en cursussen of voorlichting (zie tabel 5.1). De meeste maatregelen vinden plaats in industrie en groothandel, met name aanpassingen aan apparatuur, machines en werkplek. Voorlichting en fitness komt meer voor in de zakelijke dienstverlening. Voor het EIM onderzoek geldt dat ruim één derde van de werkgevers uit klein metaal en detailhandel maatregelen hebben getroffen en twee derde uit de automatiseringsbranche.

Hetzelfde beeld komt naar voren uit onze eigen inventarisatie. Vrijwel alle bedrijven geven aan dat ze af en toe activiteiten verrichten ter preventie van klachten of aandoeningen van het bewegingsapparaat. Voorbeelden daarvan zijn: invoeren ergonomisch verantwoord gereedschap, technische aanpassingen aan meubilair en machines, plaatsen van til- en hefhulpmiddelen, herontwerp van werkplekken, invoeren taakrotatie, andere werkschema's en afwisseling van taken. De kosten van deze maatregelen worden door de bedrijven geschat op f 10.000,- tot f 75.000,- per jaar met uitschieters naar enkele tonnen per jaar.

Tabel 5.1 Percentage werkgevers dat algemene maatregelen nam ter preventie van klachten van het bewegingsapparaat, uitgesplitst naar bedrijfstak.

soort maatregel	totaal (n=780)	industrie (n=388)	groothandel (n=146)	zakelijke dienstverlening (n=198)
cursus, voorlichting	37	36	30	41
aanpassen machines, gereedschap	70	75	75	46
aanpassen takenpakket	20	20	18	19
invoeren taakrotatie	35	34	30	13
aanpassen werkplek	50	52	55	51
fitnessprogramma	5	3	5	11
één of meer van bovenstaande maatregelen	47	58	40	32

Eveneens ruim de helft van de werkgevers uit het TNO onderzoek geeft aan dat er in het afgelopen jaar individugerichte maatregelen ter vermindering van lichamelijke belasting zijn getroffen. Dit betreft meestal taakverlichting, aanpassing van de werkplek of het veranderen van functie binnen het bedrijf. Een overzicht van de genomen maatregelen uitgesplitst naar bedrijfstak wordt gegeven in tabel 5.2. Een ruime meerderheid (82%) van zowel grotere als kleinere ondernemingen die maatregelen namen verlichtten de taak of pasten werkplekken op individuele basis aan. De verschillen tussen bedrijfstakken zijn opvallend gering. Interne funktieverandering vanwege gezondheid vindt vooral plaats in de grote bedrijven, en met name in de industrie en groothandel. Slechts ongeveer 5% van de werkgevers geeft aan dat in het bedrijf een fitnessprogramma wordt aangeboden als maatregel om de lichamelijke belastingsrisico's en daarmee samenhangende aandoeningen van het bewegingsapparaat te verminderen.

Het beeld uit tabel wordt bevestigd in onze eigen inventarisatie. De bedrijven zeggen de volgende individu-gerichte activiteiten uit te voeren: voorlichting, cursus tillen, instructie over de rug, loopbaanbegeleiding, begeleiding bij verzuim en uitvoeren stop blessure programma.

Tabel 5.2 Percentage werkgevers dat individueel gerichte maatregelen nam ter preventie van klachten van het bewegingsapparaat, uitgesplitst naar bedrijfstak.

soort maatregel	totaal (n=780)	industrie (n=388)	groothandel (n=146)	zakelijke dienstverlening (n=198)
individueel advies, begeleiding	21	22	18	21
individuele taakverlichting, aanpassing werkplek	82	81	88	83
interne functieverandering	34	41	32	22
individuele lichamelijke training	3	3	0	5
één of meer van bovenstaande maatregelen	47	52	41	44

Uit het feit dat vrijwel iedereen in het TNO onderzoek aangeeft dat de maatregelen recent genomen zijn, zou afgeleid kunnen worden dat er een toename is geweest in het nemen van preventieve maatregelen in het jaar voorafgaand aan de peiling ten opzichte van eerdere jaren.

Motivatie en evaluatie van maatregelen

Indien er is geïnvesteerd in de aanpak van fysieke belasting, hetgeen dus bij ongeveer de helft van de bedrijven het geval was in het TNO onderzoek, werd door de werkgever als doelstelling de daling van het ziekteverzuim genoemd (60%), de hogere produktiviteit (60%) en het bevorderen van de betrokkenheid van het personeel (46%). Een kwart van de werkgevers verwachtten dat de bedrijfskosten omlaag zouden gaan. De volgende argumenten worden slechts door een kleine groep werkgevers van belang geacht:

- . verlagen van de premiekosten (8%)
- . verbeteren imago (5%)
- . verruimen mogelijkheden voor aantrekken en behouden van vakbekwaam personeel (9%)

Ook in onze eigen inventarisatie geldt dat de werkgevers verwachten dat de maatregelen effectief zijn voor het verminderen van de klachten van het bewegingsapparaat, voor een afname van het verzuim en voor het bevorderen van de betrokkenheid van het personeel. Deze motivatie is opvallend gelijk in alle bedrijfstakken. Indien er niet is geïnvesteerd werd als belangrijkste reden in beide onderzoeken aangevoerd dat er geen noodzaak voor was. Andere redenen, zoals geen middelen, geen deskundigheid, geen goede maatregelen beschikbaar, werden nauwelijks genoemd. Opvallend was wel dat in de automatiseringsbranche, ook het reeds lage ziekteverzuim werd opgegeven als reden geen maatregelen te nemen.

Ruim de helft van de werkgevers uit het TNO onderzoek geeft aan dat de maatregelen zijn geëvalueerd. Volgens deze werkgevers in alle drie de bedrijfstakken zijn de maatregelen vooral van invloed gebleken op de motivatie van de werknemers (69%), het ziekteverzuim (60%), de sfeer (49%), en de produktiviteit van de werknemers (40%).

In onze eigen inventarisatie wordt naar voren gebracht dat de implementatie van de maatregelen niet altijd succesvol verloopt (niet iedereen is steeds tevreden, aangeschafte verbeteringen worden soms niet gebruikt, goede controle op werking en onderhoud van apparatuur ontbreekt nogal eens). Uit de EIM enquête blijkt dat slechts 20% van de werkgevers aangeeft dat de doorbetaling van het ziekteverzuim voor de eerste twee of zes weken heeft geleid tot meer aandacht voor terugdringen van het verzuim. Als er meer aandacht is gekomen dan heeft dat vooral geleid tot meer aandacht voor controleren en begeleiden van zieke werknemers en in mindere mate tot verminderen van lichamelijke belasting (en stress). Vooralsnog lijkt door deze veranderingen wel de begeleiding van zieke werknemers gestimuleerd te worden maar niet de meer op primaire preventieve gerichte activiteiten.

5.3.2 Discussie en conclusies (primaire) preventieve maatregelen in bedrijven

Belasting door houding en beweging op het werk wordtesignaleerd, waarbij met name oog lijkt te zijn voor de traditionele belasting door fysiek zwaar werk en minder voor eenzijdige belasting. Bovendien worden psychosociale factoren als werkdruk niet herkend en niet in verband gebracht met bewegingsapparaatklachten. In de bedrijven worden klachten van het bewegingsapparaat signaleerd, maar een onderschatting zeker van het verzuim lijkt plaats te vinden. Tevens worden de risico's niet altijd met klachten en verzuim in verband gebracht.

Door de meerderheid van de bedrijven worden maatregelen genomen ter preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. 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 redelijk ad hoc karakter. Bij het merendeel van de grote maar zeker ook bij de kleine bedrijven ontbreekt een structureel beleid op dit terrein. 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.

In hoofdstuk 3 zijn naast maatregelen gericht op (her)ontwerp van werkplek en organisaties als mogelijke maatregel ter preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat ook bedrijfsfitness en rugscholen besproken. Uit de hier gepresenteerde inventarisatie blijkt dat slechts ongeveer 5% van de werkgevers aan geeft dat in het bedrijf een fitnessprogramma wordt aangeboden als maatregel om de lichamelijke belastingsrisico's en daarmee samenhangende aandoeningen van het bewegingsapparaat te verminderen.

Op grond van een eerdere inventarisatie wordt geschat dat in Nederland rond 17% van de bedrijven boven de 100 werknemers sportfaciliteiten heeft voor de werknemers op of in de buurt van het bedrijf (Gründemann en Lourijssen, 1991). Deze 'bedrijfsfitness'programma's hebben echter meestal een breed gezondheidkundig doel en zijn niet specifiek op preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat gericht. De geringe verspreidingsgraad van dit soort activiteiten in Nederland kan mogelijk samenhangen met een zekere schroom bij alle betrokken groeperingen (werkgevers, vakbonden, overheid) om zich met de leefstijl van de individuele werknemer te 'bemoeien'. Daar mag deze individuele werknemers immers zelf verantwoordelijk voor worden geacht. Toch lijkt er meer aandacht te komen voor het feit dat fysieke (in)activiteit in en buiten het werk belangrijke gezondheidkundige consequenties heeft en daarnaast ook bedrijfsmatige consequenties voor produktiviteit, ziekteverzuim, verloop, motivatie en bijvoorbeeld bedrijfsimago (Shephard, 1991).

Steeds meer bedrijven bieden hun werknemers bedrijfsfitness aan en ook zorgverzekeraars tonen zich actief op deze markt (Hildebrandt en Vink, 1993). Afgaande op de registraties in de bedrijfspijzer 'arbeid en gezondheid' (Informatiebestand LC-GVO, 1993), een overzichtsstudie op het gebied van sport, arbeid en gezondheid van het NISG (Den Bak et al, 1994) en verzoek om aanvullende informatie bij verschillende instellingen, is in Nederland sprake van tientallen organisaties (bedrijven, stichtingen, hogescholen en arbodiensten) 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 (Schop et al, 1995). Daarnaast bieden steeds meer sportscholen dergelijke programma's aan. Opvallend is dat de actuele werkbelasting van werknemers in dit soort programma's - in tegenstelling met rugscholen - vaak niet of nauwelijks aan de orde komt. Een koppeling met bijvoorbeeld de ergonomie van de werkplek ontbreekt meestal.

In het TNO-onderzoek is helaas niet gevraagd of bedrijven gebruik maken van rugscholen. Recent is een inventarisatie van rugscholen in Nederland verschenen (Göeken, 1995).

5.4 Belemmerende en bevorderende factoren m.b.t. (primaire) preventieve maatregelen

In deze paragraaf worden de belemmerende en bevorderende factoren besproken zoals die in onze eigen inventarisatie naar voren komen. Bij de bespreking van deze factoren wordt onderscheid gemaakt naar werkgevers van de bedrijven, naar medewerkers van branche organisaties en naar werknemersvertegenwoordigers. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van alle respondenten die hun visie hebben gegeven op deze factoren.

Bij de bespreking dient in gedachte te worden gehouden dat deze gegevens ontleend zijn aan een kleine groep contact personen (n=35). Aan het eind van dit hoofdstuk, na het overzicht van de maatregelen en belemmerende en bevorderende factoren m.b.t. reïntegratie, worden de belemmerende en bevorderende factoren voor preventieve en reïntegratie maatregelen gezamenlijk besproken. In die bespreking worden ook de gegevens over deze factoren uit het TNO onderzoek en het EIM onderzoek, die gebaseerd zijn op een grotere steekproef, betrokken.

5.4.1 Belemmerende en bevorderende factoren volgens werkgevers van de bedrijven en medewerkers van branche organisaties

Hieronder worden per actor de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren genoemd. De belemmerende factoren waren grotendeels het tegengestelde van de bevorderende en zullen dus niet apart worden opgesomd. De factoren zijn geordend naar aantal keren dat ze zijn genoemd, waarbij begonnen wordt met de belangrijkste factoren.

Positieve Arbo-cultuur in bedrijven:

- werkgever ziet wettelijke noodzaak
- werkgever stimuleert Arbo beleid en stelt Arbo budget beschikbaar
- ondernemingsraad, VGW commissie of Dienstencommissie ondersteunen arbo beleid

Goede beschikbaarheid en kwaliteit van arbomaatregelen:

- kosten en baten balans moet neutraal of positief zijn
- effectieve maatregelen moeten voorhanden zijn
- beschikbare maatregelen moeten goed inpasbaar zijn in werk

Voldoende motivatie en mogelijkheden van werknemers:

- werknemers moeten zelf arboverantwoordelijkheid nemen en gemotiveerd zijn

Goede wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid:

- verplichting RI&E
- verplichting verzuimbeleid
- verplichting tot aansluiting bij arbodienst

Gunstige sociaal-economische omstandigheden bedrijf

Goede samenwerking met arbodienst:

- goede inhoudelijke kwaliteit dienstverlening
- snel werkend, flexibele houding
- goede gegevens uitwisseling en contacten

Positieve arbocultuur in branche:

- goede stimulans van werkgeversorganisaties/branche organisatie
- stimulans door arbo-bepalingen in CAO's

Overige factoren die zijn genoemd:

- open bedrijfscultuur en interesse van de leiding
- scholing (aanvullend), voorlichting (vanuit de branche) en instructie (bij introductie)
- meer informatie/kennis over oplossingen (aandacht voor nieuwe en bestaande)
- meer aandacht in managementliteratuur
- meer financiële stimuleringsmaatregelen door de overheid
- voorschrijven van ergonomische ontwerpen
- goede werk- en bevoegdheidsverdeling
- deskundigheidsbevordering
- vergroten van eigen verantwoordelijkheid

Als belemmerend worden vooral genoemd ongunstige sociaal economische omstandigheden in de branche en een negatieve arbocultuur in de bedrijven.

5.4.2 Belemmerende en bevorderende factoren volgens werknemers

Positieve Arbo-cultuur in bedrijven:

- vakbonden stimuleren en ondersteunen
- werkgever ziet wettelijke noodzaak
- ondernemingsraad, VGW commissie of Dienstencommissie ondersteunen arbo beleid
- werkgever stimuleert Arbo beleid en stelt Arbo budget beschikbaar

Goede wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid:

- goed toezicht en wetshandhaving I-SZW
- wet en regelgeving duidelijk en goed toepasbaar
- voldoende voorlichting van de overheid
- verplichting RI&E
- verplichting verzuimbeleid
- verplichting tot aansluiting bij arbodienst

Goede beschikbaarheid en kwaliteit van arbomaatregelen:

- effectieve maatregelen moeten voorhanden zijn
- beschikbare maatregelen moeten goed inpasbaar zijn in werk
- kosten en baten balans moet neutraal of positief zijn

Positieve arbocultuur in branche:

- goede stimulans van werkgeversorganisaties/branche organisatie
- stimulans door arbo-bepalingen in CAO's

Voldoende motivatie en mogelijkheden van werknemers:

- werknemers moeten zelf arboverantwoordelijkheid nemen

Gunstige sociaal-economische omstandigheden bedrijf

Goede samenwerking met arbodienst:

- goede inhoudelijke kwaliteit dienstverlening
- goede gegevensuitwisseling en contacten
- snel werkend, flexibele houding

Overige factoren die zijn genoemd:

- wettelijke normen en handhaving door I-SZW
- voorhanden zijn van technische oplossingen en subsidies
- praktijkexperimenten, pilotprojecten
- meer adviezen van deskundigen aan bedrijven
- meer voorlichting en bevoegdheden van werknemers
- beter beleid werkgevers en arbodiensten
- bewustwording sterk stimuleren
- meer publiciteit over geslaagde projecten (inclusief kosten-baten).

Als belemmerende factoren worden evenals bij de werkgevers vooral een negatieve arbocultuur in de bedrijven genoemd, een slechte sociaal economische situatie in de branche. Door de werknemers wordt eveneens als belemmerend benadrukt het ontbreken van afdoende wet en regelgeving.

5.4.3 Conclusies belemmerende en bevorderende factoren preventieve maatregelen in bedrijven

De belangrijkste bevorderende factor volgens de werkgevers is een positieve arbo cultuur in bedrijven. Deze cultuur wordt grotendeels bepaald door de werkgever zelf in samenspraak met OR en VGW of diensten commissie. Tevens achten de werkgevers het van belang dat goede maatregelen beschikbaar zijn. Goede maatregelen in de ogen van de werkgevers zijn maatregelen waarvan de kosten/baten balans positief of neutraal is, die effectief zijn gebleken en die goed inpasbaar zijn in het werk. De werkgevers benadrukken dat voor een effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat de werknemers zelf arboverantwoordelijkheid moeten nemen en gemotiveerd moeten zijn.

Goede wet en regelgeving en ondersteuning door de overheid vinden de werkgevers van belang waarbij zij vooral de regelingen noemen die het bedrijf zelf vorm kan geven (RI&E, verzuimbeleid en aansluiting bij een arbodienst). Opvallend is dat zij de sociaal economische omstandigheden van een bedrijf wel van belang vinden maar van minder belang dan de eerder genoemde factoren. Tenslotte wordt door een aantal werkgevers aangegeven dat voor een effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat en goede samenwerking met de arbodienst van belang is. Van de arbodienst wordt dan verwacht dat ze snel en flexibel diensten van goede inhoudelijke kwaliteit leveren. Tevens wordt een goede communicatie met de arbodienst belangrijk gevonden. Branche organisaties kunnen bijdragen aan preventieve activiteiten in bedrijven door deze activiteiten te ondersteunen. Ook van arbobepalingen in de CAO vinden de werkgevers een positieve stimulans uitgaan voor vermindering van bewegingsapparaatklachten. Indien onderscheid wordt gemaakt naar technische en organisatorische maatregelen en individugerichte maatregelen valt op dat het beschikbaar zijn van goede maatregelen bij individugerichte maatregelen minder belangrijk wordt geacht dan voor technische en organisatorische maatregelen. Blijkbaar gaat men er van uit dat deze maatregelen reeds beschikbaar zijn.

Door de medewerkers van branche organisaties worden dezelfde bevorderende factoren genoemd. Wel wordt het belang van stimulering door de branche iets belangrijker in geschat. Opvallend is dat werkgevers wel enigszins, maar branche organisaties helemaal niet vinden dat arbobepalingen in CAO's het beleid in bedrijven stimuleert. Door de branche organisaties wordt ook iets vaker aangegeven dat goede wetshandhaving van belang is voor het preventiebeleid in bedrijven. Zowel door werkgevers van de bedrijven als de branche medewerkers wordt aangegeven dat ongunstige sociaal economische omstandigheden in de branche belemmerend werken op het nemen van preventieve maatregelen.

Opvallend is dat werkgevers en werknemers organisaties globaal dezelfde factoren van belang vinden voor een preventie beleid. De accenten liggen echter anders en andere elementen worden benadrukt. Beide vinden een positieve arbocultuur de belangrijkste bevorderende factor; met die aantekening dat werknemers organisaties het belang van stimuleren door de vakbonden belangrijker vinden en de ondersteuning door de ondernemingsraad meer benadrukken, alhoewel dit laatste ook door de werkgevers wordt onderschreven. Het bevorderende effect van goede wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid wordt door de werknemers meer benadrukt (genoemd worden adequate controle en voorlichting door de overheid). Door de werkgevers worden eerder de elementen benadrukt die door de bedrijven zelf vorm moeten worden gegeven, zoals de RI&E en het verzuimbegeleiding.

Daarnaast wordt door de werknemers meer nadruk gelegd op het voorhanden zijn van effectieve maatregelen en wordt iets minder nadruk gelegd op de kosten-baten balans. Bovendien vinden werknemers het van belang dat zowel werknemers als werkgevers organisaties in de branche de arbo-activiteiten stimuleren terwijl door de werkgevers slechts de werkgeversorganisaties worden genoemd.

5.5 Reïntegratiemaatregelen

Onder reïntegratiemaatregelen (tertiaire preventie bij de beroepsbevolking) wordt elke maatregel, dienst of produkt verstaan, die tot doel heeft de arbeidsdeelname van mensen met een aandoening te bevorderen. Arbeidsdeelname van deze doelgroep kan zowel intrede in het arbeidsproces (integratie) als herintrede (reïntegratie) bij de eigen of bij een andere/nieuwe werkgever betreffen. Voor de leesbaarheid gebruiken we verder alleen de term reïntegratie. Reïntegratiemaatregelen betreffen dus zowel beleidsmaatregelen als concrete maatregelen op de werkplek.

In deze paragraaf wordt de toepassing, omvang en aard van de reïntegratiemaatregelen in het Nederlandse bedrijfsleven weergegeven, toegespitst op mensen met een aandoening van het bewegingsapparaat.

5.5.1 Wettelijke reïntegratiemaatregelen en werkvoorzieningen

In de bestaande arbeidsongeschiktheids-wetgeving en in het wetsvoorstel AMBER worden vele reïntegratiemaatregelen genoemd. Door de complexiteit van deze materie is het niet eenvoudig hiervan een korte samenvatting te geven. Voor een uitgebreid overzicht verwijzen we derhalve naar Wevers et al (1996).

Een specifiek soort reïntegratiemaatregelen zijn de 'werkvoorzieningen'. Onder deze 'werkvoorzieningen' wordt verstaan: diensten of produkten die nodig zijn om personen met een arbeidshandicap in staat te stellen produktieve arbeid te verrichten en die vergoedt worden in het kader van de AAW, artikel 57(a) (De Vos et al, 1995). Deze werkvoorzieningen worden toegekend door de bedrijfsverenigingen of overeenkomstige instellingen, die de overheidsregelingen uitvoeren (bijvoorbeeld Abp). De voorzieningen die hier niet onder vallen komen meestal tot stand of worden gefinancierd door werkgevers zelf of vanuit organisaties die zich richten op scholing en vorming van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten.

Tot 1 april 1994 had de voormalige GMD een adviserende taak bij de aanvraag van een werkvoorziening door de BV, het Abp, revalidatie-instellingen of het GMD zelf. Als gevolg van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) op 1 april 1994 zijn enkele veranderingen opgetreden. Vanaf die datum zijn gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk voor een deel van de voorzieningen die voorheen onder het GMD vielen.

Over de huidige aard en omvang van werkvoorzieningen zijn geen gegevens voorhanden. Wel is op basis van de gegevens van de voormalige GMD na te gaan hoe deze situatie voor 1 april 1994 was. De Vos et al (1995) hebben berekend dat in 1993 de GMD circa 20.000 aangevraagde werkvoorzieningen 'ter behoud, herstel of bevordering van arbeidsgeschiktheid' heeft gehonoreerd. Deze voorzieningen bestaan grotendeels uit voorzieningen voor 'het verrichten van arbeid' (2430), 'verplaatsen' (2833) en 'aanvullende voorzieningen' (12.276, bijvoorbeeld prothesen). Bij voorzieningen voor het verrichten van arbeid was driekwart bestemd voor vergoedingen van kosten van (beroeps)scholing en een kwart voor materiële hulpmiddelen. Het aandeel van werkvoorzieningen gericht op arbeidshandicaps ten gevolge van aandoeningen van het bewegingsapparaat is niet bekend.

5.5.2 Reïntegratiemaatregelen in bedrijven

Recent is door TNO een onderzoek uitgevoerd om een beeld te krijgen van het toepassen van reïntegratiemaatregelen volgens werkgevers en de knelpunten die zich voordoen bij de realisatie daarvan (De Vos et al, 1995). Het onderzoek richtte zich op reïntegratiemaatregelen zowel voor eigen werknemers die arbeidsongeschikt dreigen te raken en als voor werknemers met een arbeidshandicap die van buiten het bedrijf in stromen. In totaal zijn 100 personeelsfunctionarissen telefonisch geïnterviewd, namelijk 16 van overheidsinstellingen, 22 van bank en verzekeringsbedrijven, 52 van industriële bedrijven en 10 van nutsbedrijven. De respons was 30%.

Doelgroepen

Bijna alle bedrijven (92%) geven aan in het verleden te maken hebben gehad met langdurig zieke eigen werknemers, waarvoor activiteiten ondernomen moesten worden om uitval te voorkomen. Het totaal aantal werknemers waaraan door de respondenten werd gerefereerd is 250. Voor deze 250 werknemers vormen aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat (met name rugklachten en aandoeningen van de onderste ledematen) en 'psychische niet bestand tegen werksituatie' de belangrijkste oorzaken van langdurige ziekte.

De meest genoemde problemen bij de uitoefening van de functie betreffen de taken waarbij het houdings- en bewegingsapparaat gebruikt wordt, met name fysieke werkbelasting algemeen, beweging bovenste ledematen, beweging onderste ledematen, tillen, bukken, sjouwen, staan, zitten en uithoudingsvermogen. Daarnaast werden werk- en rusttijden en taakinhoud veel genoemd. Deze laatste aspecten worden ook genoemd bij een verminderde psychische belastbaarheid. Ongeveer 65% van de handicaps is waarschijnlijk blijvend.

Ongeveer één op de tien bedrijven zou in de afgelopen twee jaar een 'gehandicapte werknemer' in dienst hebben genomen. In het onderzoek betrof het 79 personen, waarvan driekwart ten tijde van het onderzoek nog aan het werk was. Over het type gezondheidsproblemen konden de respondenten weinig informatie verstrekken.

Type maatregelen

Als reïntegratiemaatregelen voor het behoud van de eigen werknemers worden werkplekaanpassingen gericht op het houding en beweging het meest genoemd (65 maal), gevolgd door aanpassing van werk- en rusttijden (50 maal) en andere taak (40 maal). Meer in detail blijken speciaal meubilair, korter werken, een andere taak met minder lichamelijke belasting en aangepaste werk- en rusttijden het meest voor te komen. Alle genoemde reïntegratiemaatregelen op het terrein van houding en beweging zijn in schema 5.1 weergegeven.

schema 5.1: Door bedrijven toegepaste reïntegratiemaatregelen op het terrein van houding en beweging (De Vos et al, 1995)

speciaal meubilair	persoonlijke aanpassing werkplek
werkplekaanpassing	aangepaste autostoel
verschuiving van staand naar zittend werk	hulpstuk om bukken te voorkomen
andere auto	stasteunen
aangepaste machine-hoogte	mechanisatie van verticale verplaatsing producten
werktuig bediening aangepast	armondersteuning bij type/muiswerk
personenlift achterop kraanwagen	stuurbevestiging in dienstauto
producten voor ver/bewerking op werkhoogte aanbieden	aanpassing van elektrokar voor interne postbezorging
mechanisatie horizontale verplaatsing	aanpassen van produktdesign

Voor driekwart van de nieuw aangenomen werknemers zijn reïntegratiemaatregelen getroffen. Dit zijn met name aanpassingen op het terrein van werk- en rusttijden, houding en beweging en informatieverwerking. Meer in detail zijn met name van belang: vermindering van het aantal werkuren, aanschaf van speciaal meubilair en meer begeleiding van leidinggevenden. Een opvallend verschil met de werkaanpassingen voor het eigen personeel is het relatief kleine aantal werkaanpassingen gericht op houding en beweging. Bij nieuw personeel gaat het relatief vaker om aanpassing van werk- en rusttijden.

Besluitvorming en financiering

Bij reïntegratiemaatregelen gericht op de eigen werknemers bepalen in tweederde van de gevallen werkgever en werknemer samen of en welke aanpassingen gekozen worden. Andere partijen zijn de bedrijfsarts (17%), de verzekeringsgeneeskundige (11%) of de werkgever (7%) of werknemer (1%) zelf. In bijna tweederde van de gevallen betalen de bedrijven de aanpassing zelf of samen met de bedrijfsvereniging (20%). De rest wordt alleen door de bedrijfsvereniging of Abp bekostigd.

Bij reïntegratie van werknemers van buiten het eigen bedrijf betaalt circa de helft van de bedrijven de kosten van de maatregelen zelf, Bij ongeveer een kwart van de gevallen is de bedrijfsvereniging of Abp medefinancier en in de rest van de gevallen hoofdfinancier.

5.5.3 Conclusies reïntegratiemaatregelen

Reïntegratiemaatregelen bestaan uit zeer veel verschillende typen maatregelen. De toepassing van reïntegratiemaatregelen ten behoeve van mensen met een aandoening van het bewegingsapparaat is niet bekend. Uit een inventariserende studie blijkt dat zeer veel bedrijven te maken hebben met langdurig zieke werknemers waarvoor reïntegratiemaatregelen noodzakelijk zijn om uitval te voorkomen. Reïntegratiemaatregelen ten behoeve van de in-diensttreding van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte nieuwe werknemers lijkt veel minder vaak voor te komen.

Veel dreigende uitval van langdurig zieke eigen werknemers betreft aandoeningen van het bewegingsapparaat. Als reïntegratiemaatregelen worden werkplekaanpassingen gericht op houding en beweging, aanpassing van werk- en rusttijden en een andere taak toegepast. Speciaal meubilair, korter werken, een andere taak met minder lichamelijke belasting en aangepaste werk- en rusttijden komen het meeste voor.

5.6 Belemmerende en bevorderende factoren voor reïntegratiemaatregelen

Uit verschillende bronnen is informatie verzameld over belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij het realiseren van effectieve reïntegratiemaatregelen. Deels is de informatie gebaseerd op literatuurgegevens. Dit betreft het eerder beschreven TNO-onderzoek naar het toepassen van reïntegratiemaatregelen volgens werkgevers en de knelpunten die zich voordoen bij de realisatie daarvan (De Vos et al, 1995). Deze studie is niet specifiek gericht op het houdings- en bewegingsapparaat, maar deze problematiek vormt wel het grootste deel van de arbeidshandicaps die in het onderzoek worden beschreven.

Verder is gebruik gemaakt van een inventarisatiestudie naar projecten om mensen met een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering te (re-)integreren in het arbeidsproces (Ernste et al, 1994), waarin onder andere belemmerende en bevorderende factoren beschreven zijn. De reïntegratieprojecten in deze studie zijn eveneens niet specifiek gericht op arbeidsongeschikten met bewegingsapparaataandoeningen, maar deze groep vormt wel een onderdeel van de onderzochte projecten. Daarnaast is gebruik gemaakt van de resultaten van de eigen beknopte inventarisatie onder verschillende actoren op het terrein van preventie van bewegingsapparaataandoeningen in de beroepsbevolking (zie bijlage 2).

5.6.1 Belemmerende factoren bij het realiseren van effectieve reïntegratiemaatregelen

Allereerst wordt ingegaan op belemmerende factoren, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar de mening van drie actoren namelijk werkgevers (gebaseerd op de Vos et al (1995) en de eigen inventarisatie), uitvoerders van reïntegratiemaatregelen en -projecten (gebaseerd op Ernste et al (1994) en de eigen inventarisatie) en sociale zekerheid (gebaseerd op de eigen inventarisatie). Per actor worden de belangrijkste belemmerende factoren opgesomd, met ter illustratie enkele detail opmerkingen over de betreffende factor.

Belemmerende factoren volgens werkgevers

Onvoldoende wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid:

- moeilijkheden bij uitzoeken regelingen BV en overheid
- WAO gebaseerd op oude salaris, nieuw werk op 'lager' niveau kan teruggang inkomsten geven
- wet- en regelgeving onduidelijk en onvoldoende toepasbaar

Onvoldoende samenwerking met Sociale Zekerheidsinstellingen (zoals bedrijfsvereniging en Abp) en met de curatieve sector:

- slechte communicatie tussen betrokken partijen (BV, werkgever, werknemer, bedrijfsarts)
- samenwerking met BV verloopt moeizaam
- BV dwingt afkeuring af of weigert medewerking herintrede
- lange tijdsduur voor goedkeuring voorzieningen door Abp
- lange looptijd door meningsverschil arts/werknemer
- inhoudelijke kwaliteit dienstverlening onvoldoende
- langzaam werkend, starre houding
- gegevens uitwisseling, contacten onvoldoende
- artsen houden onvoldoende rekening met werksituatie

Motivatatie en mogelijkheden van de betreffende werknemers onvoldoende:

- de werknemer kan niet/moeilijk wennen aan de veranderde werkzaamheden
- moeilijkheden bij het opnieuw inwerken als gevolg van verandering van taakinhoud

Motivatatie collega's onvoldoende:

- geen acceptatie door collega's
- toegenomen werkdruk bij collega's
- verminderde produktie t.o.v. collega's
- een uitzonderingspositie van de werknemer in het team
- opzadelen van bepaalde afdelingen met 'kneuzen'

Effectieve maatregelen onvoldoende beschikbaar:

- organisatorisch regelen van werkverschuivingen is moeilijk
- te weinig geschikte taken/werkplekken
- het vinden van een adequate werkvoorziening is moeilijker dan gedacht
- kosten/baten balans van maatregel is negatief

Belemmerende factoren volgens uitvoerders (Arbodiensten, uitvoerders van reïntegratieprojecten)

Ongunstige sociaal-economische positie van bedrijfstak en bedrijf:

- nadelige arbeidsmarktsituatie van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten
- ongunstig organisatorische klimaat van een bedrijf

Onvoldoende wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid:

- wetten en regelingen zijn weinig flexibel, onduidelijke en steeds aan veranderingen onderhevig
- uitkeringssystematiek vormt geen prikkel om te gaan werken
- onvoldoende stimuleringsubsidies
- samenloop WAO-WW en (andere) gevolgen herkeuring

Onvoldoende samenwerking met Sociale Zekerheidsinstellingen (zoals bedrijfsvereniging en Abp):

- in het algemeen starre en inflexibele houding
- onduidelijkheid over de toekomst uitvoering sociale verzekering en bemiddeling, met afschrijven van verantwoordelijkheden tot gevolg
- binnen één instelling weer verschillende loketten
- lange wachttijden voor voorzieningen en ander beslissingen
- verschillen tussen regio's

Negatieve reïntegratiecultuur in bedrijven:

- negatieve houding werkgevers door (onbekendheid met) de inhoud van wetten en regelingen
- negatieve houding werkgevers door inschatting van hoge financiële risico's
- vakbonden stimuleren, ondersteunen onvoldoende

Belemmerende factoren volgens Sociale Zekerheidsinstellingen

Onvoldoende samenwerking met de curatieve sector:

- afstemming en overleg met de curatieve sector nagenoeg onmogelijk vanwege de KNMG-eis, dat dit alleen schriftelijk kan
- als gevolg van de 'scheiding van behandeling en controle' heeft curatieve sector nauwelijks oog voor de effectiviteit van interventies voor wat betreft het behoud en herstel van functioneren (bijvoorbeeld in de arbeid) van de patiënt

5.6.2 Bevorderende factoren bij het realiseren van effectieve reïntegratiemaatregelen

In deze paragraaf wordt ingegaan op factoren die het realiseren van effectieve reïntegratiemaatregelen kunnen bevorderen. Ook hier wordt weer een onderscheid gemaakt naar de mening van drie actoren namelijk werkgevers (gebaseerd op de Vos et al (1995) en de eigen inventarisatie), uitvoerders van reïntegratiemaatregelen en -projecten (gebaseerd op Ernste et al (1994) en de eigen inventarisatie) en sociale zekerheid (gebaseerd op de eigen inventarisatie). Per actor worden de belangrijkste bevorderende factoren opgesomd, met ter illustratie enkele detailopmerkingen over de betreffende factor.

Bevorderende factoren volgens werkgevers

Goede wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid:

- kosten verlagen voor werkgever/loonkostensubsidie/meer stimuleringsubsidie
- overheidsbeleid meer op haalbaarheid richten
- verplichting verzuimbeleid
- verplichting tot aansluiting bij arbodienst

Goede samenwerking met arbodienst:

- goede inhoudelijke kwaliteit dienstverlening
- snel werkend, flexibele houding
- goede gegevensuitwisseling en contacten

Goede samenwerking met Sociale Zekerheidsinstanties:

- betere communicatie met BV en GMD
- actievere houding van GAK
- minder bureaucratische financiering en snellere werkwijze door de bedrijfsvereniging

Gunstige sociaal-economische omstandigheden bedrijf

Positieve reïntegratiecultuur in bedrijf:

- extra begeleiding en stimulatie van betrokkene en collega's door chef en management
- voorkeursbeleid in bedrijf is noodzakelijk
- reïntegratie planmatig met werkgever aanpakken
- ondersteuning reïntegratiebeleid door top en ondernemingsraad is noodzakelijk

Voldoende motivatie en mogelijkheden van werknemers:

- sollicitant moet eigen mogelijkheden en noodzakelijke aanpassingen weten
- goed gemotiveerde doelgroep

Goede beschikbaarheid en kwaliteit van reïntegratiemaatregelen:

- meer R&D voor nieuwe oplossingen
- kennis over mogelijkheden verspreiden

Bevorderende factoren volgens uitvoerders

Gunstige sociaal-economische positie van bedrijfstak en bedrijf:

- relatief veel reïntegratie bij midden- en kleinbedrijf vanwege grootste werkgelegenheidsgroei
- gunstig organisatorisch klimaat in bedrijf

Goede wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid:

- duidelijke wet- en regelgeving, die goed toepasbaar is
- subsidiëring van extra kosten voor reïntegratie van gehandicapten

Goede samenwerking met Sociale Zekerheidsinstanties:

- goede samenwerking tussen verschillende partijen, uitvoeringsorganisaties en werkgevers op uitvoerend niveau (functionarissen)
- door goede gegevensuitwisseling, persoonlijke contacten en gezamenlijke verantwoordelijkheid

Goede samenwerking met arbodienst:

- werknemers tijdig in contact brengen met bedrijfsarts en -fysiotherapeut om (on)mogelijkheden voor reïntegratie te beoordelen
- werkplekonderzoek door bedrijfsfysiotherapeut

Positieve reïntegratiecultuur in bedrijf:

- korte lijnen, werkgever persoonlijk betrokken
- meer tijd en aandacht mogelijk voor begeleiding
- maatregelen op werkoverleg bespreken, actieve ondersteuning vragen.

Goede beschikbaarheid en kwaliteit van reïntegratiemaatregelen:

- rendement van reïntegratie activiteiten aantoonbaar maken

Bevorderende factoren volgens Sociale Zekerheidsinstellingen

Goede wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid:

- premiedifferentiatie zal mogelijk bedrijfstakken motiveren om de eigen problemen op te lossen

Goede samenwerking tussen Sociale Zekerheidsinstanties, curatieve sector en arbodienst:

- door een heldere afstemming van de arbodienst met de werkgever, de curatieve sector en zo nodig de sociale verzekering moeten de betrokken deskundigen onderling afwentelen van verantwoordelijkheden zo veel mogelijk tegengaan
- verzuimende werknemers moeten zo vroeg mogelijk geconfronteerd worden met de keuze tussen werken-niet werken; de aanpak moet planmatig en duidelijk zijn- onzekerheid creëert chroniciteit

Positieve reïntegratiecultuur in bedrijf

Voldoende motivatie en mogelijkheden van werknemers

Goede beschikbaarheid en kwaliteit van reïntegratiemaatregelen

5.6.3 Conclusies belemmerende en bevorderende factoren reïntegratiemaatregelen

Uit de opsomming van de belemmerende en bevorderende factoren volgens werkgevers, uitvoerders van de reïntegratiemaatregelen en sociale zekerheidsinstellingen blijkt dat een aantal factoren volgens alle actoren relevant zijn en dat andere factoren specifiek door één actor genoemd worden.

Wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid is voor alle drie de actoren een factor die effectieve reïntegratie van mensen met een bewegingsapparaataandoening beïnvloedt. Er zijn aspecten genoemd die een belemmerende invloed hebben, zoals de onvoldoende duidelijkheid en toepasbaarheid van de wetgeving, de geringe financiële prikkels die ervan uit gaan, maar ook de geringe financiële ondersteuning die de regelgeving biedt. Ook zijn er bevorderende aspecten aangegeven die van wet- en regelgeving kunnen uitgaan, zoals het verplichte verzuimbeleid, verplichte aansluiting bij een arbodienst.

Een ander zeer belangrijke factor is de samenwerking tussen alle betrokken partijen: werkgever, werknemer, bedrijfsarts, curatieve sector en sociale verzekering. Alle partijen geven aan dat die samenwerking op dit moment niet optimaal is. Waarbij de werkgevers met name de werkwijze van de bedrijfsverenigingen als belemmerend ervaren en de geringe mate waarmee de curatieve sector rekening houdt met de werksituatie. De uitvoerders van reïntegratiemaatregelen ervaren eveneens met name de werkwijze van de sociale zekerheidsinstellingen als belemmerend.

De sociale zekerheidsinstellingen zelf benadrukken juist de problemen die zij ondervinden met de samenwerking met de curatieve sector. De samenwerking met arbodiensten wordt door werkgevers juist als bevorderend ervaren.

De reïntegratiecultuur binnen bedrijven is een derde belangrijke factor. Werkgevers geven aan dat een onvoldoende motivatie van collega's belemmerend werkt, maar dat een positieve houding van het management bevorderend kan werken. Ook de uitvoeringsinstanties van reïntegratiemaatregelen geven aan dat de houding van de werkgever een belangrijke rol kan spelen. Volgens de arbodiensten is er te weinig ondersteuning in bedrijven door de vakbonden.

Alle actoren geven ook aan dat de beschikbaarheid en de kwaliteit van reïntegratiemaatregelen belemmerend of bevorderend kan werken. Werkgevers benadrukken dat het vinden van een effectieve maatregel met een positieve kosten/baten balans die toepasbaar is in het eigen bedrijf moeilijkheden oplevert en bevelen aan om meer onderzoek te doen naar goede oplossingen en de kennis over goede oplossingen meer te verspreiden. De uitvoeringsinstanties geven aan dat het aantoonbaar maken van het rendement van reïntegratiemaatregel bevorderend werkt.

Met name de werkgevers vinden de motivatie en mogelijkheden van de werknemers zelf van belang voor het welslagen van de reïntegratiemaatregelen. De uitvoerders van reïntegratiemaatregelen noemen de sociaal-economische positie van de bedrijfstak en van het bedrijf een bepalende factor voor het realiseren van effectieve reïntegratiemaatregelen.

5.7 Samenvattende conclusies belemmerende en bevorderende factoren

In deze afsluitende paragraaf worden alle bevorderende en belemmerende factoren besproken die een rol spelen bij de uitvoering van preventieve en reïntegratie activiteiten in de beroepsbevolking. Deze bespreking is gebaseerd op all eerder genoemde bronnen.

Signalering fysieke belasting

Uit de verschillende onderzoeken blijkt dat werkgevers en werknemers zich over het algemeen bewust zijn van het voorkomen van fysiek belastende omstandigheden. Zij het dat hier met name 'fysiek zwaar werk' en slechte houdingen onder lijkt te worden verstaan (en bijvoorbeeld niet eenzijdige belasting, repeterend werken en werkdruk). Werkgevers van kleine bedrijven zien over het algemeen minder risico's.

Positieve arbocultuur in bedrijven

Uit de samenhang tussen de verschillende gegevens in het TNO onderzoek komt naar voren dat het voeren van een preventiebeleid in een onderneming in belangrijke mate afhangt van het feit of de werkgever problemen en/of klachten signaleert en/of te kampen heeft met een hoog ziekteverzuim of WAO-intrede percentage. De risico's die de werknemers ervaren zijn slechts indirect van belang, namelijk voorzover de werkgever deze erkent. Dit wordt bevestigd in onze eigen inventarisatie. Werkgevers van bedrijven, branche organisaties en werknemers geven daarin aan dat een positieve arbocultuur in het bedrijf als de belangrijkste bevorderende factor voor preventie van bewegingsapparaatklachten moet worden gezien. Als belangrijkste element van een dergelijke cultuur wordt genoemd het feit of de directie de (wettelijke) noodzaak tot het nemen van maatregelen onderkent. Hierop is verder van invloed of er een arbobudget beschikbaar is en of de ondernemingsraad, VGW of Dienstencommissie stimulerend optreden. Zowel werkgevers als werknemers en uitvoeringsinstanties van reïntegratiemaatregelen geven aan dat ook voor een effectieve reïntegratie een positieve houding van het management een belangrijke bevorderende factor is.

De vraag is nu, wat bepaalt of een werkgever de gesignaleerde fysieke belasting en bewegingsapparaatklachten als een probleem ervaart en dus de noodzaak van maatregelen inziet. Hierboven is al aangegeven dat een hoog ziekteverzuim of WAO-intrede in het bedrijf hierop van invloed is. Uit het EIM onderzoek blijkt echter dat een gedeelte van de geïnterviewde werkgevers niet goed op de hoogte is van het verzuim in het bedrijf en dat het merendeel van hen dit verzuim lijkt te onderschatten. Bovendien blijkt dat werkgevers risico's door fysieke belasting op het werk wel signaleren, maar dat zij dit slechts in beperkte mate in verband brengen met het optreden van verzuim en klachten. Over het algemeen wordt verzuim door de werkgevers geassocieerd met individuele factoren en niet met werkgebonden risico's. Tevens lijkt het er op dat een groot deel van de werkgevers vindt dat de motivatie van het personeel extra aandacht behoeft. Indien de werkgever een relatie zou veronderstellen tussen risico's op het gebied van fysieke belasting, bewegingsapparaatklachten en deze motivatie zou de fysieke belasting eerder als probleem worden ervaren dat aanpak behoeft. Opvallend is overigens dat het overgrote deel van de werkgevers (meer dan 90%) van mening is dat investeren in terugdringen van lichamelijke belasting (en werkstress) uiteindelijk geld oplevert. De financiering van maatregelen vormt dus niet de belangrijkste belemmerende factor. Of een bedrijf overgaat tot het nemen van preventieve maatregelen hangt verder nog samen met een positieve evaluatie door de werkgever van dit beleid. Hierbij is echter niet duidelijk wat oorzaak en gevolg is. Naast de hier genoemde factoren blijkt overigens dat de omvang van het bedrijf een zeer belangrijke factor is voor het nemen van preventieve maatregelen met name op het gebied van de fysieke belasting.

De manier waarop het bedrijf is verzekerd blijkt overigens niet van invloed op het preventie beleid.

Dit sluit aan bij de bevindingen uit het EIM onderzoek die aangeven dat op het moment slechts een beperkte stimulans voor preventie uitgaat van de nieuwe regels in de ziektewet die bepalen dat de bedrijven de eerste twee (tot zes) weken bij ziekte moeten door betalen. Ook de grotere betrokkenheid van de verzekeringsmaatschappijen heeft nog slechts tot een zeer beperkte stimulans voor preventieve activiteiten geleid.

Beschikbaarheid en goede kwaliteit maatregelen

De werkgevers in onze eigen inventarisatie vinden het van groot belang voor effectieve preventie en reïntegratie dat goede maatregelen beschikbaar zijn. Zij benadrukken dat het vinden van een effectieve maatregel met een positieve of neutrale kosten/baten balans die toepasbaar is in het eigen bedrijf moeilijkheden oplevert en bevelen aan om meer onderzoek te doen naar goede oplossingen en de kennis over goede oplossingen meer te verspreiden. De uitvoeringsinstanties geven aan dat het aantoonbaar maken van het rendement van reïntegratiemaatregel bevorderend werkt. In het EIM-onderzoek vindt ongeveer de helft van de werkgevers de informatie onvoldoende afgestemd op de bedrijfssituatie.

Geen van de werkgevers uit het EIM onderzoek geeft echter aan dat gebrek aan informatie een reden was om geen maatregelen te nemen op het gebied van fysieke belasting en stress. Slechts een beperkt aantal 15 tot 25% van de werkgevers heeft informatie gezocht over terugdringen van verzuim. Verder verschilt het nogal per branche welk type informatie is gezocht. Informatie over kosten en baten en informatie over gevolgen van de maatregelen voor de bedrijfsvoering wordt wel gezocht door werkgevers in de klein metaal maar niet in de detailhandel. Het merendeel van de werkgevers die informatie heeft gezocht over preventieve maatregelen vindt dat zij voldoende informatie kan krijgen. De informatie komt vooral van bedrijfsverenigingen, arbodiensten, branche organisaties en andere bedrijven. De bedrijven zijn ook van mening dat arbodienst en branche organisatie de geschikte kanalen zijn voor deze informatie.

Indien naar het oordeel over effectiviteit van maatregelen wordt gekeken blijkt in onze eigen inventarisatie dat de werkgevers aangeven de meeste effecten te verwachten van de technische (39%) en organisatorische (38%) maatregelen en het minst van de individu-gerichte maatregelen (24%). In het EIM onderzoek wordt ook aangegeven dat de werkgevers een risico inventarisatie effectiever achten dan het voeren van een verzuimbeleid. Des al niet te min verwacht men dat de verplichting tot het volgen van een verzuim beleid veel grotere consequenties voor de organisatie zal hebben als het houden van een risico inventarisatie en evaluatie. Blijkbaar verwacht men niet dat de resultaten van een dergelijke inventarisatie tot grote veranderingen zullen leiden.

Het belang van effectieve maatregelen wordt door de actoren in het veld onderschreven. Zoals echter blijkt uit hoofdstuk 3 is de kennis over de effectiviteit van mogelijke maatregelen beperkt.

Motivatie van werknemers

Werkgevers maar ook werknemers benadrukken dat voor een effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat de werknemers zelf arboverantwoordelijkheid moeten nemen en gemotiveerd moeten zijn. Dit geldt voor alle preventieve maatregelen maar uiteraard het meest voor individuele maatregelen en reïntegratie.

Goede wet- en regelgeving en ondersteuning overheid

Goede wet en regelgeving en ondersteuning door de overheid worden door zowel werknemers als werkgevers bevorderend gevonden voor vermindering van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Waarbij de werknemers vooral de centrale regelgeving van de overheid, adequate controle en voorlichting van belang vinden en de werkgevers meer de elementen die door de bedrijven zelf vorm moeten worden gegeven benadrukken, zoals de RI&E, het verzuimbeleid en aansluiting bij een arbodienst.

Ook voor een effectieve reïntegratie van mensen met een bewegingsapparaataandoening is goede wet- en regelgeving en ondersteuning door de overheid noodzakelijk. Onvoldoende duidelijkheid en toepasbaarheid van de wetgeving, geringe financiële prikkels die ervan uit gaan, maar ook de geringe financiële ondersteuning die de regelgeving biedt hebben een belemmerende invloed. Het verplichte verzuimbeleid en de verplichte aansluiting bij een arbodienst hebben een bevorderend effect op reïntegratie.

Gunstige sociaal economische omstandigheden bedrijf

In het TNO onderzoek werd verondersteld dat bedrijven met een betere financiële positie meer ruimte zouden hebben voor preventiebeleid. De financiële positie van het bedrijf bleek echter vooral van invloed te zijn op het treffen van maatregelen op het terrein van stress en niet zozeer op het terrein van fysieke belasting. Bedrijven met een slechte financiële positie ondervinden meer werkgerelateerde klachten en een hoger ziekteverzuim dan bedrijven met een goede financiële positie. Marktleiders treffen meer maatregelen dan marktvolgers. Op grond van deze gegevens is de conclusie dat de kosten van maatregelen belangrijk zijn maar niet doorslaggevend. Ook uit onze eigen inventarisatie blijkt dat de sociaal economische omstandigheden van een bedrijf zeker niet de belangrijkste bevorderende factor zijn voor het voeren van een preventief beleid op dit gebied.

Opvallend is wel dat verschillende actoren aangeven dat ongunstige sociaal economische omstandigheden in branche of bedrijfstak belemmerend zijn voor het realiseren van effectieve preventieve maatregelen en reïntegratiemaatregelen.

Positieve arbocultuur in de branche

In het TNO onderzoek wordt door ruim een kwart van de werkgevers van de bedrijven aangegeven dat activiteiten in de branche (BV-en, bedrijfs-, produktschappen, werkgevers en werknemersorganisaties) een stimulerende rol hebben bij het voeren van een preventief beleid. Veertien procent geeft aan dat zij bekend waren met projecten in de bedrijfstak waarin de aanpak van fysieke belasting centraal stond. De OR leden zijn hiervan veel minder op de hoogte dan de werkgevers. Er blijkt een duidelijke samenhang te zijn tussen het voeren van een preventief beleid en de ondersteuning vanuit de sector of branche die men zegt te krijgen. Het is echter ook mogelijk dat bedrijven die zelf meer beleid voeren vervolgens ook meer ondersteuning vanuit de sector gaan zoeken. De medewerkers van branche organisaties zijn zelf ook van mening dat stimulerende activiteiten door branche organisaties (zowel van werkgevers als van werknemers) van belang zijn voor het preventiebeleid bij bedrijven.

In de branches/bedrijfstakken waar een stichting is opgericht die de activiteiten op arbogebied coördineert worden bijzonder veel activiteiten verricht ter bevordering van preventie van bewegingsapparaatklachten in de bedrijven. In de overige branches lijkt toenemende aandacht te zijn voor arbo-activiteiten maar een beleid specifiek gericht op preventie van bewegingsapparaatklachten komt nog maar beperkt van de grond.

Goede samenwerking tussen betrokken partijen: werkgevers, werknemers, arbodienst, BV, GAK, GMD, Abp en (huis)artsen en specialisten

Uit het EIM onderzoek blijkt dat de werkgevers uit de verschillende branches nog al verschillend denken over het effect van aansluiting bij een arbodienst op het terugdringen van het ziekteverzuim. In de klein metaal (industrie) is twee derde het met deze stelling eens, in de detailhandel de helft en in de automatiseringsbranche slechts een derde. Een en ander is natuurlijk ook afhankelijk van het niveau van verzuim in deze branches. Indien een bedrijf bij een arbodienst is aangesloten worden de risico's door fysieke belasting op het werk eerder als probleem ervaren, waardoor de kansen toenemen dat preventieve maatregelen zullen worden genomen. Uit onze eigen inventarisatie blijkt dat voor een effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat een goede samenwerking met de arbodienst van belang is. Van de arbodienst wordt dan verwacht dat ze snel en flexibel diensten van goede inhoudelijke kwaliteit leveren. Tevens wordt een goede communicatie met de arbodienst belangrijk gevonden. Deze samenwerking wordt van groter belang gezien voor de individu gerichte maatregelen dan voor de technische en organisatorische maatregelen.

Voor een succesvolle reïntegratie is samenwerking tussen alle betrokken partijen: werkgever, werknemer, bedrijfsarts, curatieve sector en sociale verzekering van essentieel belang.

Alle partijen geven aan dat die samenwerking op dit moment niet optimaal is. Waarbij de werkgevers met name de werkwijze van de bedrijfsverenigingen als belemmerend ervaren en de geringe mate waarmee de curatieve sector rekening houdt met de werksituatie. De uitvoerders van reïntegratiemaatregelen ervaren eveneens met name de werkwijze van de sociale zekerheidsinstellingen als belemmerend. De sociale zekerheidsinstellingen zelf benadrukken juist de problemen die zij ondervinden met de samenwerking met de curatieve sector. De samenwerking met arbodiensten wordt door werkgevers juist als bevorderend ervaren.

5.8 Overzicht maatregelen en betrokken organisaties per preventieve activiteit

5.8.1 Inleiding

Op grond van het voorgaande wordt in deze paragraaf geconcludeerd welke preventieve maatregelen zoals gepresenteerd in hoofdstuk 3 in Nederland ook worden uitgevoerd, welke organisaties hierbij betrokken zijn en welke belemmerende en bevorderende factoren bij de uitvoering van de activiteiten een rol spelen. In deze paragraaf wordt alleen ingegaan op de activiteiten die betrekking hebben op de beroepsbevolking. De activiteiten zijn analoog aan hoofdstuk 3 ingedeeld naar primaire, secundaire en tertiaire preventieve activiteiten.

5.8.2 Primaire preventie

Voorlichting

voorlichting over voeding, calcium, vitamine D en overgewicht

Algemene voorlichting over voeding en overgewicht kan 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 hoofdtak. 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. Het Centrum rekent preventie van bewegingsapparaatklachten nadrukkelijk wel tot haar terrein. Het is onduidelijk in hoeverre arbodiensten dergelijke voorlichting ook tot hun terrein rekenen.

voorlichting gericht op stimuleren van bewegen in de vrije tijd en voorkómen van inactiviteit

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 uitgevoerd door NISG en TNO. Momenteel is een brede nationale campagne 'Nederland in beweging' gaande. De voorlichting wordt op verschillende doelgroepen gericht, werknemers is er een van. Opvallend is dat in de algemene voorlichting geen aandacht is voor bewegen tijdens het werk en de interactie tussen bewegen in de vrije tijd en tijdens het werk.

voorlichting over goede werkhoudingen en vermindering van fysieke belasting

Voorlichting over goede werkhoudingen, 'verantwoord tillen', repeterend handelen en andere fysieke belastingsrisico's wordt door vrijwel alle organisaties van werkgevers en werknemers (koepels, afzonderlijke branches en vakbonden) en arbodiensten verzorgd. Ook de RSI patiënten vereniging geeft voorlichting over de risico's in het werk. Eén en ander lijkt op ad hoc basis te gebeuren en er vindt geen overleg en afstemming plaats. Dergelijke voorlichting is echter van belang voor het signaleren van het probleem binnen bedrijven, zowel door werkgevers en werknemers. Het is van belang dat bij deze voorlichting niet alleen aandacht is voor slechte werkhoudingen en veel tillen, maar ook voor repeterend handelen, eenzijdige belasting, inactiviteit en psychosociale factoren in het werk; zoals 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. Met andere woorden dat er dus kansen liggen om, door vermindering van de ongunstige fysieke belasting het verzuim en uitval te verminderen en de motivatie te verhogen. Uit hoofdstuk 2 blijkt dat er voldoende basis is om dergelijke verbanden aannemelijk te maken. Voorlichting kan zowel op de werkgever als de werknemer worden gericht. De werkgever zou zich moeten realiseren dat het werk wel degelijk iets te maken heeft met klachten en verzuim van de werknemers en dat er daardoor kansen liggen bij preventie van deze klachten. De werknemer zou door de voorlichting ook zelf mogelijk beter gemotiveerd zijn mee te werken aan maatregelen en aandacht te besteden aan verbeteren van werkhoudingen, tiltechniek, voorkomen van inactiviteit en gebruik van aangedragen hulpmiddelen. Voorlichting alleen is echter onvoldoende om te komen tot effectieve preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in bedrijven.

Programma's gericht op stimuleren van bewegen en voorkómen van inactiviteit en/of verbeteren van spierkracht en lenigheid

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

Ook deze activiteiten behoren tot de activiteiten van het Centrum voor Gezondheidsbevordering op de Werkplek. Daarnaast blijkt dat er in Nederland tientallen organisaties (bedrijven, stichtingen, hogescholen en arbodiensten) zijn 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). Dergelijke programma's worden ook verzorgd door enkele GGD'en en thuiszorginstellingen, zorgverzekeraars en sportscholen. Opvallend is dat de actuele werkbelasting van werknemers in dit soort programma's - in tegenstelling met sommige rugscholen - vaak niet of nauwelijks aan de orde komt. Een koppeling met bijvoorbeeld bewegen in het werk en de ergonomie van de werkplek ontbreekt meestal. Het lijkt van belang ook belasting op het werk te betrekken in fitnessprogramma's indien het doel is preventie van bewegingsapparaatklachten. Aansturen van deze activiteiten, gezien het grote aantal en de diversiteit van de aanbieders lijkt moeilijk. Voor bedrijven is het van belang dat er praktische informatie geleverd wordt over de randvoorwaarden wat betreft inhoud en organisatie van deze programma's om te komen tot een optimaal resultaat. Van de programma's op het werk valt in preventief opzicht het meest te verwachten indien daarbij ook afstemming is met de fysieke belasting tijdens het werk. Arbodiensten lijken de aangewezen instantie om bedrijven hier op te wijzen. Ook programma's waarbij training en ergonomische maatregelen zijn geïntegreerd zijn veelbelovend. De arbodienst, werkgevers- en werknemers organisaties en brancheorganisaties zouden dergelijke programma's kunnen stimuleren.

Een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie van dit soort programma's is noodzakelijk om beter inzicht te krijgen in de effectiviteit. Het is echter niet duidelijk welke instantie een dergelijk onderzoek op dit moment zou financieren. Middelen van het Praeventiefonds worden slechts zeer beperkt ingezet voor onderzoek naar de effectiviteit van preventieve activiteiten in de arbeidssfeer. Het Nationaal Reumafonds financiert nauwelijks onderzoek gericht op preventie van specifieke klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat en ook het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid financiert dergelijk onderbouwend onderzoek in de toekomst niet meer (op dit moment loopt nog wel een uitgebreid onderzoek naar determinanten van bewegingsapparaatklachten). Enkele activiteiten op dit terrein worden gefinancierd door VWS.

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

Op grote schaal nemen Nederlandse bedrijven dergelijke maatregelen ter preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. 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 redelijk 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 taakrotatie, andere werkschema's en afwisseling van taken.

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.

Uit de inventarisaties blijkt dus dat dit soort activiteiten veelvuldig in bedrijven plaats vinden hoewel een structureel beleid veelal ontbreekt. Bij de planning en uitvoering van dit soort maatregelen zijn betrokken de bedrijven (werkgevers en werknemers) en de arbodienst. Indirect, in de vorm van informatievoorziening zijn ook betrokken de branche organisaties en vakbonden en de werkgevers- en werknemerskoepels. De overheid heeft het wettelijk kader gecreëerd om deze activiteiten te stimuleren. Hierbij ligt het accent niet op centrale normstelling, maar op het stimuleren van de zelfwerkzaamheid van bedrijven door middel van een verplichting tot het houden van een risico inventarisatie en evaluatie en het opzetten en uitvoeren van een verzuimbeleid. De verzekeringsmaatschappijen zijn nauwelijks betrokken bij het stimuleren of uitvoeren van dit soort activiteiten.

De onlangs ingevoerde verplichte RI&E en het daarop volgende plan van aanpak kan een belangrijk instrument zijn 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. Het is ook voor deze maatregelen van belang dat de werkgever een dergelijk plan van aanpak ziet als onderdeel van goede bedrijfsvoering en niet slechts als 'papieren verplichting'. De arbodienst kan in (een persoonlijke) benadering van bedrijven hierop een positieve invloed uitoefenen. 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. Deze instrumenten en oplossingen moeten in samenspraak met de bedrijven, met name ook de werknemers, worden ontwikkeld.

In branches met een speciaal voor de coördinatie van arboactiviteiten in het leven geroepen stichting, gaat van die stichting een belangrijke stimulans uit bij het vormgeven van dergelijke projecten.

Verminderen lichaamstrillingen en schokken

Verminderen van blootstelling aan lichaamstrillingen en schokken is in feite een verbijzondering van de hierboven bedoelde activiteiten en 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.

Dezelfde organisaties als hierboven zijn betrokken bij deze vorm van preventie op het werk. Een aantal arbodiensten neemt deel aan een evaluatie studie over de effectiviteit van vermindering van blootstelling aan lichaamstrillingen in bedrijven. Indien de effectiviteit van dit programma is aangetoond dient extra aandacht te worden besteed aan informatieverstrekking naar bedrijven en arbodiensten. Bepaalde branches waar blootstelling aan lichaamstrillingen veel voorkomt verdienen hierbij prioriteit. Gedacht kan dan worden aan het vervoer, de landbouw, bosbouw, wegenonderhoud, de bouw, de havens en distributiecentra. Dezelfde geïnventariseerde belemmerende en bevorderende factoren zijn van belang voor deze maatregelen.

Verminderen blootstelling aan trillen en schokken door trillend en stotend gereedschap

Ook voor deze maatregelen geldt dat zij onderdeel moeten uitmaken van maatregelen gericht op aanpassen en ontwerpen van verantwoorde werkplekken. Trillingsarm gereedschap is op de markt. Bedrijven zouden in overleg met arbodiensten moeten overgaan tot de aanschaf van dergelijk gereedschap. Branches kunnen hierbij een stimulerende rol spelen.

5.8.3 Secundaire preventie

Periodiek gezondheidkundig onderzoek in de beroepsbevolking

Het periodiek gezondheidkundig onderzoek, vaak gekoppeld aan een werkplekonderzoek is een 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 kan aldus richting geven aan toekomstige maatregelen in een 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. Deze activiteit kan een belangrijke rol spelen bij het voor bedrijven zichtbaar maken van de risico's door fysieke belasting op het werk en de koppeling tussen risico's en klachten en aandoeningen. Dit kan bijdragen aan het besef van het management dat klachten niet altijd individueel bepaald zijn maar dat het werk wel degelijk een rol kan spelen.

5.8.4 Tertiaire preventie

Programma's gericht op determinanten van beloop van klachten en aandoening van het bewegings-apparaat

Rug- en nekscholen

Uit de inventarisatie komt niet duidelijk naar voren op welke schaal bedrijven gebruik maken van rug- en nekscholing voor werknemers. Het lijkt er op dat dit de laatste tijd toeneemt. De programma's gericht op bewegen en verbetering van kracht en lenigheid van de spieren worden aangeboden door verschillende instellingen. Het is van belang dat het aanbod wordt geïnventariseerd en inhoudelijk wordt getoetst aan de huidige state of the art om te beïnvloeden van het beloop van klachten en aandoeningen en de randvoorwaarden die kunnen worden gesteld aan het programma voor optimale implementatie en effectiviteit. Uit de meest recente meta-analyse die over deze effectiviteit is opgesteld wordt in ieder geval aangegeven dat de effectiviteit van de rugschool wordt vergroot indien beroepsfactoren, te weten fysieke en psychosociale belasting, nadrukkelijk een rol spelen. Gezien de vrij aanzienlijke kosten die veelal met deze programma's zijn gemoeid, het feit dat sommige programma's wel en andere niet effectief lijken en het feit dat veel rugklachten op zich een goede prognose hebben is het van groot belang dat er voldoende informatie is over:

- op welke doelgroep welk programma moet worden gericht
- en op welk moment tijdens het verloop van de rugklachten het programma het beste kan worden aangeboden
- welk programma (of soort van rugscholing) gezien de huidige "state of the art" de beste kosten-effectiviteit lijkt te kennen
- welke andere factoren kunnen bijdragen tot een succesvolle geïntegreerde aanpak (bijvoorbeeld aanpassing van het werk)

Bij de evaluatie van de programma's dienen verschillende 'outcome variabelen' te worden betrokken zoals terug keer in werk en maten voor kwaliteit van leven naast eventuele meer klinische maten. Voor vergelijking van verschillende programma's is het van belang aandacht te hebben voor mogelijke onvergelykbaarheid van operationalisatie van de diverse variabelen.

Verzekeringsmaatschappijen en sociale zekerheidsinstellingen zouden een rol kunnen spelen bij het stellen van criteria waaraan een programma moet voldoen wil deze 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.

Interventie programma's gericht op snelle terugkeer in werk

Hieronder vallen verschillende vormen van rug- en nekscholing, maar ook de structurele aspecten van programma's gericht op sociaal medische begeleiding in bedrijven. In tegenstelling tot de rug- en nekscholen, waar dit niet noodzakelijk het geval dient te zijn, is de doelgroep verzuimende werknemers. Ook voor deze programma's geldt dat er voldoende informatie beschikbaar moet zijn, op grond waarvan een bedrijf kan kiezen voor bepaalde maatregelen. Uit de inventarisatie blijkt dat bedrijven op dit moment vooral geneigd zijn meer controle en meer begeleiding van zieke werknemers uit te (gaan) voeren. Ook over de kosten effectiviteit van controle maatregelen is meer informatie gewenst. Indien blijkt dat dergelijke programma's inderdaad het ziekteverzuim kunnen bekorten dan wordt het bij de gewijzigde ziektewet interessant voor verzekeraars om een dergelijk programma uit te voeren in bedrijven in overleg met de arbodienst.

Verbeteren van kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van zorg

Voorlichting over omgaan met klachten/ algemene informatievoorziening over aandoeningen

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 rug- en nekscholing. De bedrijfsarts zal ook de invloed van het werk op ontstaan en beloop van de klachten moeten toelichten. De wijze waarop dit gebeurd kan worden opgenomen in een protocol voor sociaal medische begeleiding voor de 'behandeling van' klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de bedrijfsgezondheidszorg.

Ook de RSI patiënten vereniging verstrekt informatie over deze klachten en aandoeningen en richt zich hiermee speciaal op werknemers. Het Nationaal reumafonds richt zich in haar voorlichting slechts in beperkte mate op a-specifieke klachten en aandoeningen van rug, nek, schouder en arm.

Wachtlijstreductie

Men verwacht dat activiteiten gericht op wachtlijstreductie met name kosteneffectief zijn voor werkende patiënten vanwege de uitgespaarde kosten van verzuim. In de nabije toekomst kan, vanwege de wijzigingen in de ziektewet worden verwacht dat verzekeringsmaatschappijen gebaat zijn bij wachtlijst reductie indien ook de kosten van verzuim bij hen zijn verzekerd.

Deskundigheidsbevordering

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 arbeidshygiënist 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.

Visitatie binnen beroepsgroepen en arbodiensten

De certificering van arbodiensten biedt de mogelijkheid de kwaliteit van de organisatie en dienstverlening te toetsen en bij te sturen in de richting die door de overheid is gewenst.

Diagnose- en behandelprotocollen

Door het Coronel laboratorium is een protocol voor sociaal medische begeleiding bij rugklachten en aandoeningen opgesteld, dat wordt uitgetest en geëvalueerd in de praktijk. Uiteraard is afstemming met protocollen uit de curatieve sector van groot belang.

Communicatie curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg

In hoofdstuk 4 is reeds het een en ander opgemerkt over deze samenwerking. Uit de inventarisatie komt duidelijk naar voren dat deze communicatie verbetering behoeft bij met name begeleiding van zieke werknemers (verzuimbegeleiding) maar zeker ook bij reïntegratie activiteiten.

Eén van de doelstellingen van de RSI patiëntenvereniging is erkenning van de aandoening bij bedrijfsartsen én artsen werkzaam in de curatieve zorg.

Reïntegratie

Reïntegratiemaatregelen bestaan uit zeer veel verschillende typen maatregelen. Veel bedrijven hebben incidenteel te maken met langdurig zieke werknemers waarvoor reïntegratiemaatregelen noodzakelijk zijn om uitval te voorkomen. Reïntegratiemaatregelen ten behoeve van de indiensttreding van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte nieuwe werknemers komt veel minder vaak voor.

Veel dreigende uitval van langdurig zieke eigen werknemers betreft aandoeningen van het bewegingsapparaat. De reïntegratiemaatregelen als onderdeel van de sociaal medische begeleiding worden werkpaanpassingen gericht op houding en beweging, aanpassing van werk- en rusttijden en een andere taak toegepast. Speciaal meubilair, korter werken, een andere taak met minder lichamelijke belasting en aangepaste werk- en rusttijden komen het meeste voor. De mate waarin deze maatregelen worden genomen verschilt weinig tussen grote en kleine bedrijven of tussen branches. Bij deze reïntegratie zijn een groot aantal partijen betrokken zoals de curatieve sector, bedrijven, arbodiensten, revalidatie instellingen en uitkeringsinstanties.

Interventie programma's gericht op snelle terugkeer in werk

Hieronder vallen verschillende vormen van rugscholing, maar ook de structurele aspecten van programma's gericht op sociaal medische begeleiding in bedrijven en actieve vroege interventies bij verzuimende werknemers zoals multidisciplinaire diagnostiek in een vroeg stadium van de klachten. Op dit moment is er weinig informatie beschikbaar op grond waarvan een bedrijf kan kiezen voor bepaalde maatregelen. Uit de inventarisatie blijkt dat bedrijven na recente wijzigingen in de ziektewet vooral geneigd zijn meer controle en meer begeleiding van zieke werknemers uit te voeren. Ook over de kosten effectiviteit van controle maatregelen is weinig informatie beschikbaar. Indien blijkt dat interventie programma's het ziekteverzuim kunnen bekorten dan wordt het bij de gewijzigde ziektewet mogelijk interessant voor verzekeraars om een dergelijk programma uit te voeren in bedrijven in overleg met de arbodienst.

6. BESCHOUWING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1 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 aspecifieke 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 aandoeningen.

Alleen in die gevallen kan worden verwacht dat beïnvloeding van de determinant in gunstige zin ook leidt tot vermindering van de 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 aandoeningen. De hier gepresenteerde gegevens laten zien dat enerzijds voor slechts weinig risico- of prognostische factoren een relatie met de 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 aandoeningen en die voldoende aanleiding geven om de mogelijke preventieve activiteiten nader te beschouwen.

6.2 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 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 fitness-programma'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 welzijns-werk, via thuiszorg of via verzorgingshuizen te bereiken. Jongeren zijn goed bereikbaar via 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.

6.3 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 effectiviteit. Deze clusters zijn:

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

De conclusies zullen aan de hand van deze prioritering 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.

6.3.1 Afzonderlijke preventieve activiteiten

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.

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 de matrix van tabel 6.3 zijn de genoemde criteria voor de afzonderlijke preventieve activiteiten ingevuld. In de volgorde, waarin de activiteiten zijn genoemd, is de prioritering reeds aangegeven.

Tabel 6.3 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 en in 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.

6.4 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.

6.5 Conclusies ten aanzien van afzonderlijke preventieve activiteiten

In deze paragraaf worden ten aanzien van elke preventieve activiteit, die in tabel 6.3 zijn beschreven, een aantal conclusies getrokken.

6.5.1 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 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 vermindering van 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 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 RI&E, 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 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 aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name ook voor kleine bedrijven, uitgaat van de branche gerichte arbo-organisaties zoals de stichting Arbouw en de stichting bedrijfsgezondheids-zorg in het wegvervoer. Het is duidelijk dat dan niet alleen de technische en organisatorische maatregelen voor de preventie van 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 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 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.

6.5.2 Preventie van osteoporose door suppletie van calcium / vitamine D / oestrogenen, (eventueel voorafgegaan door 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. De discussie over dit onderwerp zal eerst moeten worden afgerond, alvorens tot aanbevelingen over implementatie kan worden gekomen. Initiatieven op dit gebied zijn gaande, zoals een kosten-effectiviteits-studie van oestrogeensuppletie.

6.5.3 Screenen in consultatiebureau op congenitale heupdysplasie (+adequate behandeling)

Het screenen op congenitale heupdysplasie (CHD) is onomstreden en dient gecontinueerd te worden. In de opleiding en nascholing van consultatiebureau-artsen moet hieraan voldoende aandacht worden besteed. Bij verdenking op CHD volgt verwijzing en adequate behandeling.

Ook huisartsen, verloskundigen, kinderartsen en orthopaeden dienen aandacht te hebben voor CHD, wanneer zij lichamelijk onderzoek verrichten bij baby's.

6.5.4 Activiteiten gericht op verbetering van kwaliteit van zorg

Op een aantal onderwerpen die van belang zijn voor verbetering van kwaliteit van zorg, zoals visitatie van praktijken, protocollering en verbetering van de communicatie, wordt door verschillende beroepsverenigingen duidelijk aangehaakt. Het verdient aanbeveling dat deze initiatieven verder worden ondersteund en gestimuleerd, ook financieel. Het blijkt immers dat een bij sommige beroepsgroepen het initiatief blijft hangen op de financiering. De overheid en zorgverzekeraars zouden op dat gebied een rol kunnen spelen. Bij de activiteiten op dit gebied moet rekening worden gehouden met de kwaliteitswet zorginstellingen. Recent zijn vanuit de overheid gelden ingezet om via de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG) activiteiten in het kader van verbetering van kwaliteit van zorg te subsidiëren.

Protocollen kunnen nuttig zijn om het proces van diagnostiek en behandeling te structureren, zodat dit minder afhankelijk wordt van de arts of specialist, die een bepaalde patiënt onder behandeling heeft. Daarnaast geeft een protocol de meest actuele kennis weer ten aanzien van bepaalde aandoeningen, hetgeen van belang is voor bijscholing van hulpverleners. De NHG standaard wordt ook nadrukkelijk voor dat doeleinde gebruikt. Ook wordt de wijze geëxpliciteerd, waarop een groep hulpverleners bepaalde patiënten het best menen te kunnen behandelen, zodat op grond daarvoor overleg en consensusvorming op gang kan komen.

Evaluatie en actualisatie van protocollen is noodzakelijk en moet worden gestimuleerd. Wanneer de inhoud van een protocol dat gehanteerd wordt in de eerste lijn niet strookt met opvattingen van specialisten in de tweede lijn, dan dient overleg op gang te komen om de meningsverschillen te overbruggen. Initiatieven op dit gebied, bijvoorbeeld het project van de Nederlandse Vereniging van Reumatologen om samen met huisartsen knelpunten in de behandeling van reumapatiënten op te sporen en aan te pakken, verdienen ondersteuning en navolging. Protocollen in de verschillende gebieden van de zorgverlening en bedrijfsgezondheidszorg moeten zodanig op elkaar worden afgestemd, dat sprake is van zorgtrajecten.

Voor veel aandoeningen van het bewegingsapparaat moeten nog protocollen worden ontwikkeld, met name voor diagnostiek en behandeling in de tweede lijn.

Bij de ontwikkeling van protocollen voor de eerste lijn speelt de NHG een belangrijke rol. Bij de ontwikkeling van protocollen voor patiënten met chronische aandoeningen zoals artrose, fibromyalgie en chronische klachten van rug, nek of schouder, die worden verwezen naar de tweede lijn kunnen naast de beroepsverenigingen de Coördinatiecentra Chronisch Zieken (CCZ) een rol spelen.

Het verdient aanbevelingen protocollen voor diagnostiek en behandeling in de bedrijfsgezondheidszorg te ontwikkelen voor een aantal aandoeningen van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld klachten aan nek, schouder, arm en RSI); een rug protocol is gemaakt en wordt getest. Protocollen in de curatieve sector en bedrijfsgezondheidszorg moeten op elkaar worden afgestemd.

Visitatie is een instrument, waarmee een indruk kan worden verkregen over de kwaliteit van zorg in een bepaalde praktijk (of instelling). Medisch inhoudelijke praktijkregistratie kan daarbij een belangrijke rol spelen, omdat daarmee zichtbaar kan worden gemaakt hoe een patiëntenpopulatie eruit ziet en verschillen kunnen worden opgespoord, waaraan bij de visitatie aandacht kan worden besteed. Een aantal beroepsverenigingen zijn al ver gevorderd met visitaties. De methodiek van visitatie in de eerste lijn moet verder worden ontwikkeld, ten einde ook daar tot visitatie te kunnen overgaan. De NHG speelt daarbij een belangrijke rol.

Deskundigheidsbevordering vormt een aandachtsgebied voor alle beroepsgroepen. Toch is het totale aanbod aan nascholing vrij gering. Ook vindt tussen universiteiten geen afstemming plaats over de cursussen, die kunnen worden aangeboden. Landelijke coördinatie van het aanbod (inclusief prioriteiten) in overleg met beroepsgroepen en vakgroepen in academische ziekenhuizen is gewenst. Meestal is deelname aan een bepaalde cursus afhankelijk van eigen financiering. In de opleiding tot basisarts wordt naast een (soms facultatief) co-assistentenschap van 2 weken slechts 10-14 uur college gegeven in het vak orthopaedie en een vergelijkbaar aantal uren in het vak reumatologie.

De kennis van aandoeningen van het bewegingsapparaat moet daarom wel lacunair zijn. Gezien dit feit is het gewenst dat de aandacht voor deze in nascholing wordt vergroot. 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 aandoeningen (risico's, arbeids-gebondenheid van klachten, beperken verzuim, reïntegratie, mogelijke werkaanpassingen).

Een systematische overzicht van de kennis over dit onderwerp is zowel voor het bedrijfsleven/bedrijfs-gezondheidszorg als voor de curatieve sector gewenst.

Coördinatie van zorg voor de totale groep van patiënten met 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.

6.5.5 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 aandoeningen, duur verzuim bij interventie, aard van de interventie etc).

Uit de inventarisatie blijkt 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 met kort verzuim ontwikkelt bijvoorbeeld chronische aspecifieke rugklachten. Onderzoek naar prognostische factoren (naast klinische en psychosociale factoren met name ook werkgerelateerde factoren) kan bijdragen aan het ontwikkelen van effectieve verzuim-preventie. 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.

6.5.6 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 ziekteparameters (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 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 aanbieding 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.

6.5.7 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-medicaliserende 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 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 voornamelijk het bereiken van de juiste doelgroepen. In verband hiermee verdienen 'laagdrempelige' 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.

6.5.8 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.

Zelfs kostenreductie is mogelijk, 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, hoewel zij daarbij stuiten op financiële beperkingen.

6.5.9 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.

6.5.10 Screening op (ernstige) houdingsafwijkingen bij schoolgaande jeugd

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.

6.5.11 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 en 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.

6.5.12 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.

6.5.13 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.

6.5.14 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.

6.5.15 Screening op aanwezigheid van beperkingen bij ouderen

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.

6.5.16 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.

6.5.17 Screening op beenlengteverschil

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.

6.6 Aanbevelingen

Gezien de breedte van het terrein van 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 preventieve activiteiten geselecteerd voor het formuleren van aanbevelingen. Hierbij moet opgemerkt worden dat in de praktijk veelal juist een combinatie van interventies, 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 middelgrote 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; 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 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 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.

LITERATUURLIJST

AALST LKL van. De beoordeling van voorlichtingsmateriaal over roken en lichamelijke activiteit aan de hand van epidemiologische maatstaven (stagerapport Landbouwuniversiteit Wageningen). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1993.

ANDERSSON GBJ. Epidemiologic aspects on low backpain in industry. *Spine* 1981;6:53-60.

ARBOUW. Beoordelingsrichtlijnen voor arbeidsongeschiktheid. Handleiding met functie-eisen en belastbaarheidsbeperkingen voor 64 beroepen in de bouwnijverheid. Amsterdam: Stichting Arbow, 1994.

BACKX FJG, SWINKELS H, BOL E. Gezondheidsenquetes: hoe lichamelijk (in)actief zijn Nederlandse volwassenen in hun vrije tijd? *Mndber gezondheid (CBS)* 1994;3:4-16.

BADLEY EM, RASOOLY I, WEBSTER GK. Relative importance of musculo-skeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability and health care utilisation: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol* 1994;21:505-514.

BADLEY E. The impact of musculo-skeletal disorders on the Canadian population. *J Rheumatol* 1993;19:337-340.

BAK M den, BACKX FJG, KERNEBEEK E van. Een overzichtsstudie op het gebied van sport, arbeid en gezondheid. Arnhem: Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid, 1994.

BEEK AJ van der, FRINGS-DRESEN MHW, DIJK FJH van, HOUTMAN ILD, FORTUIJN RJ. Programmeringsstudie Arbo-risicobeheersing en sociaal-medische begeleiding. Den Haag: Raad voor het Gezondheidsonderzoek, 1996.

BEKKER MJTM, BAKKER DH de. Interim-rapportage Coördinatiecentra Chronisch Zieken. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 1995.

BERCHEM-SIMON O (red). Ergonomics action in the steel industry. The results of the fifth ECSC programme. Brussels/Luxembourg: ECSC-EEC-EAEC, 1993.

BERGENUDD H et al. Bone mineral content, gender body posture en build in relation to back pain in middle age. *Spine* 1989;14:577-599.

BERGSMA EW, GINNEKEN J. Omvang en kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: een schatting naar diagnose, Nederland 1985. Leiden: Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO, 1990.

BERNARD TN, KIRKALDY-WILLIS WH. Recognition of specific characteristic of nonspecific low back pain. *Clin Orthop* 1987;217:266-280.

BERNS MPH. Over gewicht en hart- en vaatziekten. Een publicatie van de Nederlandse Hartstichting over de epidemiologie, preventie en behandeling van overgewicht in relatie tot hart- en vaatziekten. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1995.

BIERING-SÖRENSEN F. Physical measurements as risk indicators for lower back trouble over a one-year period. *Spine* 1984;9:106-119.

BIJLSMA JWJ et al. Leerboek reumatologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.

BIJNEN FCH, ZONDERLAND ML, VAN ENST GC, MOSTERD WL. Bewegen, fitheid en gezondheid. *Geneeskunde en Sport* 1991;24:163-8.

BLAXTER M. Self-report health. In the health and lifestyle survey. London: The health promotion trust, 1987.

BLÉCOURT ACE de, KNIPPING AA. Fibromyalgia: towards an integration of somatic and psychological aspects. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 1995.

BOEREBOOM FTJ, RAYMAKERS JA, DUURSMA SA. Mortality an disability after hip fractures in the Netherlands. In: SA Duursma, JA Raymakers en AA Scheven, eds. Update on osteoporose. Utrecht: Stichting Education Permanente, 1990.

BONGERS PM, HOUTMAN ILD. Psychosocial aspects of musculoskeletal disorders. In Book of abstracts Second International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders. PREMUS 1995. September 24-28, 1995. Montreal: IRSST, 1995:25-29

BONGERS PM, BOSHUIZEN HC. Back disorders and whole-body vibration at work. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1990.

BONGERS PM, WINTER CR de, KOMPIER MAJ, HILDEBRANDT VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. Scand J Work Environ Health 1993;19:297-312.

BOSCH LHM, BRAKE ETM te. Netwerkgerichte aanpak op het gebied van fysieke belasting en stress: een strategische verkenning. Den Haag: VUGA, 1995.

BOSSEMA C, HILDEBRANDT VH, LOURIJSEN E, SEVERIJNEN J. Participatie van werknemers in bedrijfsfitnessprogramma's: een literatuurstudie. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1996. Scriptie.

BOUCHARD C, SHEPHARD RJ, STEPHENS T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics Books, 1994.

BOVIM G, SCHRADER H, SAND T. Neck pain in the general population. Spine 1994;19:1307-1309.

BRUIN KM de. Reumatoïde artritis in Nederland: ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie, etiologie en mogelijkheden voor preventie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1994.

BRUIN KM de. Artrose in Nederland: ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie, etiologie en mogelijkheden voor preventie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1994.

BRUIN KM de. Osteoporose in Nederland: ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie, etiologie en mogelijkheden voor preventie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1995.

! BURGER H, DAEL PLA, ALGRA D et al. De prevalentie van werveldeformaties: Het ERGO-onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1996;

CASPARI AF. Landelijk kwaliteitsbeleid anno 1995. Stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen. Medisch Contact 1995;50:853-856.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Vragenlijst doorlopend leefsituatie onderzoek. Hoofdafdeling sociale- en culturele statistieken, afdeling algemeen sociaal onderzoek. Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1989.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (CBS), NEDERLANDS INSTITUUT VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK ONDERZOEK (NIMAWO). Lichamelijke beperkingen bij de nederlandse bevolking 1986-1988. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1990.

CHAFFIN DB, HERRIN GD, KEYSERLING WM. Pre-employment strength testing. J Occ Med 1978;20:403-408.

CHAFFIN DB. Biomechanical modelling of the low back during load lifting. Proceedings of the Tenth Congress of the International Ergonomics Association 1988:21-32

CHERKIN DC, DEYO RA, WHEELER K, CIOL MA. Physicians views about treating low back pain: the results of a national survey. Spine 1995;20:1-10.

COHEN JE, GOEL V, FRANK JW, BOMBARDIER C, PELOSO P, GUILLEMIN F. Group education interventions for people with low back pain. Spine 1994;19:1214-1222.

COHEN JE, GOEL V, FRANK JW, GIBSON ES. Predicting risk of back injuries, absenteeism and chronic disability: the shortcomings of pre-placement screening. J Occ Med 1994;36:1093-1099.

COMMISSIE VOOR REUMA-ONDERZOEK TNO. Reuma-onderzoek in Nederland: een strategische verkenning van de jaren negentig: 'tot op het bot', 'bewegen' of 'naar een nieuw tijdsgewricht'. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1990.

COMMISSIE KEUZEN IN ZORG. Kiezen en delen, advies in hoofdzaken van de commissie Keuzen in Zorg. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1991.

CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE: Diagnoses, prophylaxis and treatment of osteoporosis. Am J Med 1993;94:646-650.

COOPER C. Occupational activity and the risk of osteoarthritis. *J Rheumatol* 1995;22:10-12.

CORNELISSEN PGJ. Drempelvrees. Een onderzoek naar de mobiliteit en sociale aspecten van reumatische aandoeningen. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1984.

COUMANS B (red). Artrose, bewegen en sport. Arnhem/Houten: Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid/Bohn Stafleu en Van Loghum, 1995.

CRUIJFF-ARTS WCM. Hoe ergonomisch is veiligheid in huis, congres 'leeft Nederland oke'. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1981.

DAMOISEAUX V, MOLEN HT van der, KOK GJ. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen/Heerlen: Van Gorcum/Open Universiteit, 1993.

DEHLIN O, BERG S, ANDERSSON GBJ, GRIMBY G. Effects of physical training and ergonomic counselling on the psychological perception of work and the subjective assessment of low-back insufficiency. *Scand J Rehab Med* 1981;13:1-9.

DELLEMAN NJ et al. Fysieke belasting: risico's inventariseren, evalueren en aanpakken (Praktijkreeks Arbo en Milieu nr. 3.). Alphen aan den Rijn/Leiden: Samson Bedrijfsinformatie/TNO Centrum voor Arbeid, 1994.

DIECK GS, KELSEY JL, GOEL VK, PANJABI MM, WALTER SD, LAPRADE MH. An epidemiologic study of the relationship between postural asymmetry in the teen years en subsequent back and neck pain. *Spine* 1985;10:872-877.

DOEGLAS D, SUURMEIJER T, KROL B, SANDERMAN R, LEEUWEN M van, RIJSWIJK M van. Work disability in early rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1995;455-460.

DOORNEKAMP BG. Invoering van verzorging, in het bijzonder gezondheidseducatie, in de basisvorming (paper ten behoeve van de Onderwijs Research Dagen, 19-21 juni 1995 te Groningen). Enschede: Onderzoekcentrum Toegepaste Onderwijskunde (OCTO) van de Universiteit Twente, 1995.

DRIESSEN MJ, DEKKER J, ABRAHAMSE H. Ergotherapie thuis. Evaluatie van ergotherapie bij de Stichting Amsterdam Kruiswerk in 1993. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL), 1994.

DUL J. Internationale normen en richtlijnen voor lichamelijke belasting. In: Vink P, Dul J, red. Lichamelijke belasting tijdens arbeid: wetgeving en oplossingen: met ervaringen uit het bedrijfsleven (pp. 27-42). Zeist: Kerkebosch, 1994.

DUURSMA SA, JASZMAN LJB, CLIFFORD J. Oud worden en op de been blijven: het verband tussen osteoporose en fracturen. Ned Tijdschrift Geneeskde 1985;129:740-744.

ELBERSE WP, SCHRIJVERS APJ. Reumaconsulenten in Nederland. Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg, Rijkuniversiteit Utrecht, 1992.

ERNSTE DE et al. Reintegratieprojecten voor mensen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hoofddorp: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, 1994.

GARG A, MOORE JS. Epidemiology of low-back pain in industry. Occup Med 1992;7:593-605.

GEENHUIZEN YM, OOIJENDIJK WTM et al. De werking van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Leiden: KPMG Klynveld Management Consultants en Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO, 1993.

GEMEENSCHAPPELIJKE MEDISCHE DIENST. Statische informatie 1991. Amsterdam: Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1992.

GENAIDY AM, KARWOWSKI W, GUO L, HIDALGO J, GARBUTT G. Physical training: a tool for increasing work tolerance limits of employees engaged in manual handling tasks. Ergonomics, 1992;35:1081-1102.

GERBER LH. Exercise and arthritis. Bull Rheum Dis 1990;39:1-9.

GEZONDHEIDSRAAD. Risicobeoordeling van handmatig tillen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1995.

GEZONDHEIDSRAAD. Preventie van osteoporose. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.

GLASGOW RE, MCCAUL KD, FISHER KJ. Participation in worksite health promotion: a critique of the literature and recommendations for future practice. *Health Education Q* 1993;20:391-408.

GOËKEN LNH, HODSELMANS AP, MUSKEE C. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wegens lage-rugklachten bij werknemers in de bouwnijverheid. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995;73:113-118.

GÖEKEN LNH (red.). Rugscholen in Nederland. Utrecht: Lemma, 1995.

GOEMAERE S, ACKERMAN C, GOETHALS K, et al. Onset of symptoms of rheumatoid arthritis in relation to age, sex and menopausal transition. *J Reumatol* 1990;17:1620-1622.

GOLDBERG CJ, DOWLING FE, FOGARTY EE, MOORE DP. School scoliosis screening and the united states preventieve serices task force. *Spine* 1995;20:1368-1374.

GORDON C, JOHNSON EW, GATENS PF, et al. Wrist ratio correlation with carpal tunnel syndrome in industry. *Am J Physical Med & Rehabil* 1988;67:270-272.

GRAAF E. Gezondheidswijzer?!. Een onderzoek bij de gezondheidswijzer Rotterdam naar informatiebehoefte en informatievoorziening op het gebied van gezondheid, ziekte en gezondheidszorg. Den Haag: Haagse Hogeschool, Afstudeerrapport Sector Economie & Management, 1995.

GRINTEN M van der, URLINGS IJM, HILDEBRANDT VH. Inventarisatie van methoden van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) in de arbeidssituatie. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1988.

GROOTHOF JW, KRUIJER SW, POST D. Wat bepaalt de wachttijd voor cateractoperaties, kniearthroscopie en totale heuparthroplastiek en hoe tevreden zijn de patienten? *Ned Tijdschr Geneeskunde* 1995;139:1489-1493.

GRÜNDEMANN RWM, SCHELLAART AJM. Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1993.

GRÜNDEMANN RWM, LOURIJSEN ECMP. Gezondheidsbevorderende activiteiten op het werk in Nederland. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1991.

HAANEN HCM. Een epidemiologisch onderzoek naar lage rugpijn. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1984.

HAGBERG M, SILVERSTEIN B, WELLS B, SMITH MJ, HENDRICK HW, CARAYON P, PERUSSE M. Work related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention. London: Taylor and Francis, 1995.

HARMS-RINGDAHL K, SCHÜLDT K, EKHOLM J. Principles of prevention of neck-and-shoulder pain. Scand J Rehab Med 1995;32 (suppl):87-96.

HARTZ A, KIRCHDOERFER E. Undetected fibrosis in primary care practice. J Fam Prac 1987;25:365-369.

HAZEBROEK-KAMPSCHREUR AAJM. Afwijkingen van de wervelkolom bij adolescenten. Een epidemiologisch cohort onderzoek vanuit de jeugdgezondheidszorg. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.

HAZES JM. Epidemiologische aspecten van artrose, in: WJA GOEDHART, DL KNOOK (eds). Artrose bij ouderen. Houten/Zaventem: Bohn, Stafleu & Van loghum, 1993.

HELIOVAARA M, MAKELA M, KNEKT P, IMPIVAARA O, AROMAA A. Determinants of sciatic and low-back pain. Spine 1991;16:608-814.

HELL L van, HOPMAN-ROCK M. Ontwikkeling en evaluatie van het programma 'goed oud worden': de testfase. Leiden: TNO preventie en Gezondheid, 1995.

HEMERT AM van, VANDENBROUCKE JP, BIRKENHAGER JC, VALKENBURG HA. Prediction of osteoporotic fractures in the general population by a fracture risk score. A 9-year follow-up among middle-aged women. Am J Epidemiol 1990;132:123-135.

HEMERT AM van, JP VANDENBROUCKE. Osteoporose en fractures. in: GROBBEE DE, HOFMAN A (red). Epidemiologie van ziekten in Nederland. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1989.

HEMERT AM van. Epidemiology of osteoporosis and prediction of fractures. A 9-year population based follow-up study. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989.

HERMSEN MMG, RIJKE JW van de, PLOEG K van der. Beweging rond reuma. Groningen: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid, 1992.

HIDDING A, GIELEN X, WITTE L, LINDEN S van der. Het oefenen in groepen: een uitkomst. Een onderzoek naar de effecten van groepsoefentherapie voor Bechterew patiënten. Maastricht: Werkgroep Reumatologie Academisch Ziekenhuis Maastricht, 1990.

HILDEBRANDT VH. Medical screening in the prevention of low back pain. Keynote-paper presented at the International Conference on Occupational Musculoskeletal Disorders and Prevention of Low Back Pain in Milan, Italy, 16-18 October 1990.

HILDEBRANDT VH. A review of epidemiological research on risk factors of low back pain. In: BUCKLE P (ed). Musculoskeletal disorders at work: proceedings of a conference held at the University of Surrey, Guildford, 13-15 April 1987 (pp. 9-16). London: Taylor & Francis, 1987.

HILDEBRANDT VH, BONGERS PM, DUL J, DIJK FJH van, KEMPER HCG. Sportparticipatie van werknemers, gezondheidsklachten en ziektegedrag bij problematiek van het bewegingsapparaat. Tijdschrift voor toegepaste arbowetenschap 1996;2-9.

HILDEBRANDT VH, VINK P. Fitness en sport: de nieuwe religie van de jaren negentig? T Bedrijf- Verzekeringsgeneesk 1993;1:230-1.

HILDEBRANDT VH. Back pain in the working population: prevalence rates in Dutch trades and professions. Ergonomics 1995;38:1283-98.

HOGG-JOHNSON S. A longitudinal study of natural history and prognosis of occupational soft tissue injuries. In: Workshop A, Longitudinal research on musculoskeletal disorders of the 11th International Symposium Epidemiology in Occupational Health. Noordwijkerhout, 8 september 1995:10-14.

HOMBERGH P van den, GROL R, SMITS AJN, BOSCH WJHM van den. Visitatie van huisartsenpraktijken, naar toetsing van de praktijkvoering. Huisarts en Wetenschap, 1995;38:169-174.

HOOGEN HJM van den, HUYGEN FJA, SCHELLEKENS JWG, et al. Morbidity figures from general practice: data from four general practices. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.

HOPMAN-ROCK M. Omgaan met artrose van knie en/of heup: de rol van bewegen bij ouderen. Bewegen & Hulpverlening 1995;12:77-87.

HOUTMAN I, GOUDSWAARD A, DHONDT S, GRINTEN M van der, HILDEBRANDT V, KOMPIER M. Evaluatie van de monitorstudie naar stress en lichamelijke belasting. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994.

HUIJSMAN R, WIELINK G, KLERK MMY de, RIGTER H, RUTTEN FFH. Effect van lichaamsbeweging bij ouderen: een overzicht van recente literatuur en de mogelijkheid van economische evaluatie. Tijdschr Gerontol Geriatr 1994;25:237-249.

HULSHOF CTJ, BRAAM I, VERBEEK JHAM, DIJK FJH van. Whole-body vibration in fork-lift truck drivers: Effects of a prevention program by occupational health services: study design and baseline data. Advances in applied ergonomics. Proceedings of the 1st International Conference on Applied Ergonomics (ICAE'96). May 21-24 1996. Istanbul/West Lafayette: USA Publishing, 1996.

INDAHL A, VELUND L, REIKERAAS O. Good prognosis for low back pain when left untampered: a randomized clinical trial. Spine 1995;20:473-77.

LANDELIJK CENTRUM GVO. Informatiebestand. Utrecht: Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, 1995.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Nota 'De perken te buiten'. Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995-1998. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1995.

JACOBS JWG, RASKER JJ, BIJLSMA JWJ. Classificatie van fibromyalgie: de criteria van het American College of Rheumatology. Ned Tijdschrift Geneesk 1992;136:9-12.

JANSSENS MBJA. Landelijke coördinatie reumaresearch: de standaard diagnose-registratie van reumatische (SDR) ziekten en standaardisatie van reumaserologie. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1987.

JONKERS R, HAES WFM de, KOK GJ, LIEDEKERKEN PC, SAAN JAM. Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Rijswijk: uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1988.

JOOSTEN-VAN ZWANENBURG E. Behoeftte aan orthopaedische zorg. Inventarisatie van vraag en aanbod, oorzaken en gevolgen van wachttijden. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam , Afstudeerrapport Beleid en Management Gezondheidszorg, Instituut Medical Technology Assessment, 1995.

KEET JG. Kosten-batenanalyse van de totale heupprtohesse. Ned Tijdschr Geneesk 1987 131:1965-1969

KEIZER G. Artrose. In: Hendriks EHRA, Backx FJG, Mosterd WL, red. Leerboek Sportgeneeskunde. Houten/Zaventum: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.

KEIJSERS JFEM. The efficacy of backschoools. Emperical evidence and its impact on health care practice. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1991.

KELSEY JL, GOLDEN AL. Occupational and workplace factors associated with low back pain. Occup. Med: State of the Art Reviews 1988;3:7-16.

KELSEY JL, GITHENS PB, WHITE III AA, HOLFORD TR, WALTER SD, O'CONNOR T, OSTFELD AM, WEIL U, SOUTHWICK WO, CALOGERO JA. An epidemiologic study of lifting and twisting on the job and risk for acute prolapsed lumbar intervertebral disc. *J Orthopaedic Res* 1984;2:61-66.

KEYSERLING WM, HERRIN GD, CHAFFIN DB. Isometric strength testing as a means of controlling medical incidents on strenuous jobs. *J Occup Med* 1980;22:332-36.

KEYSERLING WM, HERRIN GD, CHAFFIN DB, ARMSTRONG TJ, FOSS ML. Establishing an industrial strength testing program. *Am Ind Hyg Assoc J* 1981;41:730-736.

KILBOM Å. Intervention programmes for work related neck and upper limb disorders: strategies and evaluation. *Ergonomics* 1988;31:735-47.

KILBOM Å. Repetitive work of the upper extremity: part II - the scientific basis (knowledge base) for the guide. *Intern Journ of Industrial Ergonomics* 1994;14:59-86.

KIVIMÄKI J, RIIHIMAKI H, HÄNNINEN K. Knee disorders in carpet and floor layers and painters. *Scand J Work Environ Health* 1992;18:310-6.

KNIBBE JJ. Over de zin en onzin van rugscholen. *Bedrijfsfitness* 1990;11:29-31.

KNIBBE JJ, KNIBBE NE, ELVERS JWH, OOSTENDORP RAB, WAMS WWA. Inventarisatie van rugscholen in Nederland. Amersfoort: Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, 1992.

KOES BW, BOUTER LM, HEIJDEN GJMG, KNIPSCHILD PG. Physiotherapy exercises and back pain: a blinded review. *BMJ* 1991;30:1572-1576.

KOES BW, TULDER MW van, WINDT DAWM van der, BOUTER LM. The efficacy of back schools: a review of randomized clinical trials. *J Clin Epidemiol* 1994;47:851-862.

KOOPMANSCHAP MA, ROIJEN L van, BONNEUX L. Kosten van ziekten in Nederland. Rotterdam: Erasmus universiteit, Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1991.

KORFF KJ, Primair fibromyalgie syndroom. *Ned tijdschrift Geneesk.* 1990;134:522-524.

KORT WLAM de. Personnel selection through pre-employment medicals. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1993.

KRAMER JS, YELIN EH, EPSTEIN WV. Social and economic impacts of four musculoskeletal conditions: a study using national community data. *Arthritis Rheum* 1983;26:901-907.

KUIPER H. De betekenis van lichaamsbeweging bij het voorkomen van artrose. In: Goedhard WJA, Knook AL, red. Artose bij ouderen. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.

KUJALA UM, KAPRIO J, SARNO S. Osteoarthritis of weight bearing joints of lower limbs in former elite male athletes. *BMJ* 1994;308:231-234.

LAAR MAFJ van de. Rheumatoid Arthritis and Food, Allergy? Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1991.

LAHAD MD, MALTER AD, BERG AO, DEYO RA. The effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain. *JAMA* 1994;272:1286-93.

LAMBERTS H, BROUWER HJ, MOHRS J. Reason for encounter- and episode- and process-oriented standard output from the transition project. Amsterdam: Department of General Practice of the University of Amsterdam, 1991.

LEINO P, HÄNNINEN V. Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders. *Scand J Work Environ Health* 1995;21;134-42.

LINGE B van. Afscheidscollege als hoogleraar orthopaedie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 12 maart 1993. Rotterdam: NRC Handelsblad, 1993.

LISDONK EH van de, BOSCH WJHM van den, HUYGEN FJA, LAGRO-JANSSEN ALM (red). Ziekten in de huisartspraktijk. Hoofdstuk 13: Ziekten van het bewegingsapparaat. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1990.

LOURIJSEN ECMP, WINTER CR de, PUTTEN DJ van. Medische aanstellingskeuringen. In: Jansen J, Lourijsen ECMP, Poppelaars CAM, Putten DJ van, Treurniet HF, Winter CR de, Water HPA van de, Verkleij H (red). Een verkenning van voorspellend medisch onderzoek in keurings-situaties. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1993.

MAES S, KITTEL F, SCHOLTEN H, et al. Healthier Work at Brabantia, a comprehensive approach to wellness at the worksite. *Safety Science* 1992;15:351-366.

MäKELA M, HELIOVAARA M. Prevalence of fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ* 1991;303:216-219.

MäKELA M, HELIOVAARA M, SIEVERS K, IMPIVAARA O, KNEKT P en AROMAA A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991;134:1356-1367.

MALJERS LDJ. RUGgesteun. 1^olustrum symposium 7 februari en 1 maart 1995, Stichting Medische Congres Organisatie. Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen, 1995.

MALJERS LDJ. De rug kan het niet meer dragen! Of kan Bruin het niet meer trekken? *Reuma en Trauma* 1994;18:7-13.

MARRAS SA, LAVENDER SE, LEURGANS et al. The role of dynamic three-dimensional trunk motion in occupationally-related low back disorders: the effects of workplace factors, trunk position, and trunk motion characteristics on risk of injury. *Spine* 1993;18:617-28

MEURS S van. Onderzoek naar de effecten van bedrijfsfitnessprogramma's in de periode 1989-1994. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1995. Doctoraalscriptie.

MIEDEMA HS, CHORUS AMJ, Samenhangende informatie voorziening op het gebied van reumatische aandoeningen. Leiden: TNO preventie en Gezondheid, 1996.

MIEDEMA HS. Reuma-Onderzoek Meerdere Echelons (ROME); basisrapport. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1994.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemes. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19500, nrs. 1-2. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota reumabeleid (kern-document gezondheidsbeleid). Den Haag: SDU-uitgeverij, 1989.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Beleidsbrief voortgang Chronisch ziekenbeleid 1991-1993. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1993.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Nota Ouderenbeleid, 1995-1998. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1995.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Notitie chronisch ziekenbeleid: chronisch zieken niet buiten spel. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1991.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Naar eigen vermogen. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1994.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Gezond en Wel. Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1995.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Welzijnsnota. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1994.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Preventiebeleid voor de Volksgezondheid 1992-1993. Den Haag: SDU-uitgeverij, 1992.

MITAL A, NICHOLSON AS, AYOUB MM. A guide to manual materials handling. London/Washington: Taylor & Francis, 1993.

MOLLEMAN GRM, NIES HAM van. Trend onderzoek NVPg. Een onderzoek onder gvo-ers, preventiewerkers en patiëntenvoorlichters in Nederland. Harderwijk: Nederlandse Vereniging voor Preventie en GVO, 1994.

MUL CAM, WINTER CR de, NIJBOER ID. Methoden voor de (re-)integratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikten. Voorburg: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Directoraat-Generaal van de Arbeid, 1995.

MUNDT DJ, KELSEY JL, GOLDEN AL, PASTIDES H, BERG AT, SKLAR II J, HOSEA T, PANJABI MM, NORTHEAST COLLABORATIVE GROUP ON LOW BACK PAIN. An epidemiologic study of non-occupational lifting as a risk factor for herniated lumbar intervertebral disc. Spine, 1993;18:595-602.

NAGI SZ, RILEY LE, NEWBY LG. A social epidemiology of back pain in a general population. J Chronic Dis 1973;26:769-779.

NIJBOER ID, GRÜNDEMANN RWM, ANDRIES F. Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid. Den Haag: VUGA Uitgeverij BV, 1993.

NIOSH. Work Practices Guide for Manual Lifting. Cincinnati Ohio: NIOSH, 1981.

ODDING E. Locomotor disability in the elderly. An epidemiological study of its occurrence and determinants in a general population of 55 years and over. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.

OLSEN O, VINGÅRD E, KÖSTER M, ALFREDSSON L. Etiologic fractions for physical work load, sports and overweight in the occurrence of coxarthrosis. Scand J Work Environ Health 1994;20:184-188.

OSTERHOLZ U von. Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems 'Rückenschmerz' (pp. 93-204). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1993.

PATTERSON C, CHAMBERS LW. Preventive health care. Lancet 1995;345:1611-1615.

POLLEMANS MC, GORTER S, RETHANS JJ, LINDEN S van der, GROL R. Een kwestie van perspectief. Eindverslag project samenwerking tussen huisartsen en reumatologen op het gebied van reumatoïde artritis. Maastricht: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit / Nederlands Huisartsen Genootschap / Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, 1996.

PROOT IM, MEULEN RHJ ter, CREBOLDER HFJM, LINDEN JMJP van der, REERINK E. Protocollering van zorg bij reumatoïde artritis. Medisch ethische aspecten. Maastricht: Instituut voor Gezondheidsethiek, 1996.

PULCINS IR, GOEL V, COHEN JE, FRANK JW. A structured critical review of acute back pain prognosis studies. Working Paper #21. Toronto: Institute for Work and Health, 1994.

PUNNETT L, FINE LJ, KEYSERLING WM, HERRIN GD, CHAFFIN DB. Back disorders and nonneutral trunk postures of automobile assembly workers. Scand J Work Environ Health 1991;17:337-46.

PUTZ-ANDERSON V (red). Cumulative trauma disorders: a manual for musculoskeletal diseases of the upper limbs. London (etc.): Taylor & Francis, 1988.

RADEMAKERS BC, ROOK L, ELBERSE WP, SCHRIJVERS APJ. Reumazorg in vijf regio's. Een vergelijkend onderzoek naar reumazorg en consultatie voor reumapatiënten in vijf regio's in Nederland. Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg, Rijkuniversiteit Utrecht, 1992.

RASKER JJ, JACOBS JWG, GRIEP EN. Fibromyalgie: een ziektebeeld met recht op een naam. Ned Tijdschrift voor Fysiotherapie 1995;3:64-70.

RASKER JJ, COSH JA. Cause and age at death in a prospective study of 100 patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1981;40:115-120.

RASKER JJ, COSH JA. Course and prognosis of early rheumatoid arthritis. Sc J Rheumatol 1989;79(suppl):45-56.

RAVENSBERG CD et al. Analyse FON-PPP-GEGEVENS. Variabelen in samenhang met aantal behandelingen fysiotherapie. Amersfoort: Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, 1995.

REMPEL DM, HARRISON RJ, BARNHART S. Work-related cumulative trauma disorders of the upper extremity. JAMA 1992;267:838-842.

RIDDOCH CJ, BOREHAM CAG. The health related physical activity of children. Sports Medicine 1995;19:86-102.

RIIHIMÄKI H. Low-back pain, its origin and risk indicators. Scand J Work Environ Health 1991;17:81-90.

RIMER B, Keintz M, Glassman B, Kinman J. Health education for older persons: Lessons from research and program evaluations. Advances in Health Education 1986;1:369-396.

ROSSIGNOL M, SUISSA S, ABENHAIM L. The evaluation of compensated occupational spinal injuries - a three year follow-up study. Spine 1992;17:1043-1047.

ROWLAND TW, FREEDSON PS. Physical Activity, fitness and health in children: a close look. Pediatrics 1994;93:669-672.

RUWAARD D, KRAMERS PGN (red). Volkgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheids-toestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010 (pp. 466-470). Den Haag: SDU Uitgeverij, 1993.

SAASE JLCM van, ROMUNDE LKJ van, CATS A, VANDENBROUCKE JP, VALKENBURG HA. Epidemiology of osteoarthritis: Zoetermeer survey. Comparison of radiologic osteoarthritis in a dutch population with that of 10 other populations. Ann Rheum Dis 1989;48:271-280.

SCHAAPVELD K, HIRASING RA. Preventiegids. Een praktisch overzicht van preventie-programma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg., Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993.

SCHOP A, HILDEBRANDT VH, LOURIJSEN ECMP. Bewegingsprogramma's in bedrijven in Nederland: de aanbieders. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1996.

SCHOUTEN JSAG. A twelve year follow-up study on osteoarthritis of the knee in the general population. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1990.

SHEPHARD RJ. A critical analysis of worksite fitness programs and their postulated economic benefits. Med Sci Sports Exercise 1991;24:354-370.

SIG/ZORGINFORMATIE. Jaarboek Ziekenhuizen 1991. Utrecht: SIG/Zorginformatie, 1993

SILMAN AJ, HOCHBERG MC. Epidemiology of the rheumatic diseases. Oxford (etc.): Oxford University press, 1993.

SINCLAIR SJ, HOGG-JOHNSON S, MONDLOCH MV, ERDELJAN SA, LEE DK. Evaluation of effectiveness of an early intervention program for workers with musculoskeletal injuries. In: book of abstracts of the second international scientific conference on prevention of work-related musculoskeletal disorders (PREMUS). Montreal: IRSST, 1995.p 435

SNOOK SH, CRIELLO VM. The design of manual handling tasks: revised tables of maximum acceptable weights and forces. Ergonomics 1991;34:1197-1213.

SOMMERICH CM, McGLOTHLIN JD, MARRAS WS. Occupational risk factors associated with soft tissue disorders of the shoulder: a review of recent investigations in the literature. Ergonomics 1993;36:697-717.

SPEE-VAN DER WEKKE J et al. Peilingen in de jeugdgezondheidszorg, PGO-peiling 1992/1993. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994.

SPITZER WO, LEBLANC FE, DUPUIS M, ABENHEIM L, BELANGER AY, BLOCH R et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians: report of the Quebec task force on spinal disorders. Spine 1987;12(suppl):4-55.

STOCK SR. Workplace ergonomics factors and the development of musculoskeletal disorders of the neck and upper limbs: a meta-analysis. Am Journ of Industrial Medicine 1991;19:87-107.

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Chronische ziekten in het jaar 2005 deel 3: scenario's over reumatoïde artritis 1990-2005. Houten (etc.): Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.

SYMMONS DPM, BARRETT EM, BANKHEAD CR, SCOTT DGI, SILMAN AJ. The incidence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: results from the Norfolk arthritis register. Br J Rheumatol 1994;33:735-739.

TAAL E. Self-efficacy, self management and patient education in rheumatoid arthritis. Proefschrift Universiteit Twente te Enschede, 1995.

TAAL E. Health Status, adherence problems, self-efficiency and social support in patients with rheumatoid arthritis. Patient Education and Counselling 1993;20:63-76.

TEASELL RW, WHITE K. Clinical approaches to low back pain. Clinical orthopaedics and related research 1994;64:481-490.

TUINSTRA J. Zorgbehoefte versus zorgaanbod bij de chronische ziekte reumatoïde artritis. Groningen: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid, 1993.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Stenografisch verslag van een nota-overleg 'preventiebeleid voor de volksgezondheid' van de vaste commissie voor volksgezondheid, welzijn en sport. Vergaderjaar 1994-1995. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1994.

URLINGS ILM, VINK P, WORTEL E. Medewerkers betrekken bij het verminderen van overbelasting: Participatieve ergonomie in een stappenplan. Gids voor personeelmanagement 1993:25-27

VALKENBURG HA, LAAR A van, MULLER L. Epidemiologisch preventief onderzoek Zoetermeer: vijfde voortgangsverslag, deel 4 (reuma). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1979.

VALKENBURG HA. Ziekten van het bewegingsapparaat. In: Maas PJ van der, Hofman A, Dekker E, eds. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu, 1989:191-204

VALKENBURG HA, HAANEN HCM. The epidemiology of low back pain. In: White AA, Gordon SL, ed. Symptoms on idiopathic low back pain (pp. 9-22). St. Louis: Mosby, 1982.

VALKENBURG HA, LAAR A van, HOFMAN A, HAANEN HCM. Epidemiologisch preventief onderzoek Zoetermeer: zesde voortgangsverslag: schouderklachten: nek- en lage rugklachten (deel 1, 2 en 3). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1980.

VEIERSTED KB, WESTGAARD RH. Subjectively assessed occupational and individual parameters as risk factors for trapezius myalgia. Intern J of Industrial Ergonomics 1994;13:235-245.

VELDEN J van der, et al. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg, 1991.

VERBEEK JHAM, BROERSEN JPJ, FRINGSSEN-DRESEN M, WEEL A, BLOEMHOFF A, PUTTEN DJ van, LOURIJSEN ECMP. Protocol voor aanstellingsonderzoek en periodiek onderzoek in het beroepsgoederenvervoer over de weg in het bijzonder voor chauffeurs. Deelrapport III. Amsterdam: Coronel Laboratorium, 1992.

VERBEEK J. Arbeidsongeschiktheid op grond van rugklachten en andere aandoeningen van het bewegingsapparaat. Preventieve mogelijkheden geboden door de bedrijfsgezondheidszorg. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1991.

VERBEEK J. Arbeidsongeschiktheid op grond van aandoeningen van het bewegingsapparaat: een beschrijving. T Soc Gezondheidsz 1988;66:22-26.

VERBEEK JHAM, WEIDE WE van der. Richtlijnen voor de bedrijfsgezondheidszorg: begeleiding door bedrijfsartsen bij werknemers met lage rugklachten. Amsterdam: Coronel Laboratorium Universiteit van Amsterdam, 1995.

VERHOEFF BM, BIRNIE EB. Maatschappelijke kosten van chronische ziekten: verslag van een oriënterend onderzoek. Rotterdam: Nederlands Economisch Instituut, 1992.

VIDEMAN T, SARNA S, BATTI M, et al. The long-term effects of physical loading and exercises lifestyles on back-related symptoms, disability and spinal pathology among men. Spine 1995;20:699-709.

VOS EL de, KREMER AM, MUL CAM, NIJBOER ID, HEKSTRA AC. Werkaanpassing en handicap: een studie naar individuele maatregelen ter bevordering van arbeidsparticipatie van gehandicapten, chronische zieken en arbeidsongeschikten. Stand van zaken, knelpunten, oplossingen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1995.

VUGT CM, RIKKEN SAJJ, PLASMANS MA. Gevraagd: hulpmiddel in de huishouding. Leiden: Leidse Hogeschool, 1993.

WALLACE M, BUCKLE P. Ergonomic aspects of neck and upper limb disorders. *Int Rev Ergonomics* 1987;1:173-200.

WATERS TR, PUTZ-ANDERSON V, GARG A, FINE LJ. Revised NIOSH equation for the design and evaluation of manual lifting tasks. *Ergonomics* 1994;36:749-776.

WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN. Den Haag: VNG uitgeverij, 1993.

WEVERS CWJ, PUTTEN DJ van, NIJBOER ID. Werken met een chronische aandoening. Alphen aan de Rijn: Samsom Bedrijfsinformatie, 1996.

WIGLEY RD, ed. The primary prevention of rheumatic diseases. Lancs/New York: The Parthenon Publishing Group, 1994.

WOLFE F, SIMONS DG, FRICTION B, BENNETT RM, GOLDENBURG DL, GERWIN R. The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndromes and no disease. *J Rheumatol* 1992;19:944-951.

WORLD HEALTH ORGANISATION. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Geneva: World Health Organisation, 1980.

WOUTERLOOD IM, RIJEN M van. Lage rugklachten: project werkafspraken in gezondheidscentra. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1992.

WOUTERLOOD IM, RIJEN M van. Artrose: project werkafspraken in gezondheidscentra. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1993.

WULP MA, HUIJING PAJBM. Het effect van bewegingsprogramma's bij ouderen. *Gerontologie* 1981;12:202-211.

YELIN E, HENKE C, EPSTEIN W. The work dynamics of the person with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987;30:507-512.

ZANT JL. Psychogene rugpijn: dat is andere taal!. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1987.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1:

Afbakening van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat:

In hoofdstuk 1 zijn de verschillende stappen van het project beschreven, die leiden tot de inventarisatie van activiteiten op het gebied van preventie van klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. In de eerste stap wordt het brede terrein van deze aandoeningen nader afgebakend. Ten aanzien van de geselecteerde aandoeningen is meer gedetailleerde informatie verzameld over de epidemiologie, inclusief determinanten, risicofactoren en beloop, en over mogelijkheden voor primaire, secundaire en tertiaire preventie. De volgende afbakeningscriteria zijn voor dit project geformuleerd:

1. het betreft een primaire klacht/aandoening van het bewegingsapparaat
2. de prevalentie van de aandoening (voorstel: tenminste 1% van de algemene bevolking)
3. frequentie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vanwege de aandoening;
4. aandeel in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen vanwege de aandoening
5. mate waarin de klacht of aandoening tot beperkingen en handicaps leidt;

Criteria 2-4 zijn in de kolommen van bijgaande tabel terug te vinden. In principe is een aandoening of groep van aandoeningen geselecteerd indien deze voldoet aan criterium 1 en 2 en één van de criteria 3-5.

In de tabel is een systematisch via de ICD-9* opgestelde lijst van aandoeningen weergegeven, waarin alle aandoeningen zijn opgenomen, die betrekking hebben op het bewegingsapparaat. In de derde kolom is met '+' aangegeven of een (groep van) aandoeningen boven het prevalentiecriterium van 1% in de algemene bevolking uitkomt en is een '-' geplaatst indien dat niet het geval is. De grens van 1% van de algemene bevolking is een pragmatische; aan de ene kant dient het aantal in dit project te bestuderen aandoeningen beperkt te blijven om daarover in voldoende detail informatie te kunnen verzamelen, aan de andere kant hebben preventieve maatregelen alleen zin als aandoeningen voldoende frequent vóórkomen. Over de prevalentie van aandoeningen binnen de (gehele) beroepsbevolking zijn geen gegevens beschikbaar; dit onderwerp komt echter gedeeltelijk terug bij arbeidsongeschiktheid.

Voor een globale raming van de prevalentie is gebruik gemaakt van informatie uit huisartsenregistraties (1-5) en gegevens uit de literatuur (6-9). In de vierde en vijfde kolom van de tabel is aangegeven wat het aandeel van de aandoeningen is in arbeidsongeschiktheid en consumptie van gezondheidszorgvoorzieningen.

Bij invulling van beide laatstgenoemde criteria is gebruik gemaakt van een recente TNO-PG-publicatie (10). Hierin wordt het relatieve aandeel beschreven van bepaalde aandoeningen in het optreden van arbeidsongeschiktheid (nieuwe WAO-intrede, gebaseerd op representatieve steekproef uit GMD-gegevens). Als maat voor selectie van een aandoening volgens dit criterium is gesteld dat tenminste een 0,5% van de WAO-intrede volgens de GMD-registratie terug te voeren is op die aandoening. In die gevallen is in kolom vier van de tabel een '+' genoteerd, omdat de grens van een 0,5% in combinatie met het prevalentie-criterium van 1% een zinvolle nadere selectie kan geven.

Uitgaande van een totale WAO-intrede van 80.000 personen per jaar betekent de grens van 0,5%, dat 400 of meer personen in een jaar arbeidsongeschikt worden wegens een bepaalde (groep van) aandoeningen. Langdurig ziekteverzuim leidt na verloop van tijd tot WAO-intrede, zodat deze operationalisatie van arbeidsongeschiktheid ook een indicatie is voor langdurig ziekteverzuim.

* Er is gebruik gemaakt van de ICD-9, omdat de relevante gegevens alleen beschikbaar zijn op basis van de indeling van deze classificatie en nog niet op basis van de indeling van de ICD-10.

In dezelfde TNO-publicatie is ook het relatieve aandeel van bepaalde aandoeningen in het totaal aantal verpleegdagen in ziekenhuizen (volgens gegevens uit het SIG-jaarboek (11)) bestudeerd, waarbij als maat voor selectie tenminste een 0,5% van dit totaal is genomen. Dit komt neer op tenminste 80.000 verpleegdagen per jaar wegens een bepaalde (groep van) aandoeningen. In kolom vijf van de tabel is in die gevallen een '+' genoteerd, omdat ook hier deze grens een zinvolle aanvulling geeft op het prevalentie-criterium van 1%.

Over de relatieve mate waarin een bepaalde aandoening tot beperkingen en handicaps leidt ten opzichte van andere aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn geen systematische gegevens voorhanden. Vrijwel alle aandoeningen van het bewegingsapparaat veroorzaken wel beperkingen in functionele capaciteit, echter de ene aandoening in ergere mate en/of gemiddeld veel vaker dan de andere (bij eenzelfde aantal gevallen per aandoening).

Op basis van de hierboven genoemde criteria en de gegevens in de tabel is een lijst met aandoeningen aan het bewegingsapparaat opgesteld. Met name het prevalentiecriterium is daarbij bepalend geweest. De prevalentie van fibromyalgie is niet goed bekend en sterk afhankelijk van de gekozen criteria voor het stellen van deze diagnose. Deze aandoening is wel opgenomen in de lijst. Een aantal aandoeningen of categorieën van aandoeningen is niet opgenomen in de lijst, hoewel op grond van de tabel wel daartoe besloten had kunnen worden. Dit betreft de zeer specifieke diagnose-categorieën artralgie, myalgie en 'overige aandoeningen van het bewegingsapparaat'. Vanwege de heterogeniteit binnen deze diagnosegroepen werd verwacht dat het vinden van voor deze categorieën specifieke gegevens zeer moeilijk zou zijn. Bovendien zijn over het algemeen de ernst en de duur van deze aandoeningen beperkt, zodat het weglaten ervan geen grote gevolgen heeft voor dit project.

Referenties:

1. Hoogen HJM van den, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice: data from four general practices. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
2. Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM (red.). Ziekten in de huisartspraktijk. Hoofdstuk 13: Ziekten van het bewegingsapparaat. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1990.
3. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Uitgeversmaatschappij huisartsenpers, 1984.
4. Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from the transition project. Amsterdam: University of Amsterdam, Department of general practice, 1991.
5. Velden J van der, et al. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1991.
6. Valkenburg HA, Laar A van, Muller L. Epidemiologisch preventief onderzoek Zoetermeer; vijfde voortgangsverslag, deel 4 (reuma). Rotterdam: Erasmus universiteit, 1979.
7. Valkenburg HA. Epidemiologie van reumatische aandoeningen in Nederland: de omvang van reumatische klachten en aandoeningen in een open Nederlandse bevolkingsgroep. In: Rasker JJ, Festen JJM. Rheumatologie in perspectief (Van Hoytema cursus). Enschede: Technische hogeschool Twente, 1980.
8. Valkenburg HA. Ziekten van het bewegingsapparaat. In: Maas PJ van der, Hofman A, Dekker E. red. Epidemiologie en gezondheidsbeleid. Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu, 1989. reeks gezondheidsbeleid, deel 3.
9. Miedema HS. Reuma-Onderzoek Meerdere Echelons (ROME); basisrapport. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1994.
10. Davidse W, Miedema HS, Chorus AMJ. Selectie van ziekten ten behoeve van enquêtes. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994.
11. SIG/Zorginformatie. Jaarboek Ziekenhuizen 1991. Utrecht: SIG/Zorginformatie, 1993.

Overzicht ICD-9-codes aandoeningen van het bewegingsapparaat

ICD-9-code:	Diagnose(-categorie):	Prevalentie > 1% alg. bev.	> 0,5% WAO- intrede	> 0,5% ver- pleegdagen
170-171 198.5 203.0 213.9 215.9 238.1	nieuwvormingen bot/beenmerg/kraakbeen/weke delen: kanker van bot en bindweefsel metastase(n) bot/beenmerg multipel myeloom (M. Kahler) benigne beentumoren benigne synovioma synoviale chondromatose	-	-	-
390-392 393-398	post-streptococcal arthritis: acuut gewrichtsreuma chronische reumatische hartaandoeningen	-	-	-
443.0	syndroom van Raynaud	-	-	-
446	vasculitiden (o.a. polyarteritis nodosa, M. Wegener etc.)	-	-	-
696.0	arthritis psoriatica	-	-	-
710	diff. bindw.ziekten (o.a. SLE/Sjögren-syndroom/sclerodermie)	-	-	-
711	infectieuze/reactieve arthritis (incl. Lyme arthritis)	-	-	-
274.0 712.1-712.3 712.8-712.9	kristal-artropathieën: arthritis urica (jicht) chondrocalcinose overige	-	-	-
713.0 713.1 713.2 713.3 713.6 713.7 713.9 716.1-716.3	arthritis/artropathie bij aandoeningen buiten bew.app.: artropathie bij endocriene of metabole stoornissen (excl. jicht) arthritis bij chronisch inflammatoire darmziekten arthritis bij bloedziekten (excl. M. Kahler) artropathie bij huidaandoeningen (excl. psoriasis) allergische vasculitis (M. Henoch-Schönlein) amyloidose/sarcoïdose (M. Besnier Boeck)/dialyse artrop. paraneoplastische artropathie artropathie bij trauma/allergische reacties/climacterium	-	-	-
714.0-714.2	reumatoïde arthritis	+	+	+
714.3	juvenile chronische arthritis	-	-	-
715	perifere artrose	+	+	+
716.4-716.9	niet nader te specificeren arthritis	-	-	-
717.0-717.5 717.8-717.9	meniscuslaesies dérangement interne	-	+	-
717.7	retropatellaire chondropathie	-	-	-
718.0-718.1	dérangement interne overige gewrichten	-	-	-
718.2-718.3	spontane / habituele luxatie	-	-	-
718.4	contractuur gewricht	-	-	-
719.0-719.1 719.2 719.3	overige aandoeningen gewrichten: hydrops/hemartros palindroom reuma synovitis villo-nodularis pigmentosa	-	-	-
719.4-719.9	ongespec. gewrichtsaandoeningen (o.a. artralgie/stijfheid)	+	+	-

ICD-9-code:	Diagnose(-categorie):	Prevalentie > 1% alg. bev.	> 0,5% WAO- intrede	> 0,5% ver- pleegdagen
720.0 720.2 720.8-720.9	spondylartropathieën: spondylitis ankylopoëtica (M. Bechterew) niet nader te specificeren sacroïlitis overige / ongedifferentieerde spondylartropathie	-	-	-
721.0-721.1 722.0 722.4 738.2 723	aandoeningen cervicale wervelkolom: spondyl(artr)ose hernia nucleï pulposi (HNP) discopathie verworven misvormingen van nek/hals ov. aand. nek (o.a. cervicaglie, cerv. syndroom, torticollis)	+	+	+
721.2-721.4 721.6-721.9 722.1-722.2 722.5-722.7 722.8-722.9 724.2 724.3 724.4 724.5 737 738.4-738.6 724.6-724.9	aandoeningen van de lumbale/thoracale wervelkolom: spondyl(artr)ose overige/niet gespecificeerde aandoeningen wervelkolom hernia nucleï pulposi (HNP) discopathie overige/niet gespecificeerde aandoeningen tussenwervelschijf lumbago ischias radiculair syndroom niet gespecificeerde rugpijn verworven misvorming rug (o.a. kyfose/lordose/scoliose) verw. misv. rug/wervelk./bekken (o.a. spondylolysis/-listhesis) overige symptomen/aandoeningen van de rug	+	+	+
725.0	polymyalgia rheumatica	-	-	-
726.0-726.2	tendinitis/bursitis/capsulitis van de schouder	+	+	-
726.3	epicondylitis/bursitis elleboog	+	+	-
726.4-726.9	overige tendinitis/enthesopathie	+	+	-
727.0 727.2-727.3 727.4-727.5 727.6	overige aandoeningen pezen/bursae: synovitis en tendovaginitis (incl. M. Quervain) overige bursitiden overige aandoeningen van synoviale membraan spontane peesruptuur	-	-	-
728.0-728.3	spieraandoeningen (excl. myalgie)	-	-	-
728.5	hypermobiliteitssyndroom	-	-	-
728.6	contractuur van Dupuytren	-	-	-
729.0	fibrositis/fibromyalgie	±	-	-
729.1	myalgie	+	-	-
729.2 729.4 729.5 729.9	overige symptomen/aandoeningen van weke delen: neuralgie/neuritis/radiculitis niet gespecificeerde fasciitis pijn in een extremititeit overige/niet gespecificeerde aandoeningen van weke delen	+	+	-

ICD-9-code:	Diagnose(-categorie):	Prevalentie > 1% alg. bev.	> 0,5% WAO- intrede	> 0,5% ver- pleegdagen
730 731.0 731.1-731.8 732.0 732.1-732.9 733.2-733.9	bot-aandoeningen (excl. osteoporose): osteomyelitis osteitis deformans (M. Paget) osteopathieën samenhangend met andere aandoeningen M. Scheuermann overige osteochondropathieën overige aandoeningen bot en kraakbeen	-	-	-
733.0	osteoporose (zonder fractuur)	+	-	+
733.1	fractuur / ingezakte wervel o.b.v. osteoporose	+	-	+
734 735	verworven voetaandoeningen: platvoeten verw. misv. tenen (o.a. hallux valgus/varus, hamerteen)	-	-	-
736.0-736.2 736.3 736.4-736.7	overige verworven misvormingen: verw. misv. hand (o.a. mallet-vinger, valgus/varus pols) verworven misvormingen van heup (o.a. coxa valga/vara) verworven misvormingen van knie (o.a. genua valga/vara)	-	-	-
754.3	congenitale heupluxatie	-	-	-
754.1 754.2 754.5-754.7 755-756 759.8	overige congenitale aandoeningen bewegingsapparaat: congenitale torticollis congenitale lordose/scoliose congenitale misvormingen van de voet ov. cong. aandoeningen bewegingsstelsel en extremiteiten syndroom van Marfan	-	-	-

Lijst van geselecteerde aandoeningen van het bewegingsapparaat:

714.0-714.2	reumatoïde artritis
715	perifere artrose
	aandoeningen cervicale wervelkolom:
721.0-721.1	. spondyl(artr)ose
722.0	. hernia nucleï pulposi (HNP)
722.4	. discopathie
738.2	. verworven misvormingen van nek / hals
723	. overige aandoeningen nek (o.a. cervicalgie, cervicaal syndroom, torticollis)
	aandoeningen van de lumbale/thoracale wervelkolom:
721.2-721.4	. spondyl(artr)ose
721.6-721.9	. overige / niet gespecificeerde aandoeningen wervelkolom
722.1-722.2	. hernia nucleï pulposi (HNP)
722.5-722.7	. discopathie
722.8-722.9	. overige / niet gespecificeerde aandoeningen tussenwervelschijf
724.2	. lumbago
724.3	. ischias
724.4	. radiculair syndroom
724.5	. niet gespecificeerde rugpijn
737	. verworven misvorming rug (o.a. kyfose / lordose / scoliose)
738.4-738.6	. verworven misvorming rug / wervelkolom / bekken (o.a. spondylolysis / -listhesis)
724.6-724.9	. overige symptomen/aandoeningen van de rug
726.0-726.2	tendinitis / bursitis / capsulitis van de schouder
726.3	epicondylitis / bursitis elleboog
726.4-726.9	overige tendinopathieën (incl. repetitive strain injuries)
729.0	fibrositis / fibromyalgie
730.0-730.1	osteoporose (zonder fractuur) / fractuur of ingezakte wervel o.b.v. osteoporose

BIJLAGE 2:**OPZET EN UITVOERING VAN PREVENTIEVE MAATREGELEN:****Gericht op de algemene bevolking:***Methode*

De uitvoering van de inventarisatie van preventie- activiteiten gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat heeft op verschillende niveaus van organisaties in Nederland plaats gevonden. Er is gebruik gemaakt van persoonlijke/telefonische interviews, schriftelijke enquêtes via contactpersonen van betreffende organisaties en schriftelijke informatie uit jaarverslagen, rapporten etc.. Van sommige organisaties is op meerdere manieren informatie verzameld. De keuze voor de verschillende benaderingswijzen is gemaakt op basis van de verwachte informatie en het belang van de verschillende typen organisaties voor dit rapport. In tabel 2.1 is samengevat welke organisaties betrokken zijn in deze inventarisatie en op welke wijze dat is gebeurd.

De interviews en enquêtes zijn semi gestructureerd met behulp van een checklist uitgevoerd. Deze checklist over preventie-activiteiten gericht op de algemene bevolking is samengesteld met gebruik van bestaande checklisten en mede op basis gesprekken met TNO-deskundigen en feedback van de leden van de projectgroep. De checklist bevatte onderdelen gericht op de uitvoering van de preventie-activiteit met kenmerken zoals financiering, doel, doelgroep, bereik, werkwijze, deskundigheid, evaluatie (effect, proces). Daarnaast is in het interview/enquête ingegaan op belemmerende en bevorderende factoren bij het al dan niet uitvoeren van een preventie-activiteit zoals financiële mogelijkheden van de organisatie, taakopvatting van de organisatie, samenwerkingsverbanden en regelgeving.

Uit de jaarverslagen, rapporten etc. zijn preventie-activiteiten beschreven die gericht zijn op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Daarnaast is indien mogelijk informatie over belemmerende en bevorderende factoren uit de jaarverslagen opgemaakt.

Tabel 2.1 Benaderingswijzen van de verschillende typen organisaties

persoonlijke/telefonische interviews	schriftelijke enquêtes	schriftelijke informatie uit jaarverslagen en rapporten etc.
2 Zorgverzekeraars Nationaal Reumafonds Reumapatiëntenbond Landelijk Centrum voor GVO (nu NIGZ) Landelijke Stichting MBvO Nederlands Paramedisch Instituut Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra 10 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten 15 Thuiszorginstellingen 1 Coördinatiecentrum Chronisch Zieken 2 Reumaconsulenten	2 Zorgverzekeraars Landelijk Centrum voor GVO (nu NIGZ) Nederlands Huisartsen Genootschap Nederlandse Vereniging voor Reumatologie Nederlandse Orthopaedische Vereniging Vereniging van Revalidatie Artsen / Vereniging Revalidatiecentra in Nederland Nederlandse Vereniging voor Neurologie	Ministerie van VWS (nota's/notities/beleidsbrieven) Nationale Raad voor Volksgezondheid Gezondheidsraad Gehandicaptenraad Landelijk Centrum voor GVO (nu NIGZ) Nationale Vereniging voor Fibromyalgie patiënten ('Eendrachtig Sterk') Osteoporose Stichting Nederlandse Vereniging voor Rugpatiënten ('de Wervelkolom') Landelijke Vereniging Gezondheidscentra Landelijke Vereniging voor GGD'en Landelijke Vereniging voor Thuiszorg Stichting Dienstverleners Gehandicapten Gemeentelijke Gezondheidsdiensten Thuiszorginstellingen 3 Coördinatiecentra Chronisch Zieken Reumaconsulenten

Organisaties

De inventarisatie van preventie-activiteiten is uitgevoerd bij drie typen organisaties, te weten: Organisaties gericht op beleid of financiering, koepel-, beroeps- en patiëntenorganisaties en organisaties gericht op het uitvoeren van preventie-activiteiten. De keuze van de verschillende organisaties is in de projectgroep vastgesteld.

De verslaglegging van de preventie-activiteiten is aan de contactpersonen van de verschillende organisaties voorgelegd ter becommentariëring op persoonlijke titel.

Gericht op de beroepsbevolking:*De vragenlijst:*

De schriftelijke vragenlijst is deels opgesteld op basis van literatuur (o.a. Houtman et al, 1994; Ernste et al, 1994) en deels op basis van gesprekken met TNO-deskundigen op het terrein van ergonomie, GVO en reïntegratie. De vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft vragen over preventieve maatregelen gericht op gezonde werknemers of werknemers die hersteld zijn van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Het tweede deel is gericht op reïntegratiemaatregelen van (ex-)werknemers met min of meer langdurige klachten of aandoeningen. Elk deel is weer opgesplitst in een aantal onderdelen, namelijk vragen over technische maatregelen in het werk, organisatorische maatregelen in het werk, maatregelen gericht op het individu en bevorderende en belemmerende factoren.

De vragen naar belemmerende en bevorderende factoren zijn voorgestructureerd. De respondent is gevraagd om de voorgedrukte factoren aan te kruisen indien ze belemmerend dan wel bevorderend werken bij de invoering van technische, organisatorische en/of individu-gerichte maatregelen. Deze vragen zijn apart gesteld voor maatregelen gericht op gezonde en herstelde werknemers en voor reïntegratiemaatregelen. Als factoren zijn de volgende hoofdcategorieën aangegeven (in volgorde bevorderend/belemmerend):

op het niveau van de bedrijfsomgeving:

- gunstige/ongunstige sociaal-economische positie,
- goede/onvoldoende wet- en regelgeving,
- positieve/negatieve arbocultuur in de branche,
- goede/onvoldoende samenwerking met uitvoeringsorganen,
- goede/onvoldoende samenwerking met arbodienst,
- goede/onvoldoende samenwerking met (huis)artsen en specialisten,
- goede/onvoldoende samenwerking met onderzoeks- en adviesbureaus

op het bedrijfsniveau:

- gunstige/ongunstige sociaal-economische omstandigheden bedrijf
- positieve/negatieve arbocultuur bedrijf
- motivatie en mogelijkheden werknemers gunstig/ongunstig

overige factoren:

- soort maatregelen beschikbaar/niet beschikbaar en van goede/onvoldoende kwaliteit

Per hoofdcategorie zijn ook een aantal subcategorieën weergegeven, die meer in detail treden. Indien de respondent meer details wilde aangegeven boden deze subcategorieën hiertoe de mogelijkheid. Tenslotte is middels een open vraag naar de suggesties van de respondenten gevraagd om preventieactiviteiten te bevorderen.

De populatie:

De vragenlijst is uitgezet bij zes typen organisaties te weten: bedrijven, werkgeversorganisaties (koepels en branches), werknemersorganisaties (koepels en afzonderlijke bonden), arbodiensten, branche-organisaties op het terrein van arbeidsomstandigheden, beroepsverenigingen, sociale zekerheids-organisaties. Deze zes doelgroepen zijn op verschillende wijze geselecteerd en benaderd met het verzoek tot deelname. De keuze van instanties en bedrijven is gebaseerd op het uitgangspunt dat er zoveel mogelijk diversiteit in branches zou worden gezocht. Bijvoorbeeld, er is niet gezocht naar vervoersbedrijven, omdat de vervoersbranche-organisatie op arboterrein al werd benaderd. Gezien de beperkte hoeveelheid tijd en de ongunstige periode van het veldwerk (zomervakantie 1995) is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van de kennis en contacten van leden van de projectgroep en van TNO-deskundigen. Daarnaast is een deel van de beoogde respondenten eerst telefonisch benaderd met het verzoek tot deelname. Bij een positieve reactie werd de vragenlijst toegestuurd. Tenslotte heeft een deel van de instellingen de vragenlijst rechtstreeks toegestuurd gekregen. Per doelgroep is kort aangegeven op welke wijze de instanties zijn gekozen en benaderd.

Bedrijven: Getracht is in totaal 20 bedrijven telefonisch te werven, die tot deelname bereid zijn. Aanvankelijk was het de bedoeling bedrijven te zoeken die ofwel veel ofwel weinig actief zijn op arbeidsomstandighedenterrein. Dit maakte de werving echter te gecompliceerd zodat van dit idee is afgestapt. Gezien het uitgangspunt van branche-diversiteit zijn de volgende branches voor bedrijven uitgekozen: Rubber- en kunststofindustrie, metaalnijverheid, horeca, detailhandel, bank- en verzekeringswezen en de gezondheidszorg. De adressen van de bedrijven zijn verzameld via de zogenaamde Bedrijven ABC. Uiteindelijk hebben 18 bedrijven tijdens het telefonisch wervingscontact toegezegd mee te doen aan het onderzoek en de vragenlijst ontvangen.

Werkgevers-/werknemersorganisaties: In eerste instanties zijn werkgever/werknemersorganisaties alleen geselecteerd door twee leden van de projectgroep (vertegenwoordigers FNV en AWW). Zij hebben de namen en adressen verzorgd van diegenen die binnen de diverse organisaties kennis hebben over het onderwerp. Degenen die een vragenlijst hebben ontvangen zijn deels van te voren mondeling (FNV) deels tegelijkertijd schriftelijk (AWV) door beide leden van de projectgroep aangespoord om deel te nemen aan het onderzoek. In eerste instantie hebben totaal 14 werkgevers-/branche organisaties en 20 werknemersorganisaties de vragenlijst ontvangen.

De diversiteit aan branches, met name bij de werkgeversorganisaties bleek echter te gering. Daarom is in tweede instantie besloten om ook aan ander werkgevers/werknemersorganisaties een vragenlijst te sturen. Hierbij is gestreefd zo veel mogelijk alle grote branches te bestrijken. In totaal is aan 24 werkgevers/branche organisaties, waaronder enkele koepelorganisaties zoals NCW/VNO, KNOV/NCOW en AWW een vragenlijst verzonden.

Ook is aan vier extra werknemersorganisaties van het CNV en de FNV centraal een vragenlijst gestuurd. Bij beide groepen is geen telefonische of andere werving vooraf geweest. De vragenlijst bestemd voor het NCW/VNO is verzonden via een lid van de projectgroep. In totaal zijn dus 25 vragenlijsten verstuurd aan werknemers organisaties en 38 werkgevers/branche organisaties.

Arbodiensten: Zeven arbodiensten, drie regionale, twee enkelvoudige, één landelijke arbodienst en een koepel hebben een vragenlijst ontvangen.

Branche-organisaties op arboterrein: De volgende drie organisaties zijn telefonische geworven en hebben toegezegd mee te doen: Stichting BGZ Wegvervoer, Stichting Arbouw, STIGAS (landbouw). Daarnaast is ook aan de Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg een vragenlijst verzonden.

Beroepsverenigingen: Aan tien beroepsverenigingen, relevant voor preventie van bewegingsapparaatklachten bij de beroepsbevolking, is een vragenlijst verzonden. Hierbij heeft geen werving vooraf plaats gevonden. De vragenlijst is voor zover mogelijk verzonden aan de secretaris. Het gaat om de volgende typen deskundigen: arbeidshygiënist, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, ergonomen, veiligheidskundigen, bedrijfsverpleegkundigen, bewegingswetenschappers, arbeidsdeskundigen, personeelsdeskundigen, bedrijfsfysiotherapeuten.

Sociale Zekerheidsinstanties: Via een lid van de projectgroep is een vragenlijst verzonden aan het GAK en aan het Tica (voorheen een deel van de SVr).

De verzending van in totaal 104 vragenlijsten heeft plaatsgevonden in de periode van 17 juli tot en met 17 augustus 1995.

De respons:

Een deel van de aangeschreven personen heeft een herinneringsbrief gekregen. Tevens zijn de non-respondenten telefonisch benaderd.

In tabel 2.2 is de respons op de vragenlijst weergegeven. Per doelgroep wordt vermeld hoeveel vragenlijsten zijn verstuurd, hoeveel vragenlijsten ingevuld retour zijn ontvangen, hoeveel vragenlijsten met relevante reden niet ingevuld retour zijn ontvangen en hoeveel vragenlijsten zonder relevante reden niet ingevuld zijn. De informatie is vooral gebaseerd op de telefonische contacten met de aangeschreven personen. Daarnaast zijn er ook schriftelijke negatieve reacties binnen gekomen. In totaal was de respons 35%.

Tabel 2.2 Respons op de vragenlijst voor de inventarisatie van preventieve maatregelen in de beroepsbevolking

	aantal vragenlijsten verstuurd	ingevuld retour	niet ingevuld met relevante reden*	respons (%)
Bedrijven	18	10	3	56
Stichtingen	4	3	1	75
Beroepsverenigingen	10	2	4	20
Werknemersorganisaties	25	6	3	24
Tica/GAK	2	2		100
Arbodiensten	7	3		42
Branches/ werkgeversorganisaties	38	10	7	26
Totaal	104	36	18	35

* als relevante redenen worden bijvoorbeeld genoemd: 'te weinig kennis op dit terrein', 'organisatie doet niets op dit terrein', 'geen specifieke ervaring of activiteiten gericht op dit terrein'

BIJLAGE 3:**Uitgebreide beschrijving van de resultaten van de inventarisatie van preventie-activiteiten gericht op de algemene bevolking****1. Organisaties gericht op beleid of financiering****1.1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport***Inleiding*

In het vergaderjaar 1993-1994 is de Kwaliteitswet Zorginstellingen vastgesteld. Deze wet is gebaseerd op het advies 'kwaliteitssystemen in de zorgsector' dat de Nationale Raad voor Volksgezondheid heeft uitgebracht. Binnen dit advies is aandacht voor:

- 1 de rol van de overheid bij de ondersteuning van ontwikkelingen in het veld;
- 2 de explicitering van kwaliteitseisen;
- 3 de oprichting van een coördinatiecommissie voor certificatie;
- 4 afstemming met het staatstoezicht;
- 5 het verrichten van vervolgonderzoek.

Door het ministerie is in 1992/1993 een stimuleringsprogramma 'kwaliteit van zorg' uitgevoerd. De verantwoordelijkheid door de actoren op het gebied van kwaliteit van zorg is ondanks goede intenties nog niet bereikt. Problemen doen zich vooral voor waar het gaat om onderlinge afstemming met andere betrokken actoren. De overheid ondersteunt daarom de processen in het veld door: het verstrekken van informatie, het geven van financiële steun, het bieden van immateriële steun, en activiteiten in het kader van de implementatie van wetgeving.

Daarnaast zijn de wetseisen dusdanig dat de individuele zorgaanbieder een eigen invulling van de wettelijke eisen kan geven, welke optimaal is toegespitst op de eigen instelling c.q. het eigen functioneren.

De volgende beleidsnota's van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het voormalige Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur worden in hoofdlijnen die relevant zijn voor dit project beschreven:

- Reumabeleid (kern document gezondheidsbeleid, 1988-1989);
- Chronisch ziekenbeleid (1990-1991) en beleidsbrief voortgang Chronisch ziekenbeleid (1991-1993);
- Gezond en Wel (1995-1998);
- Preventiebeleid voor de Volksgezondheid (1992-1993) en verslag nota-overleg Preventiebeleid voor de Volksgezondheid, 1994-1995);
- Ouderenbeleid (1995-1998);
- Naar eigen vermogen (VWS, 1994) en 'De perken te buiten (ISG, 1995).

*Reumabeleid (1989)*Inleiding

De doelstelling van deze nota is om knelpunten te signaleren gericht op reuma met betrekking tot preventie, zorgstructuren en samenwerking, kennisniveau van de hulpverlener, voorlichting en onderzoek. Op een aantal terreinen wordt in deze nota een aanzet gegeven voor oplossingen door organisatorische veranderingen of financiële bijdragen.

Zorg

Gezien de sterk uiteenlopende aard en ernst van reumatische aandoeningen wordt het begrip zorg breed opgevat. Hierin worden preventie, zelf- en mantelzorg en de zorg vanuit verschillende disciplines van hulpverleners betrokken.

Preventie

Primaire preventie van reumatische aandoeningen is tot heden beperkt. In het kader van de secundaire preventie richt de aandacht zich op kennisvermeerdering van de hulpverleners en voorlichting. Tertiaire preventie richt zich op het voorkomen van vermijdbare invaliditeit. Bijvoorbeeld via gewrichtsbeschermende maatregelen, houdingsinstructie etcetera.

Zelf- en mantelzorg

De zelfzorg van reumapatiënten beslaat een breed gebied. Het betreft niet alleen die activiteiten die betrekking hebben op het zo goed mogelijk in conditie houden aan de aangedane gewrichten, maar ook het aanpassen aan de beperkingen in dagelijkse activiteiten die de ziekten met zich meebrengen. Om de zelf- en de mantelzorg te bevorderen is gerichte voorlichting van belang.

Huisartsgeneeskunde

De huisarts dient in zijn opleiding voldoende basiskennis van reumatische aandoeningen te krijgen die mat name gericht is op vroegtijdige signalering van de meest primaire symptomatologie. Door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen zijn reeds activiteiten ondernomen in de meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. Voor de zittende beroepsgroep is het van belang, dat tekortkomingen door middel nascholing en toetsing gecompenseerd worden. Mogelijkheden voor uitvoering hiervan bestaan bij de universitaire huisarts (opleiding)instituten en de organisatie Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH), die zich door middel van een landelijk netwerk richt op de verbetering van de inhoudelijke beroepsuitoefening.

Verpleegkundige zorg in de eerste lijn

De wijkverpleegkundige wordt door de reumapatiënt beschouwd als een praktische begeleider van de dagelijkse situatie. De districtsverpleegkundige heeft een ondersteunende en adviserende functie voor de wijkverpleegkundige. De deskundigheid van de wijkverpleegkundige laat volgens de patiëntenverenigingen nogal eens te wensen over. Dit geldt met name voor de begeleiding in psychosociaal opzicht. Gerichte bijscholingsprogramma's voor wijkverpleegkundigen zijn gewenst.

Paramedische zorg

Door verschillende beroepsorganisaties van paramedici kan een belangrijke bijdrage geleverd worden aan een verhoging van de kwaliteit van de reumazorg. Een nadere uitwerking van de beroepsprofielen door de beroepsverenigingen is zowel in de eerste- als tweedelijns gezondheidszorg noodzakelijk.

De deskundigheidsbevordering van fysiotherapeuten wordt door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie in cursussen 'Fysiotherapie en reuma' gestimuleerd. Daarnaast moet in bijscholingsprogramma's aandacht worden besteed aan fysiotherapeutische behandeling van ernstige reumatische aandoeningen, aan indicaties en contra-indicaties, aan patiëntenvoorlichting, GVO, advisering van psycho-sociale aspecten van begeleiding van reumapatiënten. Verder is het stimuleren van de ontwikkeling van oefenprogramma's en protocollen voor specifieke reumatologische aandoeningen een belangrijk aandachtspunt.

Samenwerking tussen de verschillende disciplines is noodzakelijk. Het tot stand komen van gestructureerde samenwerkingsverbanden bijvoorbeeld in gezondheidscentra in de eerstelijns gezondheidszorg wordt dan ook bevorderd. Daarnaast moeten contacten tussen fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden worden gestimuleerd.

Voorlichting

Voorlichting richt zich op het publiek, de patiënt en zijn omgeving en de verschillende hulpverleners. De Reumapatiëntenbond heeft hierin een belangrijke taak. Voorlichting via materialen als posters, brochures en artikelenreeksen wordt veel gehanteerd. Daarnaast wordt voorlichting via massamedia gestimuleerd.

Onderzoek

In het uitgebrachte Stimuleringsprogramma gezondheidsonderzoek (1985) wordt aan reuma-onderzoek een hoge prioriteit toegekend. Het onderzoek richt zich op vier onderdelen, namelijk patiëntgebonden- en epidemiologisch onderzoek, wetenschappelijk-methodologische scholing van onderzoekers, onderwijs aan studenten, huisartsen en specialisten gericht op een betere diagnostiek en het behandelen van patiënten en opleiding van onderzoekers met behulp van een buitenlandse 'fellowship'.

Chronisch ziekenbeleid (1991)

Inleiding

De doelstellingen van deze beleidsnota zijn:

- het bevorderen dat chronische ziekten en de gevolgen daarvan door middel van preventie, verbetering van behandeling en palliatieve zorg doeltreffend en doelmatig worden bestreden;
- het stimuleren van een situatie waarin mensen met een chronische aandoening de kwaliteit van hun leven als beter ervaren;
- het bevorderen van een leefbaarder maatschappelijke klimaat voor chronisch zieken.

Een subgroep binnen de doelgroep chronische ziekten zijn de chronische reumatische aandoeningen.

Zorg:

Zorgmodellen

In de nota chronisch ziekenbeleid is het begrip zorg breed opgevat; hierin worden ook preventie, zelf- en mantelzorg betrokken. De belangrijkste knelpunten worden beschreven.

De aandacht voor 'zorg op maat' is sterk in ontwikkeling. De zorgvraag is vaak wisselend van intensiteit en wordt beïnvloed door de aanwezigheid van informele zorg. Dit vraagt om een flexibele zorgaanpak.

De ontwikkeling en evaluatie van zorgmodellen wordt gestimuleerd. In deze zorgmodellen is aandacht voor een betere samenwerking tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Dit kan worden bevorderd door de opzet van een aparte functie transmurale zorg in de vorm van bijvoorbeeld reumaconsulenten.

Kwaliteitsbeleid

De samenwerking tussen eerste- en tweedelijns hulpvoorzieningen kent nog lacunes. Er is behoefte aan duidelijker afbakening van taken en bevoegdheden tussen huisarts en specialist. In een aantal gevallen ontbreekt het hulpverleners aan deskundigheid om adequate hulp aan chronisch zieken te verlenen. Dit is een gevolg van gebrek aan opleiding en ervaring.

Zowel de beroepsorganisaties als patiëntenorganisaties moeten bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid betrokken zijn. Protocollen, intercollegiale toetsing en nascholing programma's kunnen onderdeel uitmaken van het kwaliteitsbeleid.

Patiënten ervaren in de eerstelijns zorg geregeld een gebrek aan coördinatie en afstemming. Een coördinerende zorgfunctie is daarom gewenst.

Psycho-sociale zorg

De mogelijkheden van psycho-sociale begeleiding voor ernstige chronische patiënten en hun omgeving zijn nog ontoereikend. Psycho-sociale zorg als onderdeel van de integrale zorg voor chronische patiënten, die poliklinisch behandeld worden, wordt noodzakelijk geacht.

Zorgcapaciteit

De vraag naar voorzieningen zal toenemen met de toenemende vergrijzing en aantallen chronische zieken. Op dit moment bestaat al een tekort aan bepaalde voorzieningen bijvoorbeeld verpleging, wachtlijsten voor bepaalde specialisten of ingrepen.

Informele zorg

De behoefte aan thuiszorg is groter dan het aanbod. De afhankelijkheid van familie en omgeving zal toenemen, terwijl door maatschappelijke ontwikkelingen de mogelijkheden voor informele zorg juist afnemen. Onderzoek dat ten doel heeft de zelfzorg te bevorderen en de condities voor de informele zorg te verbeteren, zal worden gestimuleerd.

Voorlichting:Voorlichtingsmodellen

Er is onvoldoende bekend over de omvang, kwaliteit en effecten van de huidige voorlichting aan het publiek over chronische ziekten. In samenwerking met de Nationale Commissie Chronisch Ziekten en het Landelijk centrum voor GVO wordt de ontwikkeling en evaluatie van voorlichtingsmodellen ten behoeve van patiënten, omgeving en hulpverleners gestimuleerd.

Informatie- en documentatiecentra

Het aanbod van voorlichting is beperkt en voorzover aanwezig te weinig gestructureerd. De informatie- en documentatie functie zou bijvoorbeeld via de Stichting Dienstverlening Gehandicapten moeten worden verbeterd.

Onderzoek:

Er is onvoldoende zorggericht onderzoek om knelpunten te kunnen oplossen. Daarnaast ontbreekt de coördinatie in onderzoek, alsmede de participatie van de minder grote patiëntenorganisaties. Het onderzoek wordt voor het grootste gedeelte door particuliere fondsen gesubsidieerd. De geldmiddelen zijn in het algemeen te gering om het noodzakelijk geachte onderzoek te verrichten. Het epidemiologische onderzoek wordt gestimuleerd via financiering en afstemming van registratiesystemen van instellingen en zorgaanbieders. Naast epidemiologisch onderzoek wordt onderzoek op het terrein van kwaliteit van leven, zorgstructuren, maatschappelijke positie en kosten-effectiviteit van medische technologieën en zorgvernieuwing gestimuleerd.

*Gezond en Wel (1995)*Inleiding

De doelstellingen van deze nota zijn:

- het voorkomen van ziekten en vroegtijdige sterfte;
- het garanderen van de toegankelijkheid en de kwaliteit van noodzakelijke zorgvoorzieningen.

Voor degenen met een langdurige ziekte en handicap concentreert het beleid zich op:

- het verbeteren van de kwaliteit van leven;
- het bevorderen van actieve participatie in de samenleving.

Het bevorderen van gezondheid en voorkomen van ziekten:Het verbeteren van voeding- en drinkgewoonten

Het is algemeen bekend dat de Nederlanders gemiddeld gesproken te veel, te vet en te weinig groenten en fruit eten. Een te hoge vetconsumptie leidt tot overgewicht en hierdoor kunnen gezondheidsklachten ontstaan. Uit de tweede voedselconsumptiepeiling (1992) blijkt dat de vetconsumptie weliswaar gedaald is ten opzichte van de eerste peiling (1987-1988), maar nog steeds te hoog is. Verlaging van de vetconsumptie heeft daarmee nog steeds een hoge prioriteit door middel van het stimuleren van campagnes en voorlichtingsactiviteiten.

Het bevorderen van lichamelijke activiteit

Regelmatig lichamelijke inspanning maakt dat men zich prettig voelt en kan onder meer een gunstige bijdrage leveren aan hart- en vaatziekten, depressiviteit, diabetes mellitus, osteoporose en enkele vormen van kanker. Ook op de kwaliteit van leven en het behoud van zelfstandigheid van ouderen heeft lichaamsbeweging een positieve invloed. Recent onderzoek van het CBS (199?) geeft aan dat nog geen kwart van de Nederlanders bevolking voldoende lichamelijk actief is in de vrije tijd en dat ruim een derde zelfs een nagenoeg inactieve leefstijl heeft. Ook onder jongeren komt gebrek aan lichaamsbeweging veel voor.

TNO Preventie en Gezondheid zal de komende jaren onderzoeken welke vormen van sport en andere lichamelijke activiteit de meeste gezondheidswinst opleveren. Tevens wordt in overleg met het Nederlands Instituut Sport en Gezondheid en met de Nationale Commissie Chronisch Ziekten bekeken hoe de lichamelijke activiteit voor de verschillende groepen bevorderd kan worden.

Preventie van chronische ziekten

De komende decennia zal het aantal mensen met een chronische ziekte naar verwachting fors toenemen. Slechts op enkele terreinen is preventie van chronische ziekten mogelijk. Om verdere preventie mogelijk te maken, is een onderzoekprogramma van meerdere jaren noodzakelijk.

Hierin is voorzien door de vaststelling van een speciaal onderzoekprogramma van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Daarnaast stimuleert het Praeventiefonds onderzoek naar preventieve interventies. Een speciaal programma 'arbeidsgebonden chronisch zieken onderzoek' is in voorbereiding. De gezondheidsraad zal een advies gevraagd worden over de wetenschappelijke mogelijkheden voor onder ander de preventie van reuma en chronische pijn. Naast onderzoek zijn ook ontwikkelingstrajecten en voorlichting van belang. In dit kader voert de Nationale Commissie Chronische Ziekten activiteiten uit.

Preventie op het terrein van sociale zekerheid en arbeid

De nieuwe wetten voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid leggen meer financiële verantwoordelijkheid bij werkgevers en werknemers. Het regeerakkoord voorziet in een verdere privatisering. De kans bestaat dat deze maatregelen niet alleen de beoogde volumereductie tot gevolg hebben. Ook kan een scherpere selectie van aan te trekken personeel op gezondheidskenmerken optreden, hetgeen de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en gedeeltelijk arbeidsongeschikten kan belemmeren. Het beleid is er op gericht om negatieve consequenties van deze wetgeving voor volksgezondheid en welzijn waar mogelijk te voorkomen.

Behandeling en Zorg:Bevorderen van 'zorg op maat' en de doelmatigheid in de curatieve zorg

Op geleide van de aanbevelingen van de Commissie 'Modernisering Curatieve zorg' streeft het kabinet naar een verdere verbetering van de doelmatigheid in het medische handelen.

Goede afstemming van zorgaanbod en samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen en maken het mogelijk complexe zorg vanuit het ziekenhuis ook thuis voor langere tijd te continueren.

Essentieel is dat regionale afstemming plaats vindt voor alle zorgvoorzieningen, zodat het zorgaanbod past bij de zorgbehoefte in de betreffende regio.

Het kabinet onderschrijft de voorstellen voor het op programmatische wijze stimuleren van gepast medisch handelen, door doelmatige inzet van behandelwijzen, zorgvormen en genees- en hulpmiddelen. Ook de toepassing van standaarden en protocollen en het bevorderen van internationale samenwerking op dit punt verdient aanmoediging.

Het versterken van consumenten- en patiëntenorganisaties

De grotere zelfstandigheid van mensen in gewijzigde culturele en maatschappelijke verhoudingen hoort tot uitdrukking te komen in het versterken van consumenten- en patiëntenorganisaties en het vergroten van hun inbreng in de besluitvorming in de gezondheidszorg.

Onderzoek:

Naar kwaliteit en doelmatigheid

Het kabinetsbeleid is gericht op een krachtige bevordering van doelmatigheid en gepast gebruik van de zorgvoorzieningen. Ook onderzoek voor de ondersteuning van het kwaliteitsbeleid behoort tot dit thema. Daarnaast vindt onderzoek naar het effect van de veranderingen in het verzekeringsstelsel vindt plaats.

Naar preventie, bescherming en ziektebestrijding

De implementatie van programmatische preventie in de huisartspraktijk beoordeelt het Ministerie van VWS na advisering door de Ziekenfondsraad. Verder onderzoek naar de kosten-effectiviteit van preventie vindt plaats.

Naar consumenten - en patiëntenbeleid

De regering beoogt de medezeggenschap van gebruikers van zorgvoorzieningen en verzekerden in overleg- en adviesstructuur te versterken. Onderzoek op dit gebied wordt gestimuleerd

Preventiebeleid voor de volksgezondheid (1993)

Inleiding

Het doel van deze notitie is:

- het ontginnen van nieuwe gebieden in de uitvoering van preventie binnen de zorgsector;
 - de versterking van het facetbeleid;
 - de verbetering van voorwaarden voor preventie, zoals financiering, onderzoek en opleidingen.
- Dit komt tot uiting in het actieprogramma preventiebeleid.

Preventie in de eerstelijns gezondheidszorg

Preventie in de eerstelijns gezondheidszorg is van belang omdat gezondheidsproblemen in een vroeg stadium kunnen worden benaderd. Het invoeren van programmatische preventie in de huisartsenpraktijk wordt gestimuleerd.

Voorlichting

De effectiviteit van GVO is een belangrijk aandachtsggebied. In het advies van het Landelijk centrum voor GVO 'Programmering van GVO-onderzoek' worden behalve algemene aanbevelingen voor onderzoeksprogrammering van gezondheidsvoorlichting, specifieke aanbevelingen gedaan voor gezondheidsvoorlichting in de arbeidssituatie, gezondheidsvoorlichting aan ouderen in de thuissituatie en GVO voor achterstandsgroepen.

Deskundigheidsbevordering

In Nederland bestaat de traditie in de sociaal geneeskundige opleidingen veel aandacht aan preventie te besteden, evenals in opleidingen van (gezondheids)voorlichters en preventiemedewerkers.

Binnen de beroepsopleiding voor huisarts moet meer aandacht aan preventie in samenwerking met relevante partners worden besteed. Ook de afstemming van opleidingen, waarin een component preventie is opgenomen, is een belangrijk aandachtsgebied. Het ontwikkelen van kwaliteitsprofielen collectieve preventie in het kader van de Wet collectieve preventie wordt gestimuleerd, waarbij het waarborgen van deskundigheid een belangrijke plaats zal innemen.

Algemene beleidsontwikkeling voor preventie

Er is aandacht voor de versterking van de landelijke sturing van preventie en van programma ontwikkeling. Daarnaast wordt samenwerking van landelijke organisaties op het gebied van gezondheidsbevordering, voorlichting en preventie gestimuleerd. De volgende betrokken organisaties hebben specifieke functies bij bestuurlijke vernieuwing en versterking van de beleidsontwikkeling op het gebied van preventie:

- De landelijke koepels, ondersteuningsinstituten en beroepsverenigingen hebben een functie ten aanzien van het ontwikkelen van kosten-effectieve modelprogramma's, kwaliteitscriteria, protocollen en standaarden voor preventieve programma's en bij- en nascholingsprogramma's;
- De Gezondheidsraad heeft een functie ten aanzien van de signalering van nieuwe mogelijkheden voor preventie en het toetsen van de effectiviteit van bestaande en nieuwe preventie activiteiten;
- De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft een functie ten aanzien van advisering aan de minister op basis van monitoring van ontwikkelingen;
- De Ziekenfondsraad adviseert over een financieringsstructuur voor preventie met het accent op samenhang en facilitering en financiert toetsingsonderzoek met betrekking tot preventie; Daarnaast adviseert zij over opname van preventieve interventies in de ziektekostenverzekering en coördineert landelijke preventie programma's, die nog in een begin stadium verkeren;
- Het Praeventiefonds is bij de ontwikkeling en financiering van onderzoek en innovaties betrokken.

Ouderenbeleid (1995-1998)

Inleiding

Het aantal ouderen in onze samenleving neemt toe; steeds meer mensen worden ouder terwijl de levensverwachting nog stijgt, en ouderen nemen een steeds groter aandeel in de totale bevolking. De doelstelling van deze nota is voor deze oudere generaties zorg te dragen voor optimale levensomstandigheden.

Een groot deel van de concretisering van programma's en acties worden aangekondigd in nota's zoals 'Gezond en wel' en 'Naar eigen vermogen'. Er wordt specifiek aandacht besteed aan oudere vrouwen en allochtone ouderen.

Vitaal oud worden en zijn

Een deel van de aandachtsgebieden richt zich op sportieve activiteiten. Sportieve activiteiten kunnen bijdragen aan een betere gezondheidstoestand en in de samenhang daarmee aan het langer zelfstandig functioneren van de mens. De bevordering van sociale contacten ofwel het tegengaan van sociaal isolement vormt een belangrijke beweegreden voor het beleid om ouderen te stimuleren deel te nemen aan sport, spel, of meer bewegen voor ouderen. Specifiek gericht op bewegen worden twee actiepunten genoemd. Het eerste is via het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid en de koepelorganisatie van de sportbonden NOC*NSF ouderen voor te lichten over de relatie sporten of bewegen en gezondheid. Dit wordt via het project 'Nederland In Beweging' gestimuleerd.

De landelijke stichting Meer Bewegen voor Ouderen ondersteunt provincies, gemeenten en sportorganisaties in het ontwikkelen en uitvoeren van activiteiten in het kader van 'Meer Bewegen voor Ouderen'.

Woon- en leefomgeving

Een aandachtspunt gericht op de woon- en leefomgeving is het project veilig wonen. Dit project richt zich in grote mate op ongevalspreventie. Daarnaast wordt er aandacht aan het optimaliseren van vervoersmogelijkheden besteed.

Naar eigen vermogen (1994)

Inleiding

In de afgelopen decennia is de sportdeelname sterk toegenomen: maar liefst vier miljoen mensen sporten wekelijks in georganiseerd verband. Er bestaan 30.000 sportverenigingen in ons land. De sport draagt bij aan de participatie en integratie van grote groepen van de bevolking in de samenleving. Tevens is sport een factor van betekenis voor de gezondheid en vitaliteit van de bevolking. De bedoeling is dat er een eigentijds en aangepast recreatie-aanbod komt voor mensen met een handicap, chronisch zieken en ouderen, waardoor deze mensen in staat zijn zoveel mogelijk zelfstandig vorm te geven aan hun activiteiten op dit gebied.

Sport, Bewegen en Gezondheid

Door het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid is een Masterplan 'Sport, arbeid en gezondheid' opgesteld. De belangrijkste doelstellingen hiervan zijn een verhoging van de (subjectieve en objectieve) gezondheid en de beperking van verzuim door blessurepreventie door bevordering van verantwoord bewegen door diverse groepen, met name ouderen, en door verbetering van opvang/behandeling van blessures.

Sportparticipatie van specifieke groepen

In de sportparticipatie-projecten voor diverse bevolkingsgroepen krijgen de thema's zelfstandigheid en preventie op directe wijze aandacht. Het programma is bedoeld om drempels en belemmeringen ten aanzien van sportbeoefening weg te nemen. Het gaat om barrières die voortvloeien uit verschillen in fysieke gesteldheid, sexe, cultuur en leeftijd. Projecten die integratie bevorderen en preventief werken genieten de voorkeur.

Ook het op chronisch zieken gerichte aanbod van sport en bewegen is van belang. In 1994 heeft de Nationale Commissie Chronisch Ziekten (in opdracht van het Ministerie van WVC) een werkconferentie georganiseerd "Sport en bewegen voor chronisch zieken", met als doel om met landelijke organisaties op dit terrein te komen tot de gewenste afstemming. Als vervolg op deze conferentie is een tijdelijke stuurgroep ingesteld, die nagaat hoe de sportdeelname van mensen met een chronische aandoening op een verantwoorde wijze kan worden bevorderd.

De perken te buiten (1995)

In de nota 'De Perken te Buiten' van de Integrale Stuurgroep Gehandicapten (1995) wordt aandacht besteed aan de bevordering van geïntegreerd sporten binnen de reguliere sportvoorzieningen dan wel categoriaal binnen specifieke voorzieningen. Deze projecten richten zich onder meer op revalidatiecentra en scholen voor speciaal onderwijs. In de zogenaamde 'regionaliseringsprojecten' worden sportvoorzieningen voor gehandicapten regionaal ontwikkeld en op elkaar afgestemd. In een aantal sportbonden is gehandicaptensport geïntegreerd. Het streven is dit aantal bonden uit te breiden. Naast subsidies voor projecten wordt ook onderzoek op het gebied van de gehandicapten-sport gesubsidieerd.

1.2. Gezondheidsraad

Inleiding

De gezondheidsraad adviseert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de wetenschappelijke mogelijkheden ten aanzien van specifieke gezondheidsvraagstukken. Binnen de gezondheidsraad zijn commissies aangesteld die zich op een bepaald gezondheidsvraagstuk richten. Een lijst van publikaties van adviezen is geraadpleegd. Recent is ten aanzien van de beroepsbevolking het 'Risicobeoordeling van handmatig tillen' (1995) uitgebracht. De aanbevelingen voor de toepassing worden in paragraaf 5.2.1 beschreven. Het Ministerie van VWS heeft in de beleidsnota 'Gezond en Wel' het voornemen geuit om advies aan te vragen ten aanzien van preventie van reuma. In 1991 is een advies uitgebracht met betrekking op 'Preventie van osteoporose' (1990). Hiervan worden de aanbevelingen beschreven.

Preventie van osteoporose

Het advies gaat in eerste instantie in op de medische, psychologische en economische gevolgen van osteoporose. Osteoporose blijkt een groot en groeiend probleem voor de volksgezondheid te zijn.

Preventie van osteoporose wordt van groot belang geacht.

De aanbevelingen van de gezondheidsraad zijn:

- Het stimuleren van algemene (met nadruk op primaire) preventie van osteoporose door voldoende lichaamsbeweging in alle leeftijdscategorieën en in het bijzonder tijdens de jeugd;
- Het stimuleren van algemene preventie door voldoende inname van calcium en met name bij ouderen van vitamine D;
- Het uitvoeren van gerichte preventie bij peri- en postmenopauzale vrouwen met een geringe botmassa door toediening van oestrogenen, zo nodig gecombineerd met progestativa. Deze vrouwen kunnen worden opgespoord via een eenmalige screening op botmassa van alle peri-menopauzale vrouwen. In een voorafgaand verkennend onderzoek dient de werking in de praktijk van deze procedure te worden getoetst;
- Het bevorderen van de kennis bij de bevolking over botontwikkeling en osteoporose. In opleiding en nascholing van huisartsen moet meer aandacht uitgaan naar preventie van osteoporose. Op scholen dienen er minimaal drie lesuren per week door vakleerkrachten aan lichamelijke opvoeding te worden besteed. Daarnaast zou via GGD'en, bedrijven, publieke sportvoorzieningen, kantines e.d. meer gezondheidsvoorlichting ten aanzien van lichamelijke activiteit en voeding moeten worden gegeven.
- Het bevorderen van gerichte preventie bij personen met een verhoogd risico. Er moet vooral aandacht uitgaan naar vrouwen met een late menarche (eerste menstruatie), mensen met bepaalde hormonale ziekten en mensen die langdurige geïmmobiliseerd zijn.
- Het stimuleren van preventie van vallen en botbreuken bij ouderen. De aandacht moet uitgaan naar de inrichting van het binnenhuismilieu en aan het verbeteren van bewegingscoördinatie en het beperken van het gebruik van bepaalde medicijnen.
- Het bevorderen van kennis bij ouderen en hulpverleners. Hierbij wordt onder andere geadviseerd ouderen te stimuleren om deel te nemen aan cursussen 'Meer Bewegen voor Ouderen'.

1.3 Nationale raad voor Volksgezondheid

De Nationale raad voor Volksgezondheid adviseert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten aanzien van de ontwikkelingen van kosten-effectieve modelprogramma's, kwaliteitscriteria, protocollen en bij- en nascholingsprogramma's. In een lijst van publikaties van de adviezen van de afgelopen jaren kwamen geen publikaties voor die relevant zijn voor dit project. In voorbereiding is een advies ten aanzien van 'Wachtlijsten' in samenwerking met het College voor Ziekenhuisvoorzieningen.

1.4 Gehandicaptenraad

Inleiding

De Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad is de koepelorganisatie van 70 landelijke patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties. Het doel van de Gehandicaptenraad is het verbeteren van de positie van mensen met een functiebeperking. De Gehandicaptenraad volgt de ontwikkelingen op aandachtsgebieden zoals arbeid, onderwijs en gezondheid nauwlettend en voert projecten uit op het gebied van arbeid, thuiszorg, mobiliteit, wonen, relaties & seksualiteit en emancipatie.

De Gehandicaptenraad is voor een groot deel afhankelijk van externe financiering door onder andere verschillende Ministeries, stichtingen en fondsen.

Van de doelgroep zijn patiënten met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat een subgroep. Een aantal projecten kan voor deze patiënten ook voordelen opleveren, echter dit is geen specifiek aandachtspunt. Aan de hand van het jaarverslag 1994 en de Nota 'Eens maar nooit meer' (oktober, 1995) worden de activiteiten die mogelijk relevant zijn voor dit project geïnventariseerd.

Gezondheid

Veel aandacht wordt besteed aan de eigen bijdrage in de gezondheidszorg. Eén van de projecten betreft de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid Volksgezondheid, wat als raamwerk moet dienen voor projecten over persoonsgebonden budget, langdurige thuishulp ed.

Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)

Op 1 april 1994 werd de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) ingevoerd, waarmee de voorzieningenverstrekking werd gedecentraliseerd naar de gemeenten.

Recent heeft de Gehandicaptenraad in samenwerking met tien belangenorganisaties van mensen met een handicap en van ouderen het eerste jaar van de WVG geëvalueerd. In de nota 'Eens maar nooit meer' worden de resultaten beschreven. Samengevat zijn de conclusies op basis van deze evaluatie:

- De invoering van de WVG heeft ingrijpende gevolgen gehad voor het inkomen en het dagelijkse leven van mensen met een functiebeperking en ouderen.
- Het uitkeren van vervoersvoorzieningen is sterk terug gelopen, doordat gemeente terughoudend zijn bij de toekenning van individuele vergoedingen en voorzieningen en zij grijpen te snel naar collectief vervoer;
- Gemeenten grijpen te snel naar het middel van eigen bijdrage;
- De inkomensgrens, waarboven geen voorzieningen worden vergoed, is lager dan voorheen;
- Mensen met een handicap krijgen vaak niet of niet op tijd de juiste voorziening. Dit geldt met name voor woonvoorzieningen, maar tevens voor vervoersvoorzieningen, rolstoelen ed.;
- Belangenorganisaties van mensen met een handicap en van ouderen hebben veel te weinig invloed op het WVG Gehandicaptenbeleid;
- Van harmonisatie en 'één loket' komt niets terecht en ambtenaren beschikken over onvoldoende deskundigheid voor de uitvoering van de WVG;
- Na de invoering van de WVG is er een rechtsongelijkheid tussen gemeenten, binnen gemeenten en tussen mensen met en mensen zonder handicap ontstaan;
- Het aantal (ingediende) aanvragen is lager dan verwacht, waardoor deel WVG-geld (gemiddeld 40%) overbleef, dit ten koste van het voorzieningenniveau;

De aanbevelingen die in deze nota worden gedaan zijn:

- In plaats van de overheid om het totaal budget te bepalen, moet vanuit de praktijk het adequate voorzieningen niveau en het budget worden bepaald;
- De decentralisatie moet voor een deel worden teruggedraaid, om door centrale regelgeving de financiële risico's van gemeenten te beperken;

- Een nadere regelgeving op het gebied van WVG is gewenst met garanties voor de inhoud, niveau en kwaliteit van voorzieningen, kwaliteit van advisering, klachtenbehandeling en betrokkenheid van belangenorganisaties;
- Een beperking van de gemeentelijke beleidsvrijheid is gewenst in het heffen van een eigen bijdrage en besteding WVG geld voor voorzieningen;
- Het bevorderen van beeldvorming, voorlichting en samenwerking. De voorlichting zou in de vorm van folders, bijeenkomsten en overleg met belangenorganisaties van mensen met een handicap en ouderen moeten worden uitgevoerd;

Toegankelijkheid

De Gehandicaptenraad heeft een rol in overlegplatforms van bouwregelgeving. Het vergroten van de toegankelijkheid voor bezoekers- en gebruikersruimten en openbare gebouwen is met name op rolstoelgebruikers gericht. Een aantal aanpassingen kan ook voor mensen met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat voordelen opleveren.

Samenwerking

Binnen overlegorganen zoals de Interdepartementale Stuurgroep Gehandicaptenbeleid (ISG), het Gestructureerd Overleg Gehandicapten (GOG) en de Ziekenfondsraad wordt samengewerkt met de volgende organisaties: de Federatie Ouderenoverleg, Interprovinciaal Overleg Gehandicaptenbeleid (IOG), Werkverband Organisaties van Chronische Ziekten (WOCZ), De Nederlandse Patiënten/consumenten Federatie (NP/CF), 'Independent Living Nederland' en de Stichting Dienstverleners Gehandicapten.

De Gehandicaptenraad voert structureel overleg met het Nationaal Reumafonds. Periodiek wordt overleg met de Directie Gehandicaptenbeleid van het Ministerie van VWS gevoerd.

Een aantal organisaties van patiënten met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat is bij de Gehandicaptenraad aangesloten. Dit zijn de Nationale vereniging van Fibromyalgie-patiënten 'Eendrachtig Sterk' (FES), de Reumapatiëntenbond en de Nederlandse vereniging van rugpatiënten 'de wervelkolom'.

1.5 Zorgverzekeraars

Inleiding

Sinds de inwerkingtreding per 1 april 1986 van de wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) zijn in het stelsel van ziektekostenverzekeringen naast de AWBZ als verzekeringsvorm te onderscheiden:

1. de verplichte ziekenfondsverzekering
2. de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren
3. de standaardpakketpolis bij particuliere ziektekostenverzekeraars
4. de overige privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen

De belangrijkste verschillen tussen deze verzekeringsvormen betreffen:

- a. het al dan niet verplichtende karakter
- b. de kring van verzekerden en medeverzekerden
- c. de lastenverdeling
- d. de verzekeringsinstanties c.q. de uitvoeringsorganen
- e. de wijze waarop de verstrekkingen worden verleend
- f. de omvang van het verstrekkingenpakket.

Voorts is een punt van verschil of de onderscheiden verzekeringsvormen tot de collectieve sector dan wel tot de marktsectoren worden gerekend.

Uitgaande van de in de miljoenennota's gebruikelijke definiëring, worden tot de collectieve sector gerekend de uitgaven en de inkomsten in het kader van de AWBZ, de verplichte ziekenfondsverzekering en de publiekrechtelijke regelingen onder aftrek van de eigen bijdrage van verzekerden voor uiteenlopende verstrekkingen. Bovendien wordt de heffing krachtens de wet MOOZ op de particuliere verzekerden tot de collectieve sector gerekend.

Met de invoering van deze verzekeringen zijn de ziekenfondsen, de publiekrechtelijke uitvoeringsorganen en de particuliere ziektekostenverzekeraars belast. Op grond daarvan kan een indeling van de verzekeringssector worden gemaakt.

Ziekenfondsen

Ziekenfondsen voeren de ziekenfondswet uit. Een verzekering van rechtswege voor een wettelijk omschreven kring van verzekerden die aanspraak geeft in geval van ziekte op een nauw omschreven maar breed verstrekkingenpakket. De gezamenlijke ziekenfondsen financieren de zorg van ongeveer 62% van de Nederlandse samenleving.

Kenmerkend voor de ziekenfondsen is het verstrekken in natura. De ziekenfondsen vergoeden niet in geld de door de verzekerden gemaakte kosten voor geneeskundige hulpverlening, maar garanderen de hulp als zodanig. D.w.z. dat het ziekenfonds bij de hulpverlener contracteert, zogenaamde medewerkers overeenkomsten, opdat de verzekerde de noodzakelijke hulpverlening verkrijgt.

De premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering is grotendeels inkomensafhankelijk. Een bepaald percentage van het loon of overig inkomen, dan wel de uitkering van betrokkene wordt veelal aan de bron ingehouden en vloeit naar de door de Ziekenfondsraad beheerde algemene kas. Van hier uit worden de ziekenfondsen bevoorschot.

Behalve de uitvoering van de ziekenfondswet bieden de ziekenfondsen, veelal via een aparte rechtspersoon een verzekerde de mogelijkheid zich op basis van vrijwilligheid te verzekeren voor een verstrekkingenpakket in aanvulling op de ziekenfondswet. Al hoewel de ziekenfondswet hieromtrent geen andere voorwaarden stelt dan dat de aanvullende verzekering betrekking moet hebben op de gezondheidszorg, wordt de aanvullende verzekering normaliter tegen een vaste nominale premie, die dus onafhankelijk is van de financiële draagkracht of individuele risico's, door de ziekenfondsen aangeboden.

Publiekrechtelijke verzekeraar

Tot de publiekrechtelijke verzekeraars worden de zogenaamde publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren gerekend. Bij deze verzekeraars zijn bepaalde categorieën ambtenaren verzekerd, die op grond van hun arbeidsovereenkomst verzekeringsplicht hebben. Hier uit volgt dat de publiekrechtelijke verzekeraar net als de ziekenfondsen geen eigen acceptatiebeleid kan voeren. Ongeveer 5% van de Nederlandse bevolking is op deze wijze verzekerd. De publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren kennen een aantal algemene grondslagen t.w.:

- a. het verplichtende karakter op grond van de ambtenaren wet
- b. het verrichtingenstelsel met eigen risico
- c. de verdeling van de premie voor de verzekering over de overheid en de ambtenaren
- d. een systeem van per regeling uniforme vergoedingen
- e. een systeem van medeverzekering van partner en kinderen
- f. gezamenlijk bestuur van werkgevers en werknemers
- g. gedecentraliseerde uitvoer

De omvang van het door de verzekering gedekte pakket is ten minste gelijk aan het verstrekkingenpakket van de verplichte verzekering. Er is echter geen sprake van een naturastelsel doch van een vergoedingensysteem, een zogenaamd restitutiestelsel, zoals dit ook wordt gehanteerd in de particuliere ziektekostenverzekering. Er wordt een procentuele premie geheven tot een bepaalde, per regeling verschillende maximum in de bezoldigingsgrens.

Ter compensatie van mogelijkerwijs cumulerende eigen risico's wordt door de werkgever een vangnet geboden in de vorm van de zogenaamde 1%-regeling.

De privaatrechtelijke verzekeraar

Deze verzekeraars bieden op basis van particulier initiatief polissen aan.

Zij bepalen zelf het acceptatiebeleid, het verstrekkingenpakket en de premiehoogte. In de particuliere markt kunnen individuele en collectieve contracten worden onderscheiden. De particuliere verzekeraar is ook gebonden aan polissen die voortvloeien uit de wet tot de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Deze wet voorziet er in dat de privaatrechtelijke particuliere verzekeraars acceptatieplicht hebben voor personen die aan in de wet genoemde criteria voldoen, en die zich op basis van vrijwilligheid voor een vast omschreven verstrekkingenpakket willen verzekeren tegen een van overheidswege vastgestelde premie. Het betreft hier de zogenaamde standaardpakketpolis.

AWBZ

In zijn oorsprong is de AWBZ een volksverzekering tegen zwaar geneeskundige risico's. Aan dit uitgangspunt is regelmatig getornd. Sinds januari 1989 is het pakket geleidelijk uitgebreid ten koste van de ziekenfondswet, de particuliere polis en de dekking van ambtelijke ziekenfondsregelingen. Per 1 januari 1996 wordt een aanzienlijk deel weer teruggeheveld naar de AWBZ. De AWBZ wordt voor het over grote deel bekostigd uit de in de eerste schijf van de belasting opgenomen premieheffing. Deze bedraagt een percentage van het inkomen. De inkomsten vloeien naar het algemeen fonds AWBZ dat wordt beheerd door de Ziekenfondsraad. Ook de van de verzekerden ontvangen inkomensafhankelijk eigen bijdragen komen in het algemeen fonds even als de Rijksbijdrage. Op basis van deels historische uitgaven en deels genormeerde criteria, vindt vanuit het algemeen fonds een budgettoedeling plaats naar de uitvoeringsorganen.

In de AWBZ geldt nog grotendeels een naturaverstrekkingensysteem. Hetgeen inhoudt dat de vormen van hulp en verzorging in natura worden geleverd en dat de betaling daarvan wordt geregeld tussen de instelling/zorgaanbieder en het uitvoeringsorgaan. Het persoonsgebonden budget geldt als een uitzondering op deze regel. De uitvoering van de AWBZ is in handen gelegd van de uitvoeringsorganen. Als uitvoeringsorganen treden op de ziekenfondsen, de particuliere ziektekostenverzekeraars en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren. Naast de functie van uitvoeringsorgaan zijn in de AWBZ nog te onderscheiden de functie van verbindingskantoor dat contact onderhoudt met in haar werkgebied functionerende AWBZ-instellingen, ook namens de andere ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars en de functie van regionaal contact. Dit zijn daar toe aangewezen ziekenfondsen die eveneens namens andere ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars contact onderhouden met de in het werkgebied functionerende niet erkende AWBZ-inrichtingen, veelal tehuizen.

De ontwikkelingen in de verzekering van ziektekosten hebben ook consequenties voor het beleid van verzekeraars op het gebied van preventie in het algemeen en preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat in het bijzonder. Primaire preventie wordt vooral als een overheidstaak gezien. 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. Tertiaire preventie heeft vooral betrekking op activiteiten gericht op waarborging en verbetering van kwaliteit van zorg. Dit gebied is door de geschetste ontwikkelingen duidelijk in beweging. Om een beeld te krijgen van de rol van zorgverzekeraars ten aanzien van preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat is informatie verkregen van de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland en is informatie verzameld bij vier verzekeraars. Deze verzekeraars zijn op het gebied van preventie van aandoeningen van het bewegingsapparaat relatief actief. Daarom is het beeld van activiteiten die door zorgverzekeraars uitgevoerd of gestimuleerd (kunnen) worden zeker niet volledig, maar kan wel een indruk worden verkregen van activiteiten die mogelijk zijn.

Zorgverzekeraars Nederland

Voor de activiteiten in het kader van zowel de ziektekostenverzekering als de collectieve verzekeringen voor kosten van ziekteverzuim geldt, dat de verzekeraars preventieve activiteiten als een middel zien om zich te profileren of om te kunnen concurreren. Dit heeft tot gevolg, dat dit onderwerp geen hoge prioriteit heeft voor Zorgverzekeraars Nederland, die zich met name inzet voor gemeenschappelijke belangen van verzekeraars. Er is dan ook weinig informatie beschikbaar over deze preventieve activiteiten. Het beeld is, dat op vele plaatsen wel iets wordt gedaan, maar dat het type preventie, waaraan aandacht wordt besteed, en de vergoeding daarvoor sterk wisselt.

Vanuit de koepel zelf zijn wel enkele projecten gericht op kwaliteit van zorg geïnitieerd, bijvoorbeeld op het terrein van Revalidatiezorg (indicatiestelling en produktdefiniëring) en landelijke coördinatie van het Farmaco Therapie Overleg tussen huisartsen en apothekers.

Afzonderlijke zorgverzekeraars

In het algemeen geldt, zoals eerder geconstateerd, dat preventie geen primair aandachtsgebied is voor zorgverzekeraars. Toch wil men vaak wel iets op dit gebied doen, waarbij zich dan het probleem aandient aan welke activiteiten wel en aan welke geen aandacht moet worden besteed. 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.

Vanuit vele patiëntenverenigingen en andere instellingen wordt vaak een beroep op zorgverzekeraars gedaan om een bepaalde activiteit te gaan vergoeden. Vanuit de verzekeraars wordt aangevoerd, dat de patiënten via de recent opgerichte regionale patiëntenplatforms zelf zouden moeten bepalen welke activiteiten het meest voor vergoeding in aanmerking komen, bijvoorbeeld via een model als de 'trechter van Dunning'. Een probleem is dat de patiënten vaak aandoeningsgericht zijn georganiseerd en dat daarom vaak aan het regionale platform voorbij wordt gegaan.

Voorbeelden van preventieve activiteiten, die gestimuleerd/vergoed worden door zorgverzekeraars:

1. Voorlichting: de meeste zorgverzekeraars geven voorlichting over allerlei onderwerpen, vaak via een blad aan verzekerden, maar bijvoorbeeld ook via regionale radioprogramma's. Ook voorlichting over aandoeningen van het bewegingsapparaat en preventie daarvan, bijvoorbeeld door ergonomische maatregelen, goed tillen en dergelijke, komt daarin aan de orde.
2. Preventie van / omgaan met rugklachten: een aantal zorgverzekeraars draagt bij in de kosten van deelname. De uitvoering van de cursus kan bijvoorbeeld liggen bij een thuiszorginstelling.
3. Bewegings-/fitness-activiteiten: een aantal zorgverzekeraars vergoedt een klein deel (10-20%) van de kosten van deelname voor bepaalde doelgroepen (bijv. 30+, 55+).
4. Therapiecentra: centra waar op geprotocolleerde wijze met deskundige begeleiding oefentherapie en patiëntenvoorlichting wordt gegeven, soms gedurende een aantal dagen. Deze behandeling kan in de plaats komen van oefentherapie. Ook in het kader van collectieve verzekeringen kunnen werknemers met bepaalde klachten hier behandeld worden.
5. Posttherapie: dit betreft een geprotocolleerde cursus aan chronische patiënten of na behandeling nog niet volledig herstelde patiënten, met het doel beperkingen te voorkomen of te verminderen.
6. Vergoeding bepaalde therapievormen voor bepaalde patiëntengroepen: hieronder vallen vergoedingen aan patiënten met reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew voor bijvoorbeeld hydrotherapie, groepsoefentherapie en kuuroorden.
7. Vergoeding van gecombineerde spreekuren huisartsen en orthopaeden
8. Stimuleren en evalueren van deskundigheidsbevordering van beroepsgroepen: dit geldt met name voor regionaal werkende grote verzekeraars, die bijvoorbeeld een bijdrage leveren aan en inbreng hebben in de nascholing van huisartsen via de districts huisartsen vereniging (DHV). Landelijk werkzame verzekeraars proberen via de koepel Zorgverzekeraars Nederland invloed te hebben op deskundigheidsbevordering en protocollering binnen beroepsgroepen en ziekenhuizen.

9. Stimuleren van visitatie binnen beroepsgroepen via overleg met inspectie volksgezondheid
10. Wachtlijstbemiddeling: vooral aan de orde op het gebied van de orthopaedie. Bij regionaal werkende grote verzekeraars geschiedt dit vooral door binnen de regio te zoeken naar alternatieven, voor landelijk werkzame verzekeraars geldt dit niet. Sommige verzekeraars hebben afspraken met zowel reguliere ziekenhuizen als privéklinieken.

Knelpunten

- Preventieve zorg wordt in principe gezien als een taak voor de overheid. Activiteiten op dit gebied worden door een aantal zorgverzekeraars in het verstrekkingspakket of een aanvullende verzekering aangeboden om zich te profileren naar bepaalde doelgroepen.
- Bij preventieve activiteiten gaan de kosten altijd voor de baten uit. De baten van preventieve activiteiten zijn vaak niet zichtbaar of komen niet ten goede aan de verzekeraar die daarin investeert.
- Door concurrentie tussen zorgverzekeraars worden weinig gemeenschappelijke activiteiten ondernomen om kwaliteit van zorg te verbeteren of effectiviteit van preventieve activiteiten vast te stellen.
- Vele instanties, waaronder patiëntenverenigingen, kloppen bij zorgverzekeraars aan om bepaalde preventieve activiteiten vergoed te krijgen. Coördinatie binnen en tussen patiëntenverenigingen op dit terrein is onvoldoende. De regionale patiëntenplatforms worden vaak gepasseerd.
- Het is op sommige terreinen onduidelijk of preventieve activiteiten een taak zijn van de overheid of de zorgverzekeraar, of dat zij tot de eigen verantwoordelijkheid van mensen behoren; dit geldt bijvoorbeeld op het gebied van bewegingsprogramma's, fitness-activiteiten etc.
- Sommige tertiair preventieve activiteiten komen vaak niet in plaats van reguliere zorg, maar als aanvulling daarop. Daardoor worden de totale kosten alleen maar hoger.
- De effectiviteit van veel preventieve activiteiten is niet goed bekend. Vaak betreft evaluatie het niveau van tevredenheid van de deelnemers en niet op gezondheidseffecten of zorggebruik.
- Bij sommige zorgverzekeraars zijn medische diensten opgeheven. De zorginhoudelijke aandacht voor initiëring en uitvoering van preventie producten kan hierdoor worden beperkt.
- De zorg voor chronisch zieken is omvangrijk en vraagt veel affiniteit van de verzekeraar. De risico's op zorgafname is groot, waardoor de kans bestaat dat de premies voor deze groep verhoogd worden en de zorg minder toegankelijk wordt.
- 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.
- Deskundigheidsbevordering door middel van nascholing is een moeizaam proces, omdat in de eerste plaats veranderingen in het gedrag van de zorgaanbieder moeilijk te bewerkstelligen zijn en veelal methodes om praktijkuitvoering regelmatig te toetsen ontbreken. Voor deze toetsing is verdergaande automatisering en registratie een vereiste. Verder missen vaak de randvoorwaarden in een praktijkorganisatie (basisafspraken, instrumentatie, middelen e.d.) om een gewenste gedragsverandering te kunnen realiseren.
- De landelijk werkende verzekeraars kunnen moeilijk invloed uitoefenen op de zorgafstemming, protocollering en deskundigheidsbevordering op regionaal niveau. Mogelijke aansturing moet dan plaatsvinden via vertegenwoordiging in overlegorganen van Zorgverzekeraars Nederland en via het vragen van aandacht bij overleg met de inspectie volksgezondheid.
- Een aantal groepen loopt het risico niet binnen het bereik te vallen van preventieve activiteiten. Dit risico treedt op bij groepen met lage sociaal economische status, die doorgaans moeilijk te bereiken zijn met voorlichting e.d.. Echter ook door het afsluiten van collectieve verzekeringen voor bedrijven kunnen niet-werknemers buiten de boot vallen, zeker als in het kader van reductie van ziekteverzuim preventieve activiteiten worden aangeboden. De groep van chronisch zieken vormt vanuit een commercieel oogpunt weinig interessante groep om te verzekeren.

- De aandacht voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken, bijvoorbeeld door ondersteuning van case managers, is zeer divers. Een mogelijke oorzaak hiervan is het feit, dat de omvang van deze doelgroep maximaal 10% van het totaal is, terwijl aan de andere kant juist door deze groep hoge kosten worden gegenereerd.

1.7 Nationaal Reumafonds

Inleiding

Het Nationaal Reumafonds stelt zich ten doel om in Nederland reumabestrijding en de zorg aan patiënten met reumatische aandoeningen in brede zin te bevorderen. Onder de verzamelnaam reuma vallen circa 200 verschillende ziektebeelden. De bekendste ziektebeelden zijn reumatoïde artritis, artrose en de ziekte van Bechterew. Maar ook richt het Nationaal Reumafonds zich bijvoorbeeld op JCA (juvenile chronische artritis) en het syndroom van Sjögren.

De activiteiten zijn in het algemeen het werven van fondsen en het aanwenden van deze fondsen voor activiteiten in het kader van de reumabestrijding en reumazorg. Het Nationaal Reumafonds verkrijgt gelden door collectes, donaties, nalatenschappen, beleggingen en een aandeel in de opbrengst van enkele nationale kansspelen. Van de totale inkomsten werd in 1994 28% aan recreatie, 8% aan voorlichting, 13% aan individuele hulpverlening, 38% aan wetenschappelijk onderzoek en 13% aan patiënten activiteiten besteed. Een groot gedeelte van de gelden gaat naar het verzorgen van aangepaste vakanties voor reumapatiënten, bijvoorbeeld in het vakantiecentrum Groot Stokkert. Deze activiteit valt buiten het aandachtsgebied van deze inventarisatie.

De activiteiten van het Nationaal Reumafonds zijn aan de hand van een interview, het jaarverslag 1993 en het rapport 'Eenheid in voorlichting' (Rapport adviescommissie voorlichting, 1993) geïnventariseerd.

Voorlichting

Het Nationaal Reumafonds geeft voorlichting door het aanbieden van (strooi)folders, brochures, films en video's, het houden van lezingen en daarnaast door telefonisch en mondeling contact met patiënten en hun omgeving. In 1993 is een voorlichtingscommissie opgericht met vertegenwoordigers uit de Reumapatiëntenbond en het Nationaal Reumafonds. De aanleiding was een gebrek aan afstemming ten aanzien van informatie- en verspreidingsbeleid van beide organisaties, de noodzaak om bestaand materiaal op hun actualiteit te screenen en de wens om witte vlekken in te vullen. Het doel van deze commissie was te komen tot een meer centrale voorlichting over reuma en tot een verdere samenwerking met de bij de reumazorg en voorlichting betrokken organisaties. Van bestaande voorlichtingsmaterialen is het doel, de behoefte, actualiteit, duidelijkheid, uitvoering, overlap en verspreiding door de commissie voorlichting getoetst. De uitkomsten van deze inventarisatie zijn in het rapport 'Eenheid in voorlichting' beschreven (Rapport adviescommissie voorlichting, 1993). De uitkomsten van deze inventarisatie staan in paragraaf 4.4.2 beschreven.

Deskundigheidsbevordering

Het Nationaal Reumafonds stimuleert het onderwijs in de reumatologie op universiteiten en via bijscholing aan diverse beroepsgroepen. Voorbeelden zijn het instellen van bijzondere leerstoelen reumatologie en het verlenen van (garantie)subsidie aan specifieke reumacursussen voor verpleegkundigen en ergotherapeuten. Concrete toekomstige activiteiten zijn het stimuleren van het vak 'reumatologie' in de basisopleiding medicijnen als ook in de huisartsenopleiding.

Op dit moment wordt in opdracht van het Reumafonds door het klinisch trainingscentrum van de faculteit Geneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen een inventarisatie uitgevoerd naar het aandeel van onderwijs over reumatische aandoeningen in de opleiding tot basisarts.

Individuele Hulpverlening

Het Nationaal Reumafonds verleent individuele hulp aan patiënten met reumatische aandoeningen voor de aanschaf van noodzakelijke voorzieningen en aanpassingen, wanneer er sprake is van financiële nood en bestaande regelingen bijvoorbeeld via de AWBZ of WVG geen soelaas bieden. Er wordt financiële steun geboden bij de aanschaf van vervoermiddelen, kleine hulpmiddelen, rolstoelen, aangepaste apparatuur, verhuis- en inrichtingskosten, woningaanpassingen, vakantie en diverse andere voorzieningen. De aanvraag wordt in principe in samenwerking met een hulpverlener gedaan. De aanvragen die binnen de normen vallen, leiden bijna altijd tot toewijzing van de financiële hulp. Ten behoeve van structurele voorzieningen wordt geen financiële hulp geboden (bijvoorbeeld taxivergoedingen). In '93 en '94 daalde het aantal aanvragen bij het Nationaal Reumafonds. De oorzaak van deze daling werd ondermeer toegeschreven aan de reorganisatie van het kruiswerk en aan de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). In 1995 vertoont het aantal aanvragen weer een stijgende lijn.

In het algemeen is de bekendheid van de mogelijkheden tot financiële hulp bij de patiënten en hulpverleners niet groot, ondanks de actieve voorlichting. Tevens is er bij de hulpverleners te weinig aandacht voor hulpmiddelen of woningaanpassingen in het kader van preventie van aandoeningen.

Onderzoek

Het reuma onderzoek in Nederland is in zeer grote mate afhankelijk van subsidies van het Nationaal Reumafonds. Enerzijds worden onderzoeksprojecten gesubsidieerd en in het verlengde daarvan congresbezoek, publikaties ed.

Anderzijds vindt structureel steun aan universitaire vakgroepen plaats door het verstrekken van subsidies ten behoeve van de aanstelling van een wetenschappelijke medewerker en de instelling van bijzondere leerstoelen. Deze activiteiten hebben ook een belangrijke invloed op de reumazorg die vanuit deze vakgroepen reumatologie wordt verleend.

Samenwerking

In een Platform tripartite-overleg Reuma wordt door het Nationaal Reumafonds overleg gevoerd met de Reumapatiëntenbond en de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Het Nationaal Reumafonds werkt in een voorlichtingscommissie samen met de Reumapatiëntenbond gericht op de coördinatie van voorlichting. Bovendien wordt een gezamenlijk reuma-informatie telefoonlijn opgezet. In het verlengde van deze activiteiten wordt bestudeerd in hoeverre een verdergaande bundeling of samenwerking wenselijk is; ook de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie is bij deze discussie betrokken. Daarnaast werkt het Nationaal Reumafonds samen met een groot aantal organisaties en instellingen waaronder het Werkverband van Organisaties van Chronisch Zieken (WOCZ), de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), de Gehandicaptenraad en reumaafdelingen in ziekenhuizen en revalidatiecentra. Incidenteel zijn er contacten met de Stichting Dienstverleners Gehandicapten (SDG) en de gehandicaptenraad.

Met het overkoepelend orgaan van de thuiszorginstellingen, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg bestaat volgens het fonds nauwelijks contact. Daarentegen is het fonds op lokaal niveau nauw betrokken bij de activiteiten van de lokale thuiszorginstellingen. Ook wordt door het Nationaal Reumafonds de aanstelling van reumaconsulenten gestimuleerd. Het Nationaal Reumafonds heeft in het kader van aanstellingen van reumaconsulenten ook contacten met plaatselijke reumapatiëntenverenigingen en reumatologen in ziekenhuizen.

Het Nationaal Reumafonds heeft contacten met de drie in Nederland gestarte coördinatiecentra voor chronisch zieken, die zijn opgezet om de coördinatie van zorg voor chronische zieken te verbeteren. Eén van de doelgroepen is patiënten met reumatische aandoeningen. De samenwerking met de verschillende coördinatiecentra verloopt zeer verschillend. De opzet van het coördinatiecentrum en de bedrijfsvisie zouden hieraan ten grondslag kunnen liggen. Het Nationaal Reumafonds heeft geen samenwerkingsverbanden met lokale GGD'en of de koepelorganisatie LIGGD/LVGGD.

2. Overkoepelende organisaties of beroepsverenigingen

2.1 Stichting Dienstverleners Gehandicapten

Inleiding

De stichting Dienstverleners Gehandicapten (sDG) heeft als doel de kwaliteit van de dienstverlening aan mensen met een handicap te waarborgen. Er zijn 200 organisaties bij de sDG aangesloten, die een eigen taak in de dienstverlening voor mensen met een (lichamelijke) handicap hebben. De sDG wordt door het Ministerie van VWS, het Nationaal Revalidatie fonds en bijdragen van de aangesloten organisaties gefinancierd.

De activiteiten van de sDG zijn afgestemd op de wensen van de aangesloten organisaties. De taken van de sDG zijn onder andere:

1. het opzetten en onderhouden van het netwerk van de aangesloten organisaties;
2. het plegen van overleg met overheden;
3. het stimuleren en onderhouden van internationale contacten;
4. het uitvoeren van facet beleid (het programma Vernieuwing en Implementatie Gehandicaptenbeleid (VIG), mobiliteit en vakantie en recreatie);
5. het initiëren van projecten.

De sDG geeft informatie, legt contacten en signaleert nieuwe ontwikkelingen. De sDG initieert projecten op het terrein van thuiszorg, arbeid, hulpmiddelen, recreatie, toegankelijkheid, psychosociale dienstverlening, wonen en vervoer. De sDG geeft een aantal brochures uit voor haar leden. Voor dit project zijn brochures relevant uit op het terrein van de optimalisering van hulpmiddelenverstrekking en de toegankelijkheid van vervoer in het kader van de WVG.

De activiteiten van de sDG zijn geïnventariseerd aan de hand van de werkprogramma's uit 1994 en 1995. Er worden geen activiteiten uitgevoerd die specifiek betrekking hebben op klachten aandoeningen van het bewegingsapparaat. Een aantal activiteiten kan wel van belang zijn, zoals het programma Vernieuwing en Implementatie Gehandicaptenbeleid (VIG).

Daarnaast zijn voorbeelden van relevante projecten en activiteiten:

- integrale vroeghulp aan kinderen van 0-4 jaar met motorische stoornissen en hun ouders;
- tijdelijke opvang voor mensen met een lichamelijk handicap;
- projectbureau mobiliteit en vervoer; Door het projectbureau Mobiliteit en vervoer wordt veel aandacht aan de uitvoering van de WVG ten aanzien van vervoerssystemen. Hierin worden adviezen gedaan over het gebruik van collectieve vervoerssystemen en de financiering ervan.
- persoonsgebonden budget voor hulpmiddelen.

Samenwerking

In totaal werkt de sDG met 200 aangesloten organisaties samen. Met de consumentenorganisaties zoals de Gehandicaptenraad en Werkverband van Organisaties van Chronisch Ziekten (WOCZ) is regelmatig overleg. De sDG volgt nauwlettend het gehandicaptenbeleid van de Nederlandse overheid, in dit kader zijn er contacten met het Ministerie van VWS en andere ministeries. Ook voert de sDG het secretariaat van het Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid (GOG). In dit overleg nemen vertegenwoordigers uit de sector lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten en ambtenaren van VWS deel. Andere relevante organisaties voor dit project zijn:

- Nederlandse Vereniging voor Artsen Revalidatie en Fysische Geneeskunde
- Vereniging van Revalidatiecentra In Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
- Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
- Nederlandse Federatie Voorzieningen centra Lichamelijk Gehandicapten
- Platform Projecten Praktische Thuishulp
- Revalidatiecentra
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

2.2 Landelijk centrum voor GVO (nu NIGZ)

Inleiding

Het doel van het Landelijk centrum voor GVO (LCG) is "het stimuleren van de gezondheidsbevordering en preventie van ziekten en het verhogen van de doelmatigheid, de doeltreffendheid en het bereik er van". Het LCG heeft drie afdelingen met tien secties. De drie afdelingen zijn Informatie, Ontwikkeling & Implementatie en Algemene Zaken. Binnen de afdeling Algemene Zaken valt de administratie en de automatisering. De kerntaken van het LCG zijn:

- informatie en documentatie;
- methodiek- en materiaalontwikkeling;
- deskundigheidsbevordering;
- stimulering van onderzoek;
- uitvoering van preventieve activiteiten.

Het LCG ontvangt subsidies van het Ministerie van VWS. Daarnaast krijgt het LCG een steeds meer marktgerichte werkwijze waarin activiteiten op projectbasis in opdracht van verschillende financiers worden uitgevoerd. Aan de hand van het jaarverslag 1994 en een publikatie van activiteiten 1995 zijn de activiteiten van de verschillende afdelingen in kaart gebracht.

Afdeling Informatie

De afdeling informatie verzamelt, bewerkt en verspreidt informatie op het terrein van GVO, preventie en patiëntenvoorlichting. Het aanbod is primair gericht op intermediairen: GVO'ers, preventiemedewerkers en patiëntenvoorlichters. Daarnaast op professionals in de curatieve zorg of in de hulpverlening die voorlichting of preventie als deeltaak hebben.

Bibliotheek en documentatie

De kern activiteit van de sectie Bibliotheek & Documentatie is het verstrekken van informatie zowel intern als extern. Er is een documentatiebestand beschikbaar via de Patiënten/Consumenten (PC) infodisk op basis van de trefwoordenlijst Zorg, Gezondheid en Preventie. In 1995 vindt een integratie hiervan plaats in de automatiseringssystemen van huisartsen. Daarnaast komt er een publieksversie voor openbare ruimten. De werk- en beleidsinformatie is in het on-line Informatiebestand GVO/preventie opgeslagen. Abonnees op de bestanden ontvangen een nieuwsbrief.

Activiteiten registratie

De sectie Activiteitenregistratie kan inzicht verschaffen in lopende GVO- en preventie-activiteiten. De Gezondheidsvoorlichting/preventie infodisk, kortweg G/P infodisk vermeldt circa 3000 planmatige lopende activiteiten op het gebied van GVO en preventie. In dit bestand zijn zeker 80 tot 90% van de projecten van de relevante organisaties opgenomen.

Het bestand is als een verwijlsbestand bedoeld om professionals op het terrein van GVO/preventie van elkaars activiteiten op de hoogte te stellen. Hierbij wordt samengewerkt met een netwerk van contactpersonen uit het GVO/preventieveld: GGD'en, thuiszorg, CAD's, BGD'en, patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen en categorale organisaties. Eén maal per jaar wordt het bestand geactualiseerd.

Publiciteit

De sectie publiciteit heeft een spilfunctie in de PR en de publiciteit van het LCG. De activiteiten zijn voor dit project minder van belang.

Afdeling Ontwikkeling & Implementatie

Patiëntenvoorlichting

De sectie patiëntenvoorlichting richt zich met name op het vergroten van kennis en vaardigheden van intermediairen. Eén van de aandachtsgebieden voor 1995 is een onderzoek naar de behoefte aan bijscholing onder medische specialisten op het gebied van patiëntenvoorlichting. Tevens is een project 'Implementatie Patiëntenvoorlichting' in januari 1994 gestart, waarin een samenwerkings-overeenkomst ten aanzien van voorlichting voor diverse sectoren van de gezondheidszorg is ontwikkeld. Voor de opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen is de module patiëntenvoorlichting ontwikkeld met onderdelen over reuma.

Thuiszorg

De sectie Thuiszorg richt zich op een versterking van de rol en verbetering van de kwaliteit van GVO in de thuiszorg. Het project Kwaliteitszorg van de Landelijke Vereniging Thuiszorg heeft een handboek en methode voor gebruikersraadpleging opgeleverd. De kern activiteiten zijn de standaardisatie van groepsactiviteiten voor een aantal thuiszorgthema's.

Het LCG heeft de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg geadviseerd over het landelijk preventiebeleid en werkt mee aan produktdefiniëring binnen de thuiszorg.

Arbeid

De sectie arbeid stimuleert GVO in de arbeidssituatie en het arbobeleid van arbeidsorganisaties. Het LCG heeft deskundigheid inzake modelontwikkeling en voorlichtingsmaterialen. Het project 'Een bijzondere kijk op arbeid' is in 1994 afgerond. Dit project ging over het recenseren van audiovisueel materiaal ten behoeve van GVO in arbeidssituaties. De thema's waren onder andere bedrijfsfitness, fysieke belasting en ziekteverzuim. Hier uit kwamen onder naar voren dat het gebruik van videomateriaal de laatste jaren enorm gestegen is en dat videomateriaal als voorlichtingsinstrument meer gebruikt wordt. Niet alle videoproduktie zijn even actueel met name doordat ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en het denken over arbeidsomstandigheden de laatste jaren sterk zijn gewijzigd.

Ook het begeleidend materiaal en de handleiding zijn niet beperkt geschikt voor specifieke doelgroepen. Als aanbeveling wordt gedaan om een protocol te ontwikkelen over het gebruik van video's met betrekking tot de keuze en wijze van introductie vertoning e.d.

Kwaliteit

Binnen het LCG is een speciale adviseur Kwaliteit aangesteld. De kerntaak is de verbetering van de kwaliteit van GVO/preventie. De werkzaamheden richten zich op maatschappelijke erkenning van GVO/preventie, het ontwikkelen van standaarden GVO/preventie en de integratie van GVO/preventie in organisatorische en financiële kaders. Door de National School of Public Health werd het LCG betrokken bij het initiatief om een samenwerkend beleid voor de bij- en nascholing van gvo'ers en preventiemedewerkers te ontwikkelen.

Onderwijs

De sectie onderwijs houdt zich onder andere bezig met -educatie en het gezondheidsbeleid op scholen. In het kader van het gezondheidsbeleid zijn enkele folders voor het onderwijspersoneel uitgekomen, alsmede brochures zoals 'de gezonde school'. In 1995 start een proefproject gezondheidsbeleid op een aantal proefscholen.

In het vierjarige project 'Introductie van Gezondheidseducatie in het Voortgezet Onderwijs' (GEVO) is een lesmethode ontwikkeld voor het vak verzorging in de basisvorming. De lesmethode 'dag-in-dag-uit-verzorging' is onderzocht en in nascholingsmodules en ook in cursussen en studiedagen voor GVO-functionarissen verwerkt.

Onderzoek/effectiviteit

Bij het LCG is een adviseur Onderzoek en Effectiviteit aangesteld met als kerntaken de verbetering van de effectiviteit van GVO/preventie in praktijk, beleid en onderzoek, het opstellen overzichten van de effectiviteit van GVO/preventie en het ontwikkelen van richtlijnen om de effectiviteit van GVO/preventie te verbeteren. Daarnaast is een instrument ontwikkeld, waarmee het onderzoek naar de effectiviteit op een gestandaardiseerde wijze geanalyseerd kan worden.

Samenwerking

Het LCG heeft door de diverse afdelingen en secties samenwerkingsverbanden met vele instanties en organisaties in verschillende commissies, werkgroepen, redacties, en besturen waaronder verschillende ministeries, raden, fondsen en patiëntenorganisaties.

5.2.3 Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (nu NOC*NSF)

Inleiding

De stichting Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (NISG) is in 1992 opgericht en zal vanaf 1 januari 1996 opgaan in Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF). In dit rapport worden voornamelijk de activiteiten van de NISG afzonderlijk beschreven. Het NISG is een landelijke organisatie op het gebied van sport en bewegen in relatie tot gezondheid. De belangrijkste doelstellingen zijn:

- het scheppen van mogelijkheden om sportgezondheidszorg beschikbaar te stellen voor alle (potentiële) sportbeoefenaren, ongeacht het niveau of de wijze waarop sport wordt uitgeoefend;
- het op zo hoog mogelijk peil brengen van de kwaliteit van de sportgezondheidszorg;
- uiting geven aan het feit dat verantwoord bewegen de gezondheid verbetert en een preventieve werking heeft ten aanzien van ziekten en blessures;
- zorg dragen voor het ontwikkelen, inpassen en toepassen van mogelijkheden tot verantwoord bewegen in een georganiseerd verband.

De thema's die centraal staan binnen het NISG zijn:

- 1 preventie van sportblessures en blessuretrajecten;
- 2 chronisch zieken en gehandicapten in relatie tot sport, bewegen en gezondheid;
- 3 medische begeleiding en topsportbegeleiding in relatie tot sport, bewegen en gezondheid
- 4 Nederland in beweging: Active Living.

De doelgroep van het NISG bestaat uit personen voor wie bewegen en sport gezondheids-ondersteunende of -bedreigende factoren kunnen zijn. Hiertoe behoren onder andere chronisch zieken en gehandicapten. Bepaalde groepen krijgen extra aandacht, zoals bijvoorbeeld jeugdigen, ouderen en werknemers in bedrijven. Het NISG richt zich ook op artsen, fysiotherapeuten, sportverzorgers, EHBO-ers, trainers, leraren lichamelijke opvoeding en diëtisten.

De taken van het NISG zijn (gezondheids)voorlichting, onderwijs en opleiding, onderzoek en sportgezondheidszorg voor alle (potentiële) sporters en topsporters. Financieel wordt het NISG ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de door de Stichting de Nationale Sporttotalisator (SNS). De Nederlandse Hartstichting, het Nederlands Astmafonds en het Praeventiefonds geven project-gebonden subsidies. Daarnaast krijgt het NISG inkomsten door dienstverlening aan derden. De inventarisatie voor dit project richt zich op activiteiten en projecten ten behoeve van chronisch zieken en gehandicapten.

Voorlichting en deskundigheidsbevordering

Het NISG ontwikkelt voorlichtingsmateriaal dat op vele manieren wordt verspreid, onder meer in de vorm van films en brochures, posters en stickers. Maar ook in de rubrieken en berichten geschreven voor vakbladen, huis aan huis bladen, radio en T.V..

Het doel is zowel het aanreiken van kennis als het bewerkstelligen van verstandig gedrag ten aanzien van bewegen en sporten. Daarnaast is er een aantal sportmedische boeken gepubliceerd over chronische aandoeningen en sport voor begeleiders of hulpverleners. Het doel van deze boekjes is het bundelen van wetenschappelijke kennis en ervaringen en het opstellen van richtlijnen voor de sport(-medische) praktijk. De boekjes worden aan de hand van literatuurstudie en consensus bijeenkomsten ontwikkeld. Op basis van deze sportmedische boeken worden richtlijnen geïmplementeerd via bij- en nascholing aan betrokken deskundigen. Voorbeelden daarvan zijn:

- sportmedische advisering voor chronisch zieken;
- osteoporose: bewegen en sport;
- lage rugpijn: bewegen en sport.

Stuurgroep 'Sport en Bewegen voor Chronisch Zieken'

Naar aanleiding van een kamervraag en een advies van het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken (WOCZ) is een werkconferentie gehouden met landelijke organisaties op het terrein sport en bewegen voor chronisch zieken. Doel was de mogelijkheid te onderzoeken tot een landelijke organisatie te komen die chronisch zieken kan stimuleren tot gezond bewegen. In opdracht van de NCCZ is in september 1994 de tijdelijke stuurgroep 'Sport en Bewegen voor Chronisch Zieken' van start gegaan voor de periode van een half jaar. Het NISG beheert het secretariaat van deze tijdelijke stuurgroep. De taken van deze stuurgroep zijn:

- het in kaart brengen van de behoeften aan sport- en bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken;
- het inventariseren van het huidige aanbod van organisaties betrokken bij sport en bewegen voor chronisch zieken;
- het doen van voorstellen ter verbetering van de structuur door afstemming en bundeling van activiteiten van de reguliere organisaties.

Bij deze stuurgroep zijn betrokken het Interprovinciaal Overleg Sport (IOS), de Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (LMBvO), de Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten (NEBAS), de Stichting Hart In Beweging (HIB) en de Stichting Spel en Sport (SSS). Het uiteindelijke doel is te komen tot de bevordering van een verantwoorde deelname aan sport en bewegen door chronisch zieken door de daartoe benodigde faciliteiten te creëren.

De inventarisatie is op basis van (beperkt) bestaand materiaal (rapporten, onderzoeken), een enquête onder de leden van het WOCZ en ervaringen vanuit de deelnemende organisaties uitgevoerd. Op basis van deze inventarisatie zijn de volgende knelpunten beschreven ten aanzien van sporten en bewegen voor chronisch zieken (Gezondheid in beweging; op weg naar een gecoördineerde aanpak van sport en bewegen voor chronisch zieken, juni 1995):

- chronisch zieken worden niet als een (aparte) doelgroep gezien en zijn geen prioriteit in het beleid van een aanbieder (bijvoorbeeld het Astma Fonds, fitnesscentra, revalidatiecentra, praktijken fysiotherapie, zwembaden, RIAGG's en ziekenhuizen);
- de aanbieders zijn niet in staat de doelgroep chronisch zieken te bereiken;
- er is onvoldoende kennis over de mogelijkheden en de specifieke eisen chronisch zieken;
- er bestaat angst en onzekerheid ten aanzien van de mogelijke (medische) gevolgen van sport en bewegen voor chronisch zieken;
- het is moeilijk om groepen te formeren in verband met kleine aantallen deelnemers;
- er is een gebrek aan goed opgeleide begeleiders die kennis en inzicht hebben in de verschillende aandoeningen en de relatie tussen sport en bewegen enerzijds en de aandoening anderzijds.
- vaak zijn de juiste accommodatie en voorzieningen niet aanwezig;
- er zijn onvoldoende opleidings- en bijscholingsbijeenkomsten voor begeleiders van sport- en bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken;
- In de reguliere sportopleidingen (ALO en CIOs) is niet of nauwelijks aandacht voor de doelgroep chronisch zieken;
- Potentiële aanbieders van sport- en bewegingsactiviteiten voor chronisch zieken zijn soms niet in staat voor voldoende begeleiding te zorgen;

- Er is onvoldoende inzicht in de spreiding van activiteiten voor specifieke doelgroepen; het aanbod per steunpunt is zeer divers. Tevens varieert het aanbod van geen tot een aanbod gericht op één aandoening of een zeer ruim aanbod in Limburg voor ongeveer 5000 chronisch zieken. De mate van activiteiten hangt ook samen met het beleid van een steunpunt.
- Medici en paramedici zijn onvoldoende op de hoogte van de waarde van sport en bewegen voor chronisch zieken; zij doen te weinig aan stimulering tot deelname en hebben onvoldoende kennis over de relatie sport en bewegen voor chronisch zieken.

Nederland in beweging: 'Active living'

Het NISG heeft een landelijke stimuleringsprogramma gestart met als doel te komen tot een toename van een gezonde leefstijl met sport/bewegen als insteek. Het stimuleringsprogramma draagt de naam 'Nederland in Beweging' met als subtitel 'Active Living'. Het landelijk stimuleringsprogramma wordt uitgevoerd in overleg en in overeenstemming met andere bestaande reguliere organisaties en initiatiefnemers.

Active living activiteiten vinden onder meer plaats door kennismakingsdagen, het geven van informatie, bewegingsstimuleringsactiviteiten, congressen en onderzoek en programma's om werkenden, jongeren, ouderen en chronisch zieken te stimuleren om te bewegen.

Bewegings Informatie systeem (BIS)

Het NISG ontwikkelt een databank waarin bewegingsactiviteiten opgenomen zijn, die bedoeld zijn voor ouderen en chronisch zieken (onder andere hart en vaatziekten, CARA, diabetes mellitus en aandoeningen van het bewegingsapparaat). In het BIS zijn anno 1995 ruim 1100 activiteiten voor chronisch zieken opgenomen. De activiteiten van ongeveer 60 fysiotherapiepraktijken, 160 fitnesscentra, meer dan 500 speciale bewegingsgroepen en van een aantal sportverenigingen is in kaart gebracht. Naast de activiteiten zijn ook de doelgroepen, financiering, deskundigheid e.d. geïnventariseerd.

Het beleidsplan BIS 1994-1995 en de inventarisatie van de stuurgroep 'sport en bewegen voor chronisch zieken' (Gezond in beweging, op weg naar een gecoördineerde aanpak van sport en bewegen voor chronisch zieken, juni 1995) zijn gebruikt voor onderstaande informatie:

- de meeste van de geregistreerde bewegingsactiviteiten zijn voor patiënten met hart- en vaatziekten en CARA georganiseerd en in mindere mate voor de afzonderlijke doelgroepen van patiënten klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (ongeveer 30%). Hierbinnen vormen lage rug klachten de grootste doelgroep (10%);
- de landelijke spreiding van bewegingsactiviteiten is gering en activiteiten zijn afhankelijk van regionale en lokale initiatieven; in totaal bevinden 34% van de groepen zich in de provincies Noord-Brabant en Limburg. In de provincie Limburg worden de meeste activiteiten uitgevoerd (19%). De activiteiten worden in deze provincie voor een groot deel uitgevoerd onder de vlag van het Provinciaal Steunpunt Bewegingsactiviteiten Gezondheidszorg (PSBG), een provinciaal MBvO-steunpunt;
- de drie belangrijkste doelen van de deelnemers aan groepen zijn: conditieverbetering (48%), sociale contacten (36%) en plezier in beweging (22%);
- voor het totaal geïnventariseerde activiteiten betreft het organisatieverband in 46% een aparte sportgroep, in 23% vindt de activiteit in een sportschool plaats, in 15% in een sportvereniging en in 9% van de gevallen binnen een praktijk voor fysiotherapie; sportverenigingen hebben vrijwel geen bewegingsactiviteiten gericht op chronisch zieken;
- de meest beoefende bewegingsvorm is zwemmen (39%), gevolgd door fitness (29%) en fietsen (21%);
- de toelating tot de activiteit (toelatingseis of verwijzing door) werd in 40% van de gevallen bepaald door de huisarts of een medisch specialist;
- de bewegingsactiviteiten vinden meestal plaats in groepsverband tussen 10 en 20 personen;
- bij 52% van de activiteiten zijn fysiotherapeuten als begeleider betrokken, bij 29% van de sportleraren en sportinstructeurs;

- van de begeleiders heeft bijna 40% een of andere vorm van bijscholing gevolgd; In het algemeen is de deskundigheid op basis van het BIS systeem moeilijk te beoordelen.
- bij 96% van de groepen betalen de deelnemers een eigen bijdrage. Soms worden subsidies verstrekt door fondsen. Ook draagt soms een zorgverzekeraar bij in de kosten.

Samenwerking

Het NISG werkt samen met de Vereniging voor Sportgeneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de sportgezondheidszorg (NVFS), het Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken en de sportmedische adviescentra. De samenwerking houdt in dat activiteiten op het gebied van sportmedische begeleiding van sporters en sportwetenschappelijke onderzoek worden gebundeld en op elkaar worden afgestemd. Tevens heeft het NISG samenwerkingsverbanden met NOC*NSF. Binnen de stuurgroep 'Sport en Bewegen voor Chronisch Ziekten' zijn betrokken het IOS, de Landelijke Stichting MBvO, de NEBAS, HIB en SSS. Er zijn contacten met verschillende patiëntenverenigingen.

Ten aanzien van onderzoek zijn er onder andere samenwerkingsverbanden met universiteiten en onderzoeksinstituten als TNO Preventie en Gezondheid.

2.4 Landelijk Vereniging (instituut) voor GGD'en

Inleiding

In 1993 is in overleg met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de Vereniging Directeuren Basisgezondheidsdiensten (VDB) omgevormd tot de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD). Deze vereniging is met de Stichting projecten VDB opgegaan in het Landelijke Vereniging voor GGD'en. De taken van LVGGD vloeien voort uit de behoefte van de leden van de LVGGD en richten zich op:

- het stimuleren van informatie-uitwisseling, coördinatie en samenwerking tussen GGD'en;
- het ontwikkelen en uitvoeren van projecten ten behoeve van GGD'en.

De LVGGD wordt gefinancierd uit een bijdrage van leden en uit projectsubsidies. Projecten gericht op preventie van klachten of aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn recent niet uitgevoerd. Een aantal projecten heeft relevantie voor dit project in het kader van de kwaliteit van zorg/preventie. Voor de inventarisatie daarvan is het jaarverslag 1993, 1994 gebruikt.

GVO ondersteuningsproject

Het doel van dit project is de GVO-functie van GGD'en kwalitatief en kwantitatief verder uit te bouwen door middel van informatie verstrekking, advisering, deskundigheidsbevordering, netwerk-ontwikkeling en innovatie. Het project is door het Praeventiefonds gefinancierd en is eind 1993 afgesloten. Een onderdeel hiervan is de ondersteuning van de publiekgerichte informatiepunten van GGD'en (gezondheidswijzer). De ondersteuning komt tot uiting in:

- Landelijk overleg van GGD'en met een 'gezondheidswijzer';
- Naamsbescherming van de gezondheidswijzer door een Commissie van toezicht;
- Samenwerking met het LCG ten behoeve het opzetten van een model voor regionale informatie-verstrekking;
- Het onderzoeken van de mogelijkheden voor een landelijk 06-nummer, waarin het publiek kan worden doorgeschakeld naar de eigen GGD om informatie over ziekte, gezondheid en gezondheidszorg op te vragen. Dit project wordt deels door het Ministerie van VWS gefinancierd en uitgevoerd door het LCG.

Implementatieproject schoolgezondheidsbeleid basisonderwijs

Het doel van dit project is een landelijke invoering van een samenhangend schoolgezondheidsbeleid gericht op handhaving en bevordering van de gezondheid en veiligheid van kinderen.

Kwaliteitsproject de GGD op weg naar 2000

Dit project is in het kader van de vernieuwing van de collectieve preventieve gezondheidszorg opgezet en duurt tot 1996. Het doel van dit project is om de kwaliteit, vernieuwing en het werk van de GGD'en te bevorderen. In themabijeenkomsten worden de ontwikkelingen met betrekking tot kwaliteit van zorg overlegd. De activiteiten die in 1994 zijn uitgevoerd, zijn: het ontwikkelen van een klantenmonitor Jeugdgezondheidszorg, het verder ontwikkelen van een zelfevaluatie-instrument voor GGD'en in samenwerking met het Instituut Nederlandse Kwaliteiten en activiteiten in het kader van het 'Gezonde steden project'. Tevens wordt aangesloten bij activiteiten van beroepsverenigingen, bijvoorbeeld van aanwezige protocollen

Project 'let op vet' (Supermarkt project)

Het doel van dit project is om het voedingsgedrag gericht op de vetconsumptie van de consument te verbeteren. Het project wordt door de Nederlandse Hartstichting gefinancierd en is primair gericht op hart- en vaatziekten. Eind 1995 zal dit project worden beëindigd.

Samenwerking

Bij vrijwel alle activiteiten en projecten van de LVGGD wordt samengewerkt met GGD'en, de VNG en andere relevante organisaties en onderzoeksinstituten. De LVGGD geeft aan met veel instanties samen te werken of regelmatig overleg te plegen, onder andere met de beroepsverenigingen van specialisten, landelijke koepels van onder andere thuiszorg en Jeugdgezondheidszorg, GGD'en, universiteiten en een aantal ziekenhuizen. De LVGGD heeft structureel overleg met de VNG, het ministerie van VWS en de Geneeskundige Hoofdingspectie Volksgezondheid (GHI).

2.5 Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

Inleiding

De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), opgericht in 1990, is de werkgeversorganisatie van de thuiszorg, het kruiswerk, de kraamzorg, de gezinsverzorging en de entadministratie.

Het aantal rechtspersonen die bij de LVT is aangesloten is nagenoeg 100%. De LVT heeft als doel de gezamenlijke belangen van haar leden te behartigen en het beleid te ontwikkelen op het gebied van de thuiszorg. De kerntaken van de LVT zijn gericht op belangenbehartiging op landelijke strategische hoofdpunten van beleid (structuur, marktpositie en financiering), op de informatievoorziening aan leden en het vervullen van de werkgeversfunctie (CAO, opleidingen en werkgelegenheid). Ten aanzien van zorginhoudelijke aangelegenheden heeft de LVT nauwelijks taken en stelt zij zich terughoudend op.

De LVT wordt door zijn afzonderlijke leden gefinancierd. De activiteiten van de LVT op het terrein van zorginhoudelijke aangelegenheden zijn op basis van de jaarverslagen geïnventariseerd.

Gezondheidsvoorlichting

Ten aanzien van het landelijk Gvo beleid wordt de LVT door het Landelijk centrum voor GVO (LCG) geadviseerd. In het project 'standaardisatie groepsactiviteiten thuiszorg' ontwikkelde het LCG een beoordelingslijst voor draaiboeken van groepsvoorlichting. De beoordelingslijst dient als instrument voor het standaardiseren van cursussen en het beoordelen van bestaande draaiboeken.

In 1993 is een inventarisatie gehouden van ontwikkelde modellen voor patiëntenvoorlichting. Er blijkt voldoende materiaal beschikbaar te zijn, onder meer voor reuma. Daarentegen heeft er slechts op kleine schaal implementatie plaats gevonden. Via een implementatie project van het LCG en een bijeenkomst in samenwerking met De LVT zijn implementatie mogelijkheden besproken.

Coördinatie Onderzoek en Ontwikkeling

De LVT heeft in 1993 een coördinator Onderzoek en Ontwikkeling (O&O) aangesteld, mede gefinancierd door de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM). Met deze functie wil de LVT een bijdrage leveren aan de informatie-uitwisseling over en de ontsluiting van actuele onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten en aan de programmering van toekomstige activiteiten op het terrein van onderzoek en ontwikkeling.

Alle thuiszorginstellingen hebben een overzicht van de onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten gekregen. Onderwerpen van onderzoek die in dit project aanbod komen zijn onder andere: GVO, zorg voor (chronische) ziekten en gehandicapten, samenwerking met eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Het overzicht dient met name als naslagwerk.

In 1994 is een landelijk netwerk van contactpersonen O&O tot stand gekomen om als infrastructuur te dienen voor het bevorderen van de communicatie en afstemming van activiteiten op het terrein van onderzoek en ontwikkeling. Het doel nu is om een projectenprogramma op te stellen waarin de speerpunten van het onderzoek- en ontwikkelingsbeleid in de thuiszorg worden beschreven.

Deskundigheidsbevordering

De huidige ontwikkelingen binnen de thuiszorg stellen zwaardere en ook nieuwe eisen aan de deskundigheid en het functioneren van onder andere de wijkverpleegkundige. In een expert meeting hebben vertegenwoordigers van de wijkverpleegkundige beroepsgroep de ontwikkelingen en problemen in de taakuitoefening in beeld gebracht en zich beraden op mogelijke oplossingen. De LVT heeft naar aanleiding hiervan het initiatief genomen tot een nadere analyse van het functioneren van de wijkverpleegkundige en de bijbehorende opleidingstermen. Ook heeft de LVT in samenwerking met de afdeling opleidingen van het Academisch Ziekenhuis Utrecht een cursus ontwikkeld voor specialistischer teams voor die thuiszorg.

Samenwerking

De LVT is een actor op het maatschappelijk middenveld, waarbij de belangen worden behartigd van de thuiszorgorganisaties. De vereniging werkt intensief samen met andere actoren op dit middenveld, om samen de kwaliteit te bewaken. De LVT maakt bijvoorbeeld deel uit van het Gemeenschappelijke Beraad Ouderenzorg, waarin ook de verpleeghuizen en verzorgingshuizen vertegenwoordigd zijn, en het platform Transmurale zorg. Op het gebied van onderzoek en ontwikkeling is de LVT betrokken bij Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM).

De LVT vertegenwoordigt de thuiszorg ondermeer in de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid, Nationale Raad Volksgezondheid, het Arbeidsmarkt en Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds, de bedrijfsvereniging voor de Gezondheidszorg en de beleidsgroep Peilingen Jeugdgezondheidszorg. Tevens maakt de LVT deel uit van een aantal klankbordgroepen en adviesraden van ondermeer het transferpunt Thuiszorgtechnologie en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Voor zorginhoudelijke taken heeft de LVT uitgebreide samenwerkingsverbanden in de stuurgroep kwaliteit van het landelijk centrum voor Gvo.

2.6 Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen

Inleiding

De Landelijke Stichting Meer Bewegen voor Ouderen (LMBvO) is in 1980 opgericht en heeft tot doel kwaliteitsbevordering en werkontwikkeling van MBvO. De landelijke stichting bestaat uit een bestuur, een stichtingsraad en werkcommissies. Ook wordt het landelijk en provinciaal beleid met de werkgevers van de consultants MBvO (sportraden en -bonden of thuiszorginstellingen) afgestemd in een Raad van Overleg.

De taken van de LMBvO zijn:

- Beleidsontwikkeling:
 - kadervorming, deskundigheidsbevordering
 - onderzoek en experimenten
 - verbreding van bewegingsgebieden, innovatie
- Voorlichting en publiciteit:
 - contacten media, congressen, symposia en beurzen
 - ontwikkelen en uitbrengen van voorlichtingsmateriaal
- Organisatie-ontwikkeling:
 - lokaal beleid
 - samenwerking met andere landelijk organisaties
 - MBvO in relatie tot ouderen-, sportbeleid en volksgezondheid
 - sociale wetgeving, auteursrechtelijke wetgeving

De activiteiten op het gebied van MBvO is aan de hand van een interview met een medewerker van de LMBvO en de inventarisatie van de stuurgroep 'sport en bewegen voor chronisch zieken' (Gezondheid in beweging; op weg naar een gecoördineerde aanpak van sport en bewegen voor chronisch zieken, juni 1995) geïnventariseerd.

MBvO-activiteiten

Meer Bewegen voor Ouderen staat voor verschillende georganiseerde bewegingsactiviteiten voor ouderen (55-plussers), zoals gymnastiek, spel en sport, jeu de boule, (volks) dansen en zwemmen. Het doel van MBvO is een gezonde leefstijl te bevorderen waardoor ouderen lichamelijk, geestelijk en sociaal optimaal kunnen blijven functioneren. Er zijn ongeveer 4000 MBvO-leiders opgeleid die ressorteren onder 14 regionale steunpunten, ondergebracht bij de provinciale sportraden of provinciale instituten voor zorg en welzijn. Op regionaal niveau zijn er consultants MBvO die taken op het gebied van organisatie, coördinatie, deskundigheidsbevordering, voorlichting en onderzoek gericht op MBvO-activiteiten en MBvO-leiders uitvoeren. Daarnaast bieden de consultants praktische steun bij het starten van groepen en de bijscholing en begeleiding van MBvO-leiders.

MBvO-activiteiten op plaatselijk niveau worden gecoördineerd door één van de volgende organisaties ouderenwerk of welzijnswerk voor ouderen, de plaatselijke thuiszorginstelling (kruiswerk), de bejaardenoorden en ouderenbonden. De invulling van de MBvO-activiteiten is verschillend per gemeente/provincie. Naast de meer traditionele MBvO-activiteiten als gymnastiek, zwemmen en (volks)dansen, zijn nieuwe activiteiten als ontspannen bewegen, stijl- en zitdansen, yoga en fitness ontwikkelt of in ontwikkeling.

Wekelijks nemen zo'n 270.000 ouderen, waaronder chronisch zieken, deel aan deze activiteiten. Er is een toename van deelname aan MBvO en SvO (sport voor ouderen) van ongeveer 50% in de afgelopen 7 jaar. De grootste toename wordt bij de leeftijdsgroep van 65-80 jaar gevonden (Meer sportief bewegen voor ouderen, 1992). Daarnaast zijn er veel ouderen met chronische ziekten, waar MBvO-activiteiten zich ook in toenemende mate opricht.

De activiteiten worden in gymzalen, dienstencentra, recreatieruimten, zwembaden en soms bij sportverenigingen uitgevoerd. Veel sportverenigingen hebben nog geen specifiek ouderenbeleid, waardoor nieuwe ontwikkelingen ten aanzien van het beoefenen van reguliere sport voor ouderen te weinig tot stand komen.

De MBvO-activiteiten worden vanuit verschillende financieringsbronnen gesubsidieerd bijvoorbeeld vanuit gemeentelijke overheden, gelden van uit thuiszorg, ouderenwerk, welzijnswerk en (kleine) eigen bijdragen van de deelnemers. In sommige gevallen wordt de MBvO-activiteiten mede door een zorgverzekeraar gefinancierd.

Deskundigheidsbevordering

Op landelijk niveau worden opleidings- en bijscholingsprogramma's ontwikkeld voor de MBvO-leiders. De invulling daarvan wordt door consultants MBvO gecoördineerd.

De toelatingseisen die aan de MBvO-leiders worden gesteld zijn verschillend per type MBvO-activiteit. Soms wordt een specifieke vooropleiding vereist zoals fysiotherapie, academie lichamelijke opvoeding, sportleider of zwemleider. Op dit moment zijn er opleidingen op het gebied van gymnastiek, zwemmen en (volks)dansen. De opleidings- en examenprogramma's zijn erkend door het Ministerie van VWS.

De opleidingen worden door landelijk stichting zelf of door de Koninklijke Nederlandse Zwem Bond (KNZB) uitgevoerd. Er wordt geëxperimenteerd met opleidingen op het gebied van spel en sport en stijl- en zitdansen. Een ontwikkeling tot een MBvO yoga- en MBvO fitnessopleiding wordt onderzocht en voor koersbal wordt voor vrijwilligers een minicursus voorbereid.

Intramuraal worden bewegingsactiviteiten tot nu toe door MBvO-leiders alsmede door fysiotherapeuten en activiteitenbegeleiders begeleid. Er zijn ontwikkelingen om bijscholing te organiseren voor therapeuten die in bijvoorbeeld verpleeghuizen en verzorgingsinstellingen werken, in samenwerking met de Hogeschool Utrecht en de Nederlandse Vereniging van Fysiotherapie in de Geriatrie.

Er zijn geen vaste MBvO-opleidingsplaatsen. Opleidingen vinden steeds plaats naar aanleiding van behoefte in bepaalde regio's. De toewijzing en subsidiëring van opleidingen, alsmede de erkenning van niet via de landelijke stichting of de KNZB gesubsidieerde cursussen, vindt plaats op basis van een aantal criteria die door de stichting is vastgesteld.

Onderzoek

De LMBvO en de werkgroep bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) heeft op een aantal plaatsen in Nederland zogenaamde Groninger Actief Leren Model (GALM-projecten) opgezet. Het doel van deze projecten is het stimuleren van een sportieve actieve leefstijl bij ouderen. Onder andere met behulp van een fitheidstest (Groningen fitheidstest voor ouderen, GFO) wordt de motorische fitheid getest worden ouderen geadviseerd welke sportieve activiteiten zijn het best kunnen ondernemen. Daarnaast wordt een inventarisatie van onderzoeksprojecten gericht op sportieve activiteiten voor ouderen gedaan. Momenteel wordt het GALM-concept inhoudelijk uitgetest, geëvalueerd en bijgesteld. Daarnaast onderzoekt TNO Preventie en Gezondheid in samenwerking met de LMBvO een cursus 'Goed Oud Worden', die bestaat uit een voorlichtingsdeel over gezondheid en het verband met leefstijl, omgaan met klachten en ziekten, voeding, veiligheid in en om huis en een bewegingsprogramma.

Samenwerking

De LMBvO werkt op landelijk niveau samen met de provinciale sportraden en provinciale instituten voor zorg en welzijn. Via de consultants MBvO zijn er contacten met lokale instellingen als gemeente, kruiswerk, ouderenwerk ed. Met zorgverzekeraars zijn er enkele contacten.

In het kader van het onderzoek Groningen fitheidstest werkt de LMBvO samen met de Rijks Universiteit van Groningen. Bij de stuurgroep 'Sport en Bewegen voor Chronisch Zieken' is een aantal instanties nauw betrokken waaronder LMBvO. Daarnaast zijn het Interprovinciaal Overleg Sport (IOS), De Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten (NEBAS), het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid (NISG), de Stichting Hart In Beweging (HIB) en de Stichting Spel en Sport (SSS).

De LMBvO is ingebed in het Nederlandse netwerk van het Europese actieprogramma 'Ageing Well'. Het doel van dit actieprogramma is de gezondheid en welzijn van ouderen te bevorderen. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn coördineert het netwerk, waarin ondermeer organisaties zitting hebben: UnieKBO, Driekant opleiding en Advies, Stichting Consument en Veiligheid, Hogeschool Rotterdam e.o. en TNO Centrum voor Verouderingsonderzoek.

Met patiëntenverenigingen en de Landelijke Reumapatiëntenbond bestaat incidenteel contact.

2.7 Landelijk Vereniging Gezondheidscentra

Inleiding

De Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) is een vereniging van 125 gezondheidscentra in Nederland (totaal 150). Een gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband van huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en soms ook van verloskundigen en leiding gezinszorg. Bij een derde van de centra hoort ook een apotheek. De LVG wordt door de leden gefinancierd.

De LVG heeft als taken collectieve en individuele belangenbehartiging van de leden, kwaliteitsontwikkeling en toetsing van de centra en zij fungeert als landelijk platform voor uitwisseling van informatie. De activiteiten gericht op dit project zijn aan de hand van een telefonisch interview met een medewerker van de LVG en de uitgave van de werkafspraken in gezondheidscentra geïnventariseerd.

Werkafspraken in gezondheidscentra

In 1990 is de LVG gestart met het project Werkafspraken in gezondheidscentra. Dit project werd door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) gefinancierd voor de duur van 3½ jaar. Het doel van dit project is om de kwaliteit van de hulpverlening in gezondheidscentra verder te ontwikkelen en te profileren. De werkafspraken hebben betrekking op de doelstelling en uitgangspunten van de hulpverlening, de werkwijze van en de taakverdeling tussen de verschillende disciplines en op de procedures bij verwijzing, terugrapportage en overleg.

Er zijn een tiental werkafspraken ontwikkeld. De werkafspraken zijn in de vorm van een tien boekjes werk onder alle gezondheidscentra verspreid.

Voor dit project zijn de werkafspraken van lage rugklachten en artrose relevant.

Er zijn alleen modellen voor werkafspraken ontwikkeld van aandoeningen waarvoor multidisciplinaire hulpverlening nodig is. Voor nek- en elleboogklachten is er door een aantal afzonderlijke gezondheidscentra behandelrichtlijnen opgesteld die in de uitvoering overwegend monodisciplinair (fysiotherapie) van aard zijn.

De wijze waarop deze werkafspraken geïmplementeerd worden, is afhankelijk van de bedrijfscultuur en de persoonlijke visies van de hulpverleners binnen een gezondheidscentrum. Over de mate van en de invulling van het gebruik van de werkafspraken zijn geen recente betrouwbare kwantitatieve gegevens bekend.

Evaluatie van werkafspraken is in de regel gericht op hanteerbaarheid van de werkafspraken (onder andere vormgeving, leesbaarheid en praktische uitvoerbaarheid). Een oordeel over verbetering van de kwaliteit van hulpverlening berust veelal op eigen waarneming. Soms wordt deze geobjectiveerd door een voor- en nameting. Toetsing van de kwaliteit van zorg bij de patiënt vindt in de meeste gevallen niet plaats. De financiële middelen zijn vaak niet aanwezig om de werkafspraken op een dergelijke wijze te toetsen.

De methode van toetsing door de LVG in twee brochures (lage rugklachten en terminale thuiszorg) beschreven. Daarnaast biedt de LVG een kwaliteitscursus aan directeurs van gezondheidscentra, waarin het toetsen van de werkafspraken aan bod komt.

Werkafspraken in gezondheidscentra: lage rugklachten

Deze model-afspraken is met name op a-specifieke rugklachten gericht. Aangezien dit een verzameling van allerlei soorten rugklachten is, waarvoor geen duidelijke diagnose gesteld is, hebben de werkafspraken zelf de vorm een checklist. Er bestaat een matige consensus over de diagnostiek en behandeling van (aspecifieke) lage rugklachten binnen en tussen beroepsgroepen, waardoor het zorgproces niet beschreven kan worden, maar wel het sturingsproces. Binnen ieder centrum moeten de betrokkene wel zien tot overeenstemming te komen.

Werkafspraken in gezondheidscentra: artrose

De werkafspraken voor artrose bevatten slechts een checklist, waarin een zo compleet mogelijk beeld wordt geschetst van de factoren die bij de zorg voor artrose patiënten aan bod kunnen komen. In dit boekje wordt aandacht gegeven aan een gezamenlijk beleid, voorlichting, bewegingsadviezen, en waar nodig bewegingstherapie, hulpmiddelen en aanpassingen.

Samenwerking

De LVG werkt met veel verschillende instanties samen. Zo voert de LVG bijvoorbeeld op landelijk niveau overleg met de zorgverzekeraars om de leden te ondersteunen bij de onderhandelingen over een nieuwe financieringsregeling (overgangsregelingen en overeenkomsten). Daarnaast heeft de LVG een samenwerkingsovereenkomst met de Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap.

2.8 Beroepsverenigingen

2.8.1 Inleiding

Het doel van beroepsverenigingen is onder andere belangenbehartiging, voorlichting en deskundigheidsbevordering door bij- en nascholing en kwaliteitsborging door bijvoorbeeld de ontwikkeling van protocollen en standaarden of het visiteren van praktijken van leden. De activiteiten van de beroepsverenigingen worden meestal gefinancierd vanuit eigen middelen. Incidentele projecten of bijvoorbeeld congressen worden soms gesponsord door bijvoorbeeld de farmaceutische industrie of wordt door externe gelden gefinancierd. Aan de hand van een schriftelijke enquête zijn de activiteiten gericht op dit project geïnventariseerd.

2.8.2 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Protocollen en standaarden

Een belangrijk aspect van het werk van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is het uitbrengen van Standaarden. Hiermee wordt het huisartsgeneeskundig handelen van richtlijnen voorzien. Momenteel zijn er wat het bewegingsapparaat betreft Standaarden over reumatoïde artritis en schouderklachten. Begin 1996 zal een Standaard over rugpijn uitkomen. Daarna komen nog Standaarden over het radiculair syndroom en (acute en chronische) knieklachten en de tenniselleboog. Er bestaan geen concrete plannen Standaarden uit te brengen over artrose, fibromyalgie en osteoporose.

Ca. 85 % van alle praktiserende huisartsen krijgt de Standaarden onder ogen. Deze worden in overwegende mate verspreid via Huisarts en Wetenschap. De Standaarden zijn zo geredigeerd dat ze goed bruikbaar zijn voor de huisarts. Andere wijzen van verspreiding zijn:

- van alle standaarden worden patiëntenfolders gemaakt
- publicatie in de consumentengids gepubliceerd
- de standaarden worden ook naar verschillende specialistenverenigingen gestuurd en organisaties van paramedisch personeel. Sommige verenigingen publiceren de standaarden in hun periodiek
- binnenkort wordt een samenvatting van de standaarden gepubliceerd in het NTvG
- de standaarden worden behandeld in de opleiding en nascholing en huisartsen

Een aantal Standaarden wordt geëvalueerd. De resultaten daarvan worden verwerkt in nieuwe versies van de Standaarden en in het onderwijs (nascholing). Het toepassen van de Standaarden in de praktijk geschiedt op basis van vrijwilligheid. Met dat doel zijn ze ook ontworpen. De schaduwzijde hiervan is dat er geen zekerheid is dat de huisartsen de richtlijnen zullen toepassen.

Ten aanzien van de praktijkvoering heeft de NHG vier standaarden ontwikkeld (bereikbaarheid/beschikbaarheid, medische verslaglegging, De verwijfsbrief en De verloskundige Praktijkvoering). Verder zijn er richtlijnen voor de uitrusting en organisatie (NHG-bouwstenen der praktijkuitvoering).

Voorlichting

Van alle Standaarden die door de NHG worden ontwikkeld worden patiëntenfolders gemaakt, die in de huisartsenpraktijk worden verspreid. Dit zijn momenteel folder van reumatoïde artritis en schouderklachten.

Deskundigheidsbevordering

Het NHG en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voeren samen een kwaliteitsbeleid. Het NHG ontwikkelt deskundigheidsbevorderingspakketten (DBP's) en onderwijs pakketten. Deze worden door de LHV verspreid onder regionale en plaatselijke nascholingscoördinatoren. Overal komen de pakketten en daarmee de inhoud van de standaard aan de orde tijdens de voor iedere huisarts verplichte nascholing. De standaarden die door de NHG zijn ontwikkeld, zijn verplichte stof in de opleiding tot huisarts.

Kwaliteit van zorg

Visitatie

Door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit huisartsgeneeskunde is in samenwerking met de NHG en de LHV (landelijke Huisartsen Vereniging) een onderzoek gedaan naar de mogelijkheid tot visitatie van huisartspraktijken (Homborgh et al, 1995).

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een valide, betrouwbare en bruikbare methode om de praktijkvoering van huisartsen te toetsen, omdat een goede toetsingsmethode op het gebied van praktijkvoering ontbreekt.

De ontwikkelde toetsingsmethode bleek valide maar nog te weinig gebruikersvriendelijk te zijn (te veel werk). De ontwikkelde methode heeft nog te veel tekortkomingen om als toetsingsmethode te dienen. Daadwerkelijke visitatie van huisartsen praktijken vindt nog niet plaats.

Communicatie met bedrijfsartsen

Ten aanzien van de communicatieaspecten zijn weinig gegevens bekend. In de protocollen van de NHG is er nauwelijks aandacht voor beroepsmatige aspecten in de diagnosestelling en de behandeling van een patiënt of voor de samenwerking met een bedrijfsarts. In onderzoek wordt momenteel aandacht besteed aan de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

Aandacht voor preventie

Preventieve activiteiten zijn voor veel huisartsen niet gemakkelijk op te nemen in de praktijkvoering die immers vooral op curatie is gericht.

In de standaarden die door de NHG zijn ontwikkeld staat het aspect van primaire en secundaire preventie op het terrein van het bewegingsapparaat niet op de voorgrond. De Standaarden zijn gericht op de diagnosestelling en het kiezen van de juiste behandeling. Wat het laatste betreft zijn zij daarmee wel van belang voor tertiaire preventie.

Huisartsen zijn in het algemeen terughoudend ten aanzien van preventie en specifiek ten aanzien van preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Het belang wordt in steeds grotere mate onderkend. In de Nota Preventiebeleid voor Volksgezondheid komt dit naar voren door programmatische preventie in de huisartsenpraktijk beleidsmatig te stimuleren. In dit programma zijn voornamelijk geen aandoeningen van het bewegingsapparaat opgenomen.

2.8.3 Nederlandse Vereniging voor Reumatologie

Voorlichting

Voor vele aandoeningen worden er voorlichtingsfolders uitgegeven in samenwerking met het Nationaal Reumafonds. Voor een uitgebreide lijst zij verwezen naar het Nationaal Reumafonds. Samen met het Nationaal Reumafonds en de reumapatiëntenbond wordt gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe folders en herziening van reeds bestaande folders.

Deskundigheidsbevordering

Naast twee wetenschappelijke vergaderingen vinden er jaarlijks twee nascholingsdagen plaats ("najaarsdagen"). Bijna alle reumatologen en assistenten in opleiding nemen hier aan deel (bereik zeer groot). Er bestaat nog geen landelijk gestructureerde en door reumatologen georganiseerde nascholing voor andere beroepsgroepen (wel uiteraard PAOG, Boerhaavecursus).

Daarnaast zijn er meerdere regionaal georganiseerde refereergroepen cq. samenwerkingsverbanden van reumatologen (geclusterd rond academische centra). De scholing op lokaal/regionaal niveau wordt georganiseerd door en mede op initiatief van lokaal werkzame reumatologen in samenwerking met andere groeperingen (o.a. met WDH).

Er bestaat een gestructureerde nascholing voor arts-assistenten in opleiding. Accreditatie is in voorbereiding.

In enkele centra vinden experimenten plaats met o.a. huisartsen in het kader van zorgvernieuwing (experimenten met b.v. transmurale zorg).

Kwaliteit van zorg

Werkgroepen en commissies

De NVR heeft een Strategische Planning Groep (SPG) in het leven geroepen om de meest waarschijnlijke ontwikkelingen met effecten voor de reumatologische beroepsuitoefening in beeld te brengen en te verwerken in een strategisch plan om op tijd met passend beleid op de huidige politieke, maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen te kunnen reageren. In november 1995 zal het rapport gepresenteerd worden met een strategisch plan tot 2005. Uitgebreid zullen hier diverse onderwerpen aan bod komen en zullen actieplannen ontvouwd worden, waarvan een aantal betrekking heeft op vragen betreffende kwaliteit, preventie etc.

In de Commissie Kwaliteit zijn o.a. vertegenwoordigd visitatiecommissie niet-opleidingsklinieken en de werkgroepen consensusontwikkeling, na/bijbscholing en diagnoseregistratie. De commissie kwaliteit wordt momenteel gereorganiseerd en zal binnenkort met een nieuw beleidsplan komen, geënt op nieuwe ontwikkelingen en het strategisch plan. Ook punten betreffende preventie komen hierin aan bod. Andere commissies zijn: Voorlichtingscommissie, Werkgroep Osteoporose, Werkgroep Echografie en de Werkgroep Kinderreumatologie.

Er wordt samenwerking na gestreefd met de Nederlandse Vereniging voor Reumachirurgie (NERASS). De NVR heeft geen structureel overleg met verzekeraars.

Protocollen en standaarden

De volgende protocollen voor diagnostiek/behandeling worden binnen de reumatologie gebruikt: Osteoporose, Totale heupprothese, ARA/ACR criteria, Vaststellen ziekte-activiteit DAS (Disease Activity Score), levenskwaliteit- en functieschalen. Daarnaast is een aantal protocollen in voorbereiding, waaronder radio-actieve synovectomie, standaardisatie/monitoring van controle op behandeling, laboratoriumcontrole bij geneesmiddelgebruik en protocol stop antireumatica bij RA.

Visitatie

Visitatie van niet-opleidingsklinieken is reeds ver gevorderd. Binnenkort zijn bijna alle klinieken op vrijwillige basis gevisiteerd. Richtlijnen en criteria zijn opgesteld en worden geëvalueerd.

Hierbij wordt samengewerkt met de KNMG/LSV. In het kader van herregistratie zullen de visitaties in de toekomst verplicht worden.

Reumaconsulenten

De NVR onderkent het belang van de aanwezigheid van reumaconsulenten en stimuleert verder ontwikkeling ervan (functieprofiel e.d. samen met de Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie (NVVVR)). De NVR stimuleert actief uitbreiding van het aantal reumaconsulent(e). Er vindt overleg plaats met de NVVVR.

Communicatie met bedrijfsartsen

Er is momenteel nog geen beleid geformuleerd vanuit de NVR t.a.v. communicatie met andere beroepsgroepen. Ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid heeft zeker grote aandacht van de NVR. In het rapport van de SPG zal dit onderwerp aan de orde komen. Initiatieven worden genomen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen (samen met andere beroepsgroepen).

2.8.4 Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Voorlichting

De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) heeft een Commissie Patiëntenvoorlichting. Eind 1993 kwam de algemene voorlichtingsfolder 'Orthopaedie' gereed. Tevens is er uitgebreid voorlichtingsmateriaal aanwezig wat betreft totale heup- en knieprothese, arthroscopie en scoliose. De NOV heeft een hechte relatie met de 'Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie'. In samenwerking met deze vereniging worden de belangen van orthopedisch patiënten behartigd. Ten aanzien van de voorlichtingsactiviteiten van de Stichting hebben enkele orthopaeden zitting in de redactie van het blad 'Beter in beweging'.

Deskundigheidsbevordering

Door de Onderwijscommissie van de NOV wordt twee keer per jaar in samenwerking met de Boerhaave Cie. voor postacademisch onderwijs Geneeskunde een CCOC-cursus (Centrale cursus Orthopaedische Chirurgie) van twee dagen georganiseerd. De cursus is verplicht voor assistenten Orthopaedie in opleiding en dient tevens als nascholing voor de Nederlandse orthopaedische chirurgen. Alle relevante orthopaedische items komen in een periode van vier jaar aan de orde.

Kwaliteit van zorg

Werkgroep en commissies

Er bestaan werkgroepen en commissies voor onder andere Sportgeneeskunde, Wervelkolom en Kinderorthopaedie. Daarnaast heeft de vereniging een commissie kwaliteit.

Protocollen en standaarden

Er is een CBO consensus rapport totale heuparthroplastiek opgesteld. De NOV is vertegenwoordigd in de Medische Wetenschappelijke Raad van het CBO.

Communicatie met bedrijfsartsen

De NOV heeft een commissie Invaliditeit en Arbeidsongeschiktheid (CIA) die zich onder andere bezighoudt met het opstellen, rubriceren en aanpassen van NOV-richtlijnen met betrekking van Invaliditeit en Arbeidsongeschiktheid.

2.8.5 Vereniging van Revalidatie Artsen / Vereniging Revalidatiecentra in Nederland

Deskundigheidsbevordering

De Vereniging van Revalidatie Artsen (VRA) organiseert vijf tot zeven keer per jaar een cursus revalidatie van twee dagen. De basiscursus is verplicht voor assistenten in opleiding en dient tevens als nascholing voor revalidatie artsen. Het bereik van deze cursus is ongeveer 45 assistenten in opleiding en 30 revalidatieartsen per cursus. De meeste cursussen zijn ook toegankelijk voor andere relevante disciplines. Alle relevante items over revalidatie komen in een driejaarlijkse cyclus aan de orde.

Kwaliteit van zorg

Werkgroepen en commissies

Door de VRA wordt het opzetten van werkgroepen van revalidatieartsen en leden gestimuleerd. Relevante werkgroepen op het terrein van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn niet aanwezig. Er is wel een commissie kwaliteit.

Protocollen en standaarden

De VRA heeft geen relevante protocollen ontwikkeld. De VRA acht zich niet de aangewezen instantie daarvoor.

Het Project Produktdefiniëring Revalidatiezorg (PPR) is in samenwerking met de zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland en Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren) de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de aanbieders van revalidatiezorg verenigd in de VRIN uitgevoerd. De aanleiding van dit project is de stelselherziening met de daarbij beoogde marktregulering. De doelstelling van het project is het ontwikkelen van een systeem van produkt-definiëring en outputpricing. Bij het project zijn vijf zogeheten pilotcentra betrokken geweest. De doelgroepen zijn CVA, amputatie, dwarslaesie, rugklachten en kinderen. Het project werd door het ministerie van VWS gefinancierd en is in februari 1995 afgesloten.

In het algemeen zijn niet de verwachte uitkomsten verzameld onder andere gevolge van beperkte registratiegegevens. Er is een basis vergelijkingsmodel (lokaal) ontwikkeld dat erop gericht is behandelprodukten onderling vergelijkbaar te maken. De pilotcentra hebben meer of minder uitgewerkte vormen van dergelijke produkten ontwikkeld. Ten aanzien van rugklachten is één diagnostisch produkt beschreven en er zijn twee behandelprodukten onderscheiden. De uitkomsten van dit model is de tevredenheid van de revalidant, ontslagbestemming en het functioneren van de revalidant. Het ontwikkelen van een landelijk model en het draagvlak hiervoor is lastiger dan verwacht. De invoering van modellen is nog afhankelijk van bestuurlijk en beleidsmatig overleg tussen overheid, zorgverzekeraars en aanbieders van revalidatiezorg.

In Nederland wordt door een aantal revalidatiecentra protocollen gehanteerd voor onder andere klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals lage rugklachten, chronische pijn en fibromyalgie.

De protocollen worden meestal in een onderzoekssetting ontwikkeld met extra financiële middelen. Voor de implementatie zijn vaak geen extra middelen beschikbaar, waardoor het protocol uiteindelijk niet structureel wordt toegepast.

Het Instituut voor Revalidatie Vraagstukken (IRV) onderzoekt een protocol lage rugklachten in opdracht van de ziekenfondsraad. De resultaten lijken uit te wijzen dat het toepassen van dit protocol kosten effectief is in vergelijking met de regulier zorg. Ten eerste bestaat voor de behandeling een vaste tijdsperiode waarin een patiënt behandeld wordt, verlenging van behandeling is niet mogelijk. Na een half jaar bleven de effecten van de patiënten, die volgens dit protocol behandeld zijn bestaan en vielen patiënten uit de reguliere zorg terug. De onderzoeksresultaten worden in het begin van 1997 gepubliceerd.

In de meeste protocollen spelen beroepsaspecten als functioneel trainen en reïntegratiebegeleiding niet zo'n grote rol. In het IRV wordt nu een onderzoek gestart bij patiënten met recente lage rugklachten; hierin komen arbeidsaspecten zeker aan de orde.

Visitatie

De commissie kwaliteit van de VRA heeft in 1994 een nota geschreven met betrekking tot kwaliteitscriteria revalidatiegeneeskundige zorg. De aanbevelingen vanuit deze nota worden uitgewerkt tot richtlijnen voor kwaliteitsbewaking en kwaliteitsborging van revalidatie-instellingen en dienen als basis voor toekomstige visitatie.

Aandacht voor preventie

Revalidatiegeneeskunde is per definitie gericht op het zoveel mogelijk voorkomen van langdurige of blijvende gevolgen van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, i.e. beperkingen en handicaps. Het beleid van de VRA is er op gericht door een goede opleiding en bereikbaarheid van revalidatiegeneeskundige zorg een optimale preventie van beperkingen en handicaps ten gevolge van stoornissen van het bewegingsapparaat te voorkomen.

2.8.6 Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Voorlichting

Door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) wordt voor diverse neurologische aandoeningen patiënten voorlichtingsmateriaal uitgegeven. De coördinatie van het aanbod en de verspreiding van het voorlichtingsmateriaal behoeft verbetering.

Deskundigheidsbevordering

Door de vereniging worden jaarlijks twee nascholingscursussen georganiseerd. De thema's over de belangrijkste neurologische onderwerpen worden in een periode van vijf jaar in een vaste cyclus herhaald. Voor de assistenten in opleiding vindt er jaarlijks een verplichte toets plaats op basis van het onderwerp van de nascholing.

Kwaliteit van zorg

Werkgroepen en commissies

Binnen de vereniging bestaan er diverse werkgroepen, secties en commissies. Binnen de werkgroepen worden onder andere protocollen ontwikkeld. Daarnaast heeft de vereniging veel commissies. Voorbeelden van commissies zijn: commissie kwaliteit, nascholing, toetsing, invaliditeit, beroepsbelangen, wetenschappelijk onderzoek neurologie.

Tenslotte zijn er nog secties op het gebied van kinderneurologie en pijn

Protocollen en standaarden

Er zijn vele behandelings- en onderzoeksprotocollen op het gebied van de neurologie. Deze worden veelal opgesteld in de werkgroepen die er op deze gebieden bestaan. Voorbeelden hiervan zijn 'bewegingsstoornissen en neuro-musculaire aandoeningen.

Voor de neurologie bestaat er een CBO-consensus rapport over het lumbale radiculair syndroom. In een consensusbijeenkomsten zijn epidemiologie, diagnostiek en behandeling bediscussieerd.

Visitatie

De commissie kwaliteit van de vereniging heeft een proefproject visitatie van twaalf niet-opleidingsklinieken uitgevoerd. op basis hiervan is een rapport geschreven en zijn normen vastgesteld voor de toekomst. Op basis van dit rapport kan een structurele visitatieronde worden uitgevoerd. De uitvoering wordt echter nog door een gebrek aan voldoende financiële middelen beperkt.

2.9 Stichting Nederlands Paramedisch Instituut (voorheen SWSF)

Inleiding

De Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) is per 1 juli 1995 opgegaan in de Stichting Nederlands Paramedisch Instituut (NPI). De volgende beroepsverenigingen werken samen in het NPI:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
- Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck
- Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
- Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
- Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten
- Vereniging Bewegingsleer Cesar

Het NPI is als kenniscentrum voor alle paramedische beroepen actief op drie terreinen Documentatie en informatievoorziening, Onderzoek en Ontwikkeling en Deskundigheidsbevordering. Aan de hand van een interview met een medewerker van de SWSF zijn de activiteiten relevant voor dit project geïnventariseerd.

Documentatie en informatievoorziening

Via het Documentatiecentrum kan iedere hulpverlener en anderszins geïnteresseerde vakinhoudelijke, organisatorische en juridische informatie verkrijgen. Via diverse documentatiebestanden kunnen gegevens over literatuur, protocollen en lopend onderzoek op paramedisch gebied worden opgezocht. Op basis van een in 1994 gehouden enquête (n=293) onder de bezoekers blijkt dat de grootste groep bezoekers bestaat uit studenten die informatie voor onderzoeksdoeleinden opvragen (89 %). Ongeveer 10 % van de bezoekers waren fysiotherapeuten en andere paramedici die over het algemeen minder tijd hebben om een documentatiecentrum te bezoeken. In 1994 werd 578 maal een literatuuraanvraag gedaan, 75 % daarvan door paramedische beroepsbeoefenaren.

Deskundigheidsbevordering

De afdeling Deskundigheidsbevordering ontwikkelt en organiseert cursussen voor fysiotherapeuten. Alle scholingsactiviteiten worden kostendekkend georganiseerd. Van alle cursussen die het NPI uitvoert wordt het bereik, de samenwerking de uitvoering/werkwijze en, waar mogelijk, het effect geëvalueerd. Op het gebied van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn de volgende cursussen door het NPI ontwikkeld en uitgevoerd:

- Functie en functiestoornissen van het bewegingssysteem;
- Aandoeningen van het bewegingssysteem in klinisch-anatomisch perspectief;
 - * peripartum bekkeninstabiliteit
 - * Bovenste extremiteit
 - * Onderste extremiteit
 - * Wervelkolom
- Fysiotherapie bij reumatische aandoeningen;
- Fysiotherapie bij patiënten met klachten over de hoofd-, hals en nekregio, de schoudergordel en de bovenste extremiteiten;
- Schouderklachten; diagnostiek en behandelmogelijkheden;
- Fysiotherapie bij patiënten met lage rugklachten;
- De elleboog, diagnostiek en behandeling van de tenniselleboog;
- Kniervalidatie;
- Handrevalidatie;

In het voorjaar van 1996 wordt een vervolgcursus 'Rugscholing' georganiseerd, als vervolg op de goedlopende studiedagen betreffende rugscholing en de cursus 'Fysiotherapie bij lage rugklachten'. De basiscursus 'Functie en functiestoornissen van het bewegingssysteem' wordt gevolgd door deel II en deel III.

Het NPI geeft elk half jaar haar Scholingsprogramma uit dat naar leden van het KNGF wordt gestuurd en naar een eigen bestand van meer dan 3000 niet-KNGF-leden. Verder wordt veel aandacht geschonken aan de cursussen in de eigen kwartaaluitgave van het NPI, Issue (oplage 19.000 exemplaren). Op dit moment worden de cursussen vooral door fysiotherapeuten bezocht, ongeveer 3000 per jaar van de ongeveer 15.000 praktiserende fysiotherapeuten.

De cursussen over aandoeningen van het houdings- en bewegingssysteem worden door ongeveer 700 fysiotherapeuten per jaar bezocht. Een enkele cursus wordt minder goed bezocht. Een voorbeeld hiervan is de cursus 'Fysiotherapie bij reumatische aandoeningen', waarbij door het NPI de volgende factoren als mogelijke oorzaken worden genoemd:

- reumatische aandoeningen krijgen binnen de fysiotherapie nog te weinig aandacht in vergelijking met bijvoorbeeld fysiotherapie bij chronische longaandoeningen
- het ontwikkelen en organiseren van reuma-cursussen voor fysiotherapeuten wordt vanuit het Nationaal Reumafonds niet financieel ondersteund, waardoor de cursusprijs als relatief hoog wordt ervaren, mede door de lengte van de cursus.

Het beoogde effect van de cursussen om de deskundigheid te bevorderen, is moeilijk te meten. Onder deskundigheidsbevordering wordt verstaan het in gang zetten van een proces ter verbetering van de zorg. Dit zou kunnen in de vorm van kennistoename, verbeteren van vaardigheden of verandering van houding of gedrag. Er wordt standaard een proces-evaluatie uitgevoerd met behulp van een vragenlijst voor de deelnemers. De mate van tevredenheid wordt gescoord ten aanzien van inhoud, onderwijskundige methodiek en organisatie. Hieruit blijkt dat meer dan 90 % van alle deelnemers tevreden is over inhoud en uitvoering van de cursussen.

Protocollen

Op dit moment worden er door het NPI geen diagnose-, behandel-, of samenwerkingsprotocollen ontwikkeld ten aanzien van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Wel worden centrale richtlijnen ontwikkeld voor de behandelingen van andere patiëntengroepen (CARA, Incontinentie). Als voorzien kan worden in de financiële middelen daarvoor zou direct gestart kunnen worden met het ontwikkelen van centrale richtlijnen voor de behandeling van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat aangezien de kennis en de ervaring om protocollen te ontwikkelen aanwezig is. Door het Documentatiecentrum zijn bestaande diagnose- en behandelprotocollen geïnventariseerd. Het Nederlands Paramedisch Instituut wil in de toekomst de geïnventariseerde protocollen gaan vergelijken en waar mogelijk eigen protocollen gaan ontwikkelen.

Onderzoek en Ontwikkeling

Het NPI verzamelt gegevens over lopend en recent afgesloten onderzoek op paramedisch terrein. In het Documentatie-bestand zijn alle onderzoeksactiviteiten op het gebied van preventie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat opgenomen. De volgende relevante onderzoeken op het gebied van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn of worden momenteel door het NPI uitgevoerd:

- Rugscholen: een inventarisatie van rugscholen in Nederland (Knibbe et al., 1992)
- Analyse FON-PPP-gegevens. Variabelen in samenhang met het aantal behandelingen fysiotherapie. (van Ravensburg et al, mei 1995). Variabelen als aandoening, duur aandoening, zorg vooraf, zorg achteraf, duur behandeling, profiel (man, vrouw, beroep) is in relatie tot het aantal behandelingen fysiotherapie onderzocht
- Rapport 'Preventieve functie van fysiotherapie' (H.W.A. Wams en E. Pakkert (in voorbereiding). Dit rapport is een literatuuronderzoek naar de preventieve functie van fysiotherapie bij verschillende typen (chronische) aandoeningen.

3. Patiëntenorganisaties

3.1 Nederlandse bond van verenigingen van patiënten met reumatische aandoeningen (Reumapatiëntenbond)

Inleiding

Bij de Nederlandse patiëntenbond voor verenigingen van patiënten met reumatische aandoeningen (Reumapatiëntenbond) zijn op dit moment 100 voornamelijk regionale patiëntenverenigingen aangesloten. De Reumapatiëntenbond richt zich met name op patiënten met chronische inflammatoire en degeneratieve gewrichtsaandoeningen. Bij de Reumapatiëntenbond zijn 20.000 leden aangesloten, dit is nog geen 10% van de potentiële doelgroep.

De taken van de Reumapatiëntenbond is de ondersteuning van de aangesloten patiëntenverenigingen en de informatievoorziening en belangenbehartiging van patiënten met reumatische aandoeningen. De taken van de regionale patiëntenverenigingen zijn onder meer informatievoorziening aan de patiënten, het stimuleren van lotgenotencontact en de bevordering van sociale activiteiten.

De Reumapatiëntenbond wordt gefinancierd door een bijdrage van het Nationale Reumafonds en een eigen bijdrage van de leden. Voor incidentele projecten zijn er soms subsidies vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De regionale verenigingen ontvangen gelden door contributie van de leden en van de Reumapatiëntenbond. De activiteiten van de Reumapatiëntenbond zijn aan de hand van een interview, het jaarverslag 1993 en 1994 en het rapport 'Eenheid in voorlichting' (Rapport adviescommissie voorlichting, 1993) geïnventariseerd.

Informatievoorziening

De Reumapatiëntenbond richt zich in hoofdzaak op informatievoorziening. De bond geeft het maandblad 'In beweging' uit dat een bereik van 16000 abonnees heeft. Het doel van dit blad is om informatie te verschaffen over diverse onderwerpen gericht op reumatische aandoeningen.

In 1993 is de voorlichtingsfilm "In beweging met reuma" gemaakt. Er bestond een dringende behoefte bij de ledenverenigingen aan een film over het leven met reuma in het kader van voorlichtingsactiviteiten voor verschillende doelgroepen zoals wijkverpleegkundigen, gezinsverzorging, fysiotherapeuten, artsen en andere groepen die zich dagelijks bezig houden met zorg voor mensen met reuma. De film is met behulp van financiering van ministerie van WVC, de farmaceutisch industrie en het Nationaal Reumafonds kostendekkend geproduceerd. De afname van deze film is nog niet groot. De redenen hiervan zijn onduidelijk.

Op congressen en symposia worden mede namens de Reumapatiëntenbond regelmatig lezingen gehouden. Het Onderwerp van een lezing is vaak de praktische ervaring van het leven met een reumatische aandoening. Meestal richten deze symposia/congressen zich op de doelgroep van hulpverleners.

Inventarisatie van voorlichting

In 1993 is een voorlichtingscommissie opgericht met vertegenwoordiging uit de Reumapatiëntenbond en het Nationaal Reumafonds. De aanleiding was een gebrek aan afstemming ten aanzien van informatie- en verspreidingsbeleid van beide organisaties, de noodzaak om bestaand materiaal op hun actualiteit te screenen en de wens om witte vlekken in te vullen. Het doel van deze commissie was te komen tot een meer centrale voorlichting over reuma en tot een verdere samenwerking met de bij de reumazorg en voorlichting betrokken organisaties. Van bestaande voorlichtingsmaterialen is het doel, de behoefte, actualiteit, duidelijkheid, uitvoering, overlap en verspreiding door de commissie voorlichting getoetst. De uitkomsten van deze inventarisatie zijn in het rapport 'Eenheid in voorlichting' beschreven (Rapport adviescommissie voorlichting, 1993).

Er zijn onder andere 'witte vlekken' geconstateerd ten aanzien van:

- actuele informatie over sociale wet- en regelgeving;
- strooifolders over de ziektebeelden RA en artrose;
- inhoud van de posters van het Nationaal Reumafonds en de Reumapatiëntenbond;
- afstemming van de informatie in het maandblad 'In beweging' van de Reumapatiëntenbond (gericht op met name reumapatiënten en hulpverleners) en het Reuma-bulletin van het Nationaal Reumafonds (gericht op donateuren).

Op basis van deze advisering zijn de volgende besluiten genomen:

- de voorbereiding en het bijhouden van het brochure- en foldermateriaal zal in handen zijn van een vaste commissie Voorlichting, bestaande uit vertegenwoordigers van de beide organisaties als ook de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie;
- het bestaande materiaal zal, na een grondige screening aan de hand van een door de commissies opgesteld werkplan, opnieuw worden uitgegeven;
- het materiaal zal worden voorzien van beider logo (met uitzondering van de voorlichtingsfolders over 'eigen' activiteiten)
- beide organisaties zullen gebruik maken van hetzelfde voorlichtingsmateriaal, op basis van een gelijk verspreidings- en financieringsbeleid; er zal een gezamenlijk overzicht van het beschikbare materiaal worden uitgegeven;
- de representatie van beider organisaties op symposia en beurzen zal op elkaar worden afgestemd.

Verder hebben de Reumapatiëntenbond en het Nationaal Reumafonds besloten tezamen een reuma-informatielijn op te zetten. Naar verwachting zal deze nieuwe voorlichtingsactiviteit in de loop van 1996 van start gaan .

Andere activiteiten van de Reumapatiëntenbond zijn:

- de Reumapatiëntenbond stimuleert op lokaal niveau de aanstelling van de reumaconsulenten;
- de Reumapatiëntenbond richt zich incidenteel op onderzoek. In 1989 heeft de Reumapatiëntenbond een onderzoek geïnitieerd 'Leven met een reumatische aandoening'. Daarna heeft de Reumapatiëntenbond met name taken gehad in begeleidingscommissies van andere onderzoeksinstellingen;
- in 1994 werd een TV-uitzending over reuma verzorgd. In totaal hebben hier 640000 mensen hier naar gekeken en zijn er veel telefonische en schriftelijke reacties binnen gekomen;
- de Reumapatiëntenbond wil in navolging op de reumafoon voor en door jongeren een reumafoon voor volwassenen openen. Dit is een informatie- en advieslijn met als doel patiënten met reumatische aandoeningen onder andere medische, sociale en maatschappelijke informatie te verschaffen;
- een concrete toekomstige activiteit is het opzetten van een voorlichtingsproject voor huisartsen over het 'Omgaan met reuma'. Dit project gaat in augustus 1995 van start;

Samenwerking

De Reumapatiëntenbond werkt in een oriëntatie- en voorlichtingscommissie samen met het Nationaal Reumafonds gericht op de coördinatie van voorlichting. Ook daarbuiten zijn er veel contacten met het Nationaal Reumafonds bijvoorbeeld ten aanzien van het opzetten van de reumafoon, ten aanzien van financiën ed. Tevens wordt in een Platform tripartite-overleg door de Reumapatiëntenbond en het Nationaal Reumafonds overleg gevoerd met de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. De Reumapatiëntenbond heeft overleg met verschillende medische adviseurs om schriftelijk en mondelinge vragen die het bureau bereiken, te beantwoorden.

De bond initieert op landelijk niveau afspraken met zorgverzekeraars over de vergoeding van zorg van patiënten met reumatische aandoeningen. De Reumapatiëntenbond heeft overleg met de zusterorganisaties; in dit kader wordt door de bond aangegeven dat de samenwerking met de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie patiënten "Eendrachtig sterk" nog verbetering behoeft.

De Reumapatiëntenbond is via vertegenwoordigers betrokken bij werkzaamheden van bijvoorbeeld de Stichting Dienstverleners Gehandicapten (sDG), de Gehandicaptenraad, het Werkverband van Organisaties van Chronisch Zieken (WOCZ). De communicatie met de sDG en de gehandicaptenraad zou volgens de Reumapatiëntenbond kunnen worden verbeterd.

3.2 Overige patiëntenorganisaties

3.2.1 Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten 'Eendrachtig Sterk'

Inleiding

De Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten 'Eendrachtig sterk' (FES) heeft als doel de belangen van fibromyalgie-patiënten te behartigen en de positie van chronisch zieken in het algemeen in Nederland te versterken. Bij de vereniging zijn ± 7500 leden aangesloten.

De vereniging is georganiseerd in verschillende commissies en adviesraden. De financiering van de FES is gebaseerd op contributies van de leden en subsidies van o.a. het Nationaal Reumafonds en de Gehandicaptenraad.

De contacten met de leden worden onderhouden door "contactpersonen", bewegingsactiviteiten worden georganiseerd door

"coördinatoren". Op provinciaal niveau worden zij begeleid door "Provinciaal Medewerkers".

Aan de hand van het jaarverslag 1994 zijn de activiteiten van de vereniging geïnventariseerd. De FES heeft het afgelopen jaar met name aan de professionalisering van de vereniging gewerkt.

Voorlichting

De activiteiten van deze vereniging op het gebied van voorlichting worden door de commissie Voorlichting en PR en de redactiecommissie verzorgd. In 1995 is zes keer het FES-magazine onder de leden verspreid. In dit FES-magazine worden de leden geïnformeerd over relevante onderwerpen ten aanzien van fibromyalgie. Er is een nieuwe brochure Fibromyalgie samengesteld door de Vereniging van Reumatologen, het Nationaal Reumafonds en de FES.

De (FES) wijst op het belang van lotgenotencontact. Deze contacten zijn niet alleen van psychosociaal belang, maar ook van economisch belang: zij leiden tot minder artsbezoek en tot minder medicijn gebruik.

Bewegingsactiviteiten

De Vereniging stimuleert het opzetten van specifieke bewegingsprogramma's voor fibromyalgie-patiënten (warmwatertherapie, zwemactiviteiten, fysiotherapie, houdingstherapie, spiertraining).

In maart 1994 is een commissie Bewegingsactiviteiten geïnstalleerd.

De commissie richt zich op het opzetten van een landelijke structuur met betrekking tot bewegingsactiviteiten waaronder het inventariseren van bestaande groepen. De FES heeft ± 50 bewegingsgroepen, waaraan ongeveer 1000 leden deelnemen.

De commissie heeft standaardcontracten ontworpen voor zwembaden, therapeuten en deelnemers.

De samenwerking/overleg met organisaties en Zorgverzekeraars moet worden uitgebreid. Uit een enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat zeker niet alle zorgverzekeraars bewegingsactiviteiten vergoeden.

De FES heeft een enquête gehouden om de effecten van bewegingsactiviteiten op medische consumptie van fibromyalgie-patiënten te onderzoeken, waarvan binnenkort resultaten beschikbaar zijn

Samenwerking

De bestuursleden van de FES hebben zitting in een aantal landelijke organisaties, te weten de WOCZ, de Gehandicaptenraad en het Nationaal Reumafonds.

Ook op provinciaal niveau heeft de FES vertegenwoordigers in patiëntenplatforms en gehandicaptenraden e.d.. De Jongerencommissie heeft contacten met de Jongerencommissie van de Reumapatiëntenbond en het Werkverband Overleg Chronisch Zieken (WOCZ). Deze commissie besteedt o.a. aandacht aan vakantiemogelijkheden, organiseert contactdagen en geeft voorlichting in het FES-magazine.

De Nationale Vereniging fibromyalgie-patiënten 'Eendrachtig Sterk' (FES) heeft als doel de belangen van fibromyalgie-patiënten te behartigen en de positie van chronisch zieken in het algemeen in Nederland te versterken. Bij de vereniging zijn een paar duizend leden aangesloten. De vereniging is georganiseerd in verschillende commissie en adviesraden. De FES heeft op provinciaal niveau medewerkers en contactpersonen in patiëntenplatforms en gehandicaptenraden. De vereniging wordt door de Gehandicaptenraad, het Nationaal Reumafonds en een eigen bijdrage van de leden gefinancierd. Aan de hand van het jaarverslag 1994 zijn de activiteiten van de vereniging geïnventariseerd. De FES heeft in het afgelopen jaar met name aan de professionalisering van de vereniging gewerkt.

3.2.2 Osteoporose Stichting

Inleiding

De Osteoporose Stichting is in 1992 opgericht. De hoofddoelstelling is het voorlichten van de bevolking in de meest brede zin. Hieronder wordt voorlichting aan het (leken) publiek en hulpverleners in de gezondheidszorg over de oorzaak, preventie en behandeling van osteoporose. Tevens behoort tot de doelstellingen van de Osteoporose stichting het bevorderen van de kwaliteit van leven van osteoporose patiënten en het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek.

De Stichting bestaat uit een bestuur, Wetenschappelijke raad, een bureau en vele vrijwilligers. Bij de Stichting zijn momenteel ongeveer 350 donateurs aangesloten, die de Stichting financieel ondersteunen.

De Osteoporose Stichting vormt een functionele eenheid met de Osteoporose Vereniging. De Vereniging bestaat uit een bestuur en een patiënten-adviesraad. De Vereniging heeft momenteel ongeveer 800 leden. Incidenteel worden activiteiten met externe gelden (sponsors) gesubsidieerd.

Voorlichting

Voorlichting vindt o.a. plaats via voorlichtingsbijeenkomsten, het uitgeven van het kwartaalblad 'Broos' aan alle leden en donateurs, het stimuleren van lotgenotencontact en het uitgeven van boekjes en brochures over de oorzaak, preventie en behandeling van osteoporose. Door deskundige voorlichters in het hele land, soms in samenwerking met GGD'en en ziekenhuizen, worden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Deze vinden met name plaats bij (vrouwen)verenigingen. In totaal worden er 80-100 bijeenkomsten per jaar georganiseerd. De doelgroep van de Stichting zijn in eerste instantie ouderen (boven de 45 jaar). Daarnaast wil de Stichting zich op een jongere doelgroep gaan richten. Concrete ideeën zijn het aanbieden van een 'lespakket' voor scholen waarin veel aandacht voor voeding en beweging is.

Samenwerking

De stichting werkt samen met GGD'en uit verschillende regio's om de voorlichtings-bijeenkomsten te organiseren. Daarnaast worden alle ziekenhuizen in Nederland op de hoogte gebracht van de activiteiten van de stichting. Met een aantal ziekenhuizen bestaat nauwe samenwerkingsverbanden omtrent de zorg voor de patiënt met osteoporose met een fractuur. Binnen de Wetenschappelijke raad van de Osteoporose Stichting (WROS) zijn er samenwerkingsverbanden met de Vereniging van Calcium & Botstofwisseling, de Vereniging voor Onderzoek van Climacterium en Postmenopauze, de Werkgroep Osteoporose van de Vereniging van Reumatologen, huisartsen, bewegingsdeskundigen en voedingsdeskundigen.

Osteoporose kan als complicatie (bijvoorbeeld ten gevolge van medicijngebruik) optreden bij een reumatische aandoening. Daarom zijn er in beperkte mate contacten met de Reumapatiëntenbond. De samenwerking met zorgverzekeraars in de vorm van sponsoring van activiteiten is niet aanwezig. De samenwerking met huisartsen in de eerstelijns gezondheidszorg is gering, omdat aan preventie in de zin van voorlichting over het voorkomen van osteoporose vanuit de eerste lijn (huisartsen) nog weinig wordt gedaan.

3.2.3 Nederlandse Vereniging van rugpatiënten 'de Wervelkolom'

Inleiding

De Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten heeft als doel de individuele en gemeenschappelijke belangen van rugpatiënten te behartigen. De vereniging bestaat enkele jaren en bezit momenteel 375 leden. De leden van de vereniging zijn patiënten met klachten of aandoeningen aan de wervelkolom. De hoofdtaken van de vereniging zijn:

- het geven van advies, informatie en voorlichting;
- het opheffen van het sociale isolement en het bevorderen van de zelfstandigheid en het zelfstandig functioneren van de leden;
- het bevorderen van de interdisciplinaire samenwerking tussen de relevante wetenschappelijke, medische, paramedische en maatschappelijke sectoren;
- het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek en het verbeteren van de diagnostiek en van de diagnostische hulpmiddelen.

De vereniging wordt door een bijdrage van de leden en een subsidie van de Gehandicaptenraad gefinancierd. Aan de hand van schriftelijk materiaal en een telefonisch interview met een bestuurslid zijn de activiteiten van de vereniging geïnventariseerd. De vereniging houdt zich met name bezig met uitbreiding van leden en activiteiten.

Voorlichting

De vereniging bezit folders voor de volgende rugaandoeningen: hernia, scoliose, Ziekte van Scheuerman, discopathieën/lage rugpijn en daarnaast algemene informatie over de vereniging en 'tips voor alle dag voor mensen met rugklachten'. Voor Whiplash is er een folder vrijwel gereed. De vereniging heeft afgelopen jaar 10 voorlichtingsbijeenkomsten voor patiënten met rugklachten in verschillende ziekenhuizen georganiseerd. De opkomst bij deze voorlichtingsbijeenkomsten varieert sterk van enkele tot meer dan honderd deelnemers. Daarnaast bezit de vereniging een documentatiebestand met literatuur over rugklachten, hulpmiddelen en vakanties e.d..

Samenwerking

De vereniging werkt samen met andere organisaties en maakt deel uit van een koepelorganisatie voor onder ander het uitoefenen van politieke druk. De vereniging neemt onder andere deel aan het landelijk patiënten/consumenten platform en is aangesloten bij de Gehandicaptenraad. Er zijn weinig contacten met andere patiëntenorganisaties of het Nationaal Reumafonds.

3.2.4 Stichting patiënten belangen orthopaedie

Inleiding

In 1989 is de Stichting Patiënten Belangen Orthopaedie opgericht. Er zijn 5000 patiënten bij deze stichting aangesloten. De stichting wordt ondersteund door de leden, verschillende fondsen en verenigingen zoals de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). De stichting richt zich op orthopaedische aandoeningen zoals artrose en osteoporose (met name spondylose). Aan de hand van telefonisch contact en publikaties van de vereniging zijn de activiteiten geïnventariseerd.

Voorlichting

De activiteiten van de stichting zijn gericht op het geven van voorlichting aan orthopaedische patiënten, door middel van folders, (video)film e.d.. De stichting geeft het krantje 'Beter in beweging' vijf keer per jaar uit. De oplage van dit krantje bedraagt 60.000. De verspreiding vindt plaats via andere via de leden, orthopaeden en fysiotherapie praktijken.

Belangenbehartiging

Daarnaast bezit de stichting een intermediaire functie tussen bijvoorbeeld patiënten en orthopaeden. De stichting oefent in samenwerking met de NOV druk op de politiek uit gericht op verbetering van orthopaedische zorg.

Onderzoek

Door de stichting wordt in samenwerking met de Erasmus Universiteit onderzoek uitgevoerd bijvoorbeeld op het gebied van knelpunten in de orthopaedische zorg.

Een recent uitgevoerde onderzoek is 'Wachtlijstproblematiek bij heup- en knieoperatie en het effect op de produktieverlies en kwaliteit van leven' (Joosten-van Zwagenbrug, 1995)

4. Instellingen gericht op het uitvoeren van preventieve activiteiten

4.1 Gemeentelijke gezondheidsdiensten

Inleiding

In Nederland zijn circa 60 Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), waar in totaal 7000 mensen waaronder artsen, sociaal-geneeskundigen, verpleegkundigen, GVO-functionarissen en epidemiologen werkzaam zijn (Maandbericht Gezondheids statistieken, februari 1995). In totaal hebben ongeveer 200 personen GVO als hoofdtaak. De 'Wet collectieve preventie volksgezondheid' (WCPV, in werking sinds 1 januari 1989) is een van de wettelijke taken waarin de gemeente een taak heeft op het gebied van volksgezondheid. Dit betreft:

- a. het verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking;
- b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu;
- c. het bevorderen van de hygiëne en psycho-hygiëne;
- d. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- e. het zorg dragen voor de uitvoering van collectieve preventie betreffende infectieziekten en terzake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen (zie jeugdgezondheidszorg).

In de wet is ook vastgelegd dat de gemeente de GGD in stand moeten houden en is aangegeven welke disciplines vertegenwoordigd moeten zijn. De GGD wordt in hoofdzaak door gemeenten gefinancierd die daarvoor een uitkering uit het gemeentefonds ontvangen. Gemeenten kunnen rekening houdend met de WCPV zelf de financiële armslag van de GGD bepalen. Het overgrote deel van de GGD'en heeft meer dan één gemeente in zijn verzorgingsgebied en wordt dan ook aangestuurd door een bestuur van verschillende gemeenteraden.

Andere taken die de GGD'en uitvoeren zijn onder andere de bedrijfsgezondheidszorg, sociaal-medische advisering, ambulance hulpverlening en rampenbestrijding. Per april 1994 voert een groot aantal GGD'en de advisering uit in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). Sommige van deze taken worden door ziektekostenverzekeraars mede gefinancierd.

Aan hand van bestaande evaluaties van GGD-activiteiten (Geenhuizen et al, 1993; de Graaf, 1995; Molleman en van Nies, 1994) zijn de taken en de bevorderende en belemmerende factoren van deze taken gericht op onderzoek en jeugdgezondheidszorg beschreven.

Met behulp van het documentatiebestand van het Landelijk Centrum voor GVO zijn GVO-activiteiten geïnventariseerd, die op dit moment in Nederland worden uitgevoerd en zijn geregistreerd. Vervolgens zijn bij tien geselecteerde GGD'en de mogelijke bevorderende en belemmerende factoren van GVO activiteiten op basis van telefonische interviews in kaart gebracht. De GVO-activiteiten gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat van de afzonderlijke GGD'en worden beschreven. Tevens worden factoren beschreven, die van belang zijn bij de organisatie of uitvoering van GVO activiteiten door GGD'en.

Activiteiten gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat

Tabel 4.2 Overzicht van preventieve activiteiten van de GGD'en gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat

-
- | | |
|--|--|
| 1. Onderzoek | |
| 2. GVO activiteiten: | |
| - Publieksvoorlichting ('gezondheidswijzer') | |
| - Cursussen over het omgaan met klachten | |
| - Voorlichting over gezond gedrag met onderdelen over voeding en lichamelijk bewegen | |
| - Activiteiten gericht op bewegen | |
| 3. Jeugdgezondheidszorg | |
-

1. Onderzoek

De taken die onder a. het verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking worden genoemd, leveren belangrijke voorwaarden ter bevordering van de epidemiologische kennis over gezondheidstoestand om preventieve activiteiten uit te voeren. Bij alle GGD'en in Nederland is een epidemioloog in dienst. Ook sociaal-geneeskundigen en GVO-functionarissen houden zich in samenwerking met de epidemioloog met onderzoek bezig. Deeltaken binnen het epidemiologische onderzoek zijn het uitvoeren van onderzoek naar ziekte en gezondheid bijvoorbeeld via gezondheids enquêtes waarin aandacht is voor leefstijl en bewegingsgedrag, vragen over aandoeningen waaronder van het bewegingsapparaat en de behoefte aan gezondheidsinformatie. Behoorlijk veel GGD'en hebben taken in sport medische adviescentra en de WVG. De registratie van deze gegevens kan veel inzicht bieden in de hulpvraag en door de GGD'en wordt deze kennis gehanteerd om prioriteiten te stellen in het ontwikkelen en uitvoeren van activiteiten. Er vindt verschuiving plaats van wetenschappelijk epidemiologisch onderzoek naar beleids(-ondersteunend) onderzoek en het vertalen van epidemiologische gegevens in concreet beleid.

Belemmerende factoren bij het uitvoeren van (beleids)onderzoek (Geenhuizen, 1993):

- door gebrek aan capaciteit en financiële middelen zijn de mogelijkheden voor epidemiologisch onderzoek beperkt;
- epidemiologisch onderzoek heeft een lage prioriteit bij het gemeente bestuur;
- de relatie/afstemming tussen de epidemiologen en de andere afdelingen in de GGD'en is in aantal gevallen niet optimaal;
- naast epidemiologisch inzicht spelen andere overwegingen eveneens een belangrijke rol bij de besluitvorming op het terrein van de collectieve preventie;
- uitvoeren van beleidsvoornemens brengt kosten met zich mee, extra middelen worden niet beschikbaar gesteld, zodat eerst geld vrijgemaakt moet worden uit het huidige beleid.

2. Activiteiten gericht op Gezondheidsvoorlichting en -onderwijs

Publieksvoorlichting ('Gezondheidswijzers')

Sinds 1984 hebben verschillende GGD'en, soms in samenwerking met thuiszorginstellingen, zogenaamde 'gezondheidswijzers' opgezet. Het doel van de gezondheidswijzers is telefonische, schriftelijke of mondelinge publiekgerichte voorlichting te geven over gezondheid, ziekte en gezondheidszorg.

Op basis van informatie uit de gezondheidswijzers worden soms ook cursussen, themabijeenkomsten en publiekgerichte voorlichtingsactiviteiten georganiseerd. Op dit moment zijn er 22 gezondheidswijzers in werking en zijn er drie in oprichting.

De gezondheidswijzers bedienen in bepaalde gevallen een stad en in andere gevallen een regio. De spreiding over Nederland is echter niet ideaal.

De GGD Rotterdam heeft een onderzoek verricht naar de informatiebehoefte bij het publiek en de informatievoorziening van 21 gezondheidswijzers (Graaf de, juni 1995). Hieruit kwam naar voren dat een derde deel van de vragen van het publiek over preventie en de overige vragen naar aanleiding van een klacht of concreet probleem worden gesteld. Aan de hand van registratiegegevens uit 1994 blijkt ongeveer 20% (van 4200) van de vragen binnen de categorie "spier-, bot- en gewrichtsziekten te vallen. De aanwezige informatie in tijdschriften, handboeken en adresboeken die beschikbaar zijn voor de medewerkers van de gezondheidswijzer verschilt enorm. De meeste gezondheidswijzers hebben een overzicht van regionale adressen. Sommige bezitten een geautomatiseerd bestand (Patiënten/Consumenten infodisk, of regionaal bestand) waarin alle landelijke en regionale informatie kan worden opgevraagd. Het up-to-date houden van deze regionale bestanden is voor veel gezondheidswijzers een probleem.

Bevorderende factoren

- GGD'en (en/of thuiszorginstellingen) zijn goed bij het publiek goed bekend, omdat de gehele bevolking bereikt kan worden via een landelijk netwerk van regionale GGD'en en lokale thuiszorginstellingen, waardoor informatie via de gezondheidswijzer goed toegankelijk kan zijn;

Belemmerende factoren

- de gezondheidswijzers is qua deskundigheid, informatieaanbod zeer divers ingevuld;
- de gezondheidswijzers worden zowel door GGD'en en thuiszorginstellingen uitgevoerd en soms in samenwerking van voornoemde instanties. Welke instantie verantwoordelijk is voor de uitvoering van een gezondheidswijzer is niet duidelijk.
- de spreiding van de gezondheidswijzer in Nederland is niet ideaal;
- voor de automatisering van informatiebestanden (adressen ed) en het up- tot date houden daarvan, is onvoldoende expertise dan wel geld beschikbaar bij GGD'en en thuiszorginstellingen.

Cursussen over het omgaan met klachten

Er worden door de GGD'en weinig cursussen gegeven omtrent omgaan met klachten voor de algemene bevolking. In het bestand van het LCG komt slechts één GGD voor, die een cursus heeft over omgaan met rugklachten in de werk- als thuissituatie. Deze cursus wordt voor elke doelgroep (met of zonder klachten, beroeps of algemene bevolking) georganiseerd en door een bedrijfsverpleegkundige /fysiotherapeut begeleid. Bij een groot aantal GGD'en hoorde een afdeling bedrijfsgezondheidszorg afdeling, die momenteel geprivatiseerd worden, welke vaak nog wel aan de GGD gelieerd zijn. Rugscholingscursussen worden wel in grote mate in deze BGD'en of arbodiensten uitgevoerd, waarin de doelgroep de beroepsbevolking is. In het kader van primaire preventie worden er in Nederland vrijwel geen rugscholingscursussen gegeven.

Belemmerende factoren

- Er zijn vanuit de GGD'en weinig cursussen omgaan met klachten voor de algemene bevolking georganiseerd. De aandacht gaat met name uit naar de doelgroep van werknemers en dit type cursussen worden door BGD'en en/of arbodiensten worden uitgevoerd.

Voorlichting over gezond gedrag met onderdelen over voeding en lichamelijk bewegen

Een groot aantal GGD'en biedt cursussen/themabijeenkomsten aan over gezond gedrag, waarin gezonde voeding, gewichtsreductie en lichaamsbeweging aan bod komen. De meeste GGD'en organiseren themabijeenkomsten of incidentele activiteiten op het gebied van gezond gedrag, soms in het kader van landelijke campagnes (bijvoorbeeld in 'Let op Vet').

Deze campagnes richten zich op hart- en vaatziekten en hierin is aandacht voor gewichtsreductie en algemeen gezond eetgedrag. In andere gemeenten wordt het gezondheidsbeleid ingevuld door community-based benadering. Dit is een gemeenschapsgerichte of sociaal netwerk benadering waarin buurtgerichte projecten mede door betrokkenen uit die buurten zelf worden opgezet. Dit levert allerlei tijdelijke projecten op als bijvoorbeeld het uitvoeren fitheidstesten, sportinstuiven en wandelactiviteiten.

De cursussen worden in de meeste gevallen begeleid door GVO-consulenten, diëtisten, docenten lichamelijke opvoeding of fysiotherapeuten. De opkomst voor dit type activiteiten varieert sterk. De oorzaak van een slechte opkomst is vaak moeilijk te achterhalen en wordt gezocht in de werving, de tijdstippen en de invulling van activiteiten. De activiteiten worden deels door de overheid, gemeenten, fondsen en eigen bijdragen gefinancierd. Sommige GGD'en bieden zogenaamde leskisten aan scholen aan, gevuld met lesmaterialen over onderwerpen als voeding en in een enkel geval over houding en beweging. De activiteiten worden alleen op basis van waarderingsonderzoeken geëvalueerd. Evaluaties gericht op een verandering in gedrag waarbij een controlegroep wordt betrokken, zijn nihil.

Belemmerende factoren

- incidentele projecten (cursussen en activiteiten) worden op basis van tijdelijke subsidies uitgevoerd; deze activiteiten verdwijnen vaak van de agenda, indien de subsidie stopt;
- door scholen worden voorlichtingsmaterialen over houding en beweging in de vorm van 'leskisten' nauwelijks afgenomen;
- community-based benadering van het inzetten van activiteiten is zeer afhankelijk van de inzet van de betrokken personen (uit de buurt).

Activiteiten gericht op bewegen

Een klein aantal GGD'en heeft activiteiten gericht op actieve lichaamsbeweging. Daarnaast worden incidentele activiteiten als kennismakingsdagen voor verschillende sportactiviteiten en fitheidstesten uitgevoerd, dit meestal in het kader van een community-based benadering. Het doel van deze activiteiten is de niet bewegende bevolking te stimuleren om te gaan bewegen. De doelgroepen variëren van de algemene bevolking tot specifieke leeftijdscategorieën (30+, 50+). Het bereik van deze activiteiten varieert sterk (voor een fitheidstest worden gemiddeld 50- 100 mensen per dag gezien) en is zeer afhankelijk van externe omstandigheden (werving, lokatie, seizoen ed). De activiteiten worden meestal in samenwerking met en mede gefinancierd door de plaatselijke sportverenigingen, -bonden en gemeenten. Deze projecten zijn nauwelijks geëvalueerd.

Belemmerende factoren

- de (financiële) mogelijkheden om bewegingsactiviteiten te stimuleren vanuit GGD'en /sportverenigingen is in grote mate afhankelijk van de persoonlijke visie van de betrokken ambtenaar en wethouders van de gemeente die zich met gezondheidszaken en sportzaken bezighouden;
- incidentele projecten worden op basis van tijdelijke subsidies uitgevoerd; Voor deze projecten wordt vaak tijdelijk iemand aangesteld;
- door veel GGD'en worden bewegingsactiviteiten niet als hun taak beschouwd.
- community-based benadering van het inzetten van activiteiten is zeer afhankelijk van de inzet van de betrokken personen (uit de buurt);

Algemene bevorderende en belemmerende factoren van GVO activiteiten bij GGD'en

Ten aanzien van het initiatief

De GGD'en zijn vrij autonoom opererende instanties, waarbij grotendeels eigen beleidsplannen worden opgesteld en in sterk wisselende interactie met gemeentebesturen. In het algemeen is de inhoud van specifieke preventieve programma's door de GGD'en zeer verschillend ingevuld.

Alle GGD'en hebben een epidemioloog in dienst die taken heeft om onder andere een analyse van de regionale gezondheid situatie op te stellen. Deze zogenaamde gezondheidsprofielen worden gebruikt om de prioriteiten in de ontwikkeling van preventieve activiteiten uit te voeren. De keuzen in prioriteiten van activiteiten worden daarnaast vaak mede bepaald op basis van algemene inzichten in de volksgezondheid, politieke/bestuurlijke prioriteitsstelling en soms persoonlijke voorkeuren. In slechts 42% van de GGD'en is er een apart beleidsplan GVO/preventie aanwezig (Molleman en van Nies, 1994). Daarnaast kunnen landelijke campagnes een rol spelen, hoewel die op het gebied van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat nog niet zijn voorgekomen. Voor het ontwikkelen van nieuwe projecten is de personele bezetting vaak te klein en zijn er vaak onvoldoende financiële mogelijkheden.

Er bestaat een groot netwerk van GVO functionarissen die onderling informatie uitwisselen.

Ten aanzien van de financiën

Wettelijk (WCPV) is bepaald welke taken een GGD minimaal moeten uitvoeren. De hoogte van de bijdrage voor GGD'en wordt door de gemeentebesturen in het verzorgingsgebied bepaald en kan sterk variëren. De GGD is dus afhankelijk van de gemeentebesturen in het verzorgingsgebied ten aanzien van financiële ondersteuning. Ook de inhoudelijke activiteiten moeten door de gemeentebesturen worden goedgekeurd. De kwaliteit van de communicatie tussen GGD'en en gemeenten wisselt sterk. Dit wordt mede veroorzaakt door verschillen in achtergrond van medewerkers van GGD'en en gemeente ambtenaren en wethouders. De uitvoering of continuering van een project wordt verder vooral sterk bepaald door de belangstelling voor deelname. Het is vaak moeilijk financiële middelen te verkrijgen voor marktgerichte activiteiten,

Ten aanzien van de deskundigheid

Bij GGD'en werken ongeveer 200 GVO'ers en patiënten voorlichters. Het merendeel werkt parttime. Ten aanzien van de deskundigheid van de GVO-functionarissen is in de WCPV niets vastgelegd (Geenhuizen et al, 1993). Voor een aantal activiteiten (projecten) wordt tijdelijk krachten (GVO consultants) aangenomen. De opleiding van aangestelde GVO functionarissen is in 50% een academisch opleiding (Molleman en Nies, 1994). Daarnaast komen er steeds meer GVO'ers met een HBO opleiding (30%) en is slechts zelden een MBO-opleiding de achtergrond van een GVO'er. Voor het uitvoeren van cursussen en voorlichtingsactiviteiten is de deskundigheid niet altijd even groot. Ook de deskundigheid en ervaring van de medewerkers van een gezondheidswijzer varieert sterk tussen de GGD'en. Het grootste gedeelte (70%) van de gezondheidswijzers bij GGD'en wordt door vrijwilligers gerund. Er worden geen opleidingseisen aan de medewerkers gesteld. Slechts bij zes gezondheidswijzers zijn beroepskrachten in dienst. Interne bijscholing wordt bij de meeste gezondheidswijzers regelmatig gegeven, waarbij de nadruk ligt op kennis over gezondheidsvoorzieningen.

Ten aanzien van evaluatie

De kerntaken van een GVO'er zijn het ontwikkelen van methodieken en programma's en de uitvoering hiervan. Bij 38% van de GGD'en is er aandacht voor kwaliteitssystemen en -instrumenten (Molleman en Nies, 1994). Bij de GGD'en is men meer gericht op concrete uitvoering van interventies dan op evaluatie daarvan.

Indien evaluatie plaatsvindt (15% van de GGD'en) wordt vaak alleen een waarderingsonderzoek uitgevoerd. De meeste uitgevoerde cursussen en voorlichtingsactiviteiten worden nauwelijks of niet op gedrags- en gezondheidseffecten geëvalueerd. De oorzaak hiervoor ligt enerzijds in een gebrek aan (landelijk) ontwikkelde methodieken voor evaluatie van voorlichtingsactiviteiten en anderzijds in een tekort aan personele capaciteit. Bij de LIGGD/LVGGD wordt momenteel gewerkt aan een kwaliteitssysteem 'De GGD op weg naar 2000'.

Samenwerking

De samenwerking tussen de GGD'en en de gemeenten is voor het sturen van activiteiten van belang. Echter de afstemming tussen de betrokken gemeenten verloopt soms stroef als gevolg van verschillen in visies en wensen. De GGD'en heeft een sterke regionale inbedding en heeft samenwerkingsverbanden met onder andere thuiszorginstellingen, ouderenwerk, welzijnswerk e.d.. 49% van de GGD'en werkt samen met thuiszorginstellingen. Deze samenwerking vindt dan met name plaats op het niveau van het uitvoeren van activiteiten en niet op beleidsniveau. Er is in het algemeen geen politieke druk om te gaan samenwerken (Molleman en Nies, 1994).

Met de zorgverzekeraars wordt (nog) nauwelijks samengewerkt. Op het gebied van 'stoppen met roken' zijn hier wel initiatieven geweest en incidenteel worden preventieve activiteiten (deels) vergoed. Vaak zijn activiteiten van GGD'en voor zorgverzekeraars weinig interessant vanwege het ontbreken van goede kosten-batenanalyses.

Het LCG biedt bijscholing en cursussen en ontwikkelt evaluatiemethoden. Een aantal GGD'en maakt hier actief gebruik van. In 77% van de GGD'en bestaat er behoefte aan een landelijke ondersteuning ten aanzien van methodiek ontwikkeling, 55% voor informatie en documentatie en 36% van de GGD'en heeft behoefte aan een landelijke regie functie.

3. Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij de GGD'en is een verplichte WCPV-taak en richt zich op alle kinderen van 4 tot 19 jaar. JGZ heeft als doel de gezondheid van jongeren te bevorderen en te beschermen. De middelen voor de GGD zijn afkomstig van de gemeente, die daarvoor een bijdrage krijgt uit het gemeentefonds.

Preventieve gezondheidsonderzoeken

De taken die door alle GGD'en worden uitgevoerd zijn: screening, periodiek gezondheidsonderzoek, onderzoek op indicatie, sociaal-medische taken in het speciale onderwijs, advisering van scholen en groepsinterventies. Voor de schoolgaande kinderen worden preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO) op verschillende leeftijden uitgevoerd. In het algemeen vinden deze plaats bij kinderen in groep 2, 4, 7 of 8. Bij een deel van de GGD'en zijn deze gezondheidsonderzoeken in groep 4,7 en 8 afgeschaft en wordt alleen het onderzoek in groep 2 uitgevoerd. In het voortgezet onderwijs wordt er meestal nog één preventief gezondheidsonderzoek in klas 1 of 2 uitgevoerd. Het preventief gezondheidsonderzoek kan door een (jeugd)arts of een sociaal verpleegkundige worden uitgevoerd. In groep 7 of 8 en/of klas 1 en 2 wordt een onderzoek gedaan op houdingsafwijkingen. Het onderzoek is gericht op de stand van benen (X-O benen), heupen, schouders, hoofd, rug (scoliose, kyfose, lordose) en een beenlengteverschil.

Op sommige scholen wordt een gezondheidsvragenlijst en zo nodig een aanvullend onderzoek gebruikt om gezondheidsafwijkingen op te sporen. Er blijkt geen overeenstemming te bestaan over het belang van de preventieve houdingsonderzoeken als screeningsinstrument voor klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (o.a rugklachten, M. Scheuerman). Dit resulteert in grote diversiteit in de toepassing van het houdingsonderzoek en het verwijlsbeleid naar de huisarts.

Bezuinigingen en prioriteiten binnen het gezondheidsbeleid van GGD zelf hebben echter geleid tot een heteroog beleid in de uitvoering van preventieve gezondheidsonderzoeken. Dit uit zich bijvoorbeeld in een vermindering van het aantal preventieve gezondheidsonderzoeken of vervanging van artsen door sociaal verpleegkundigen. Soms wordt preventief gezondheidsonderzoek vervangen door een gezondheidsvragenlijst (Hazebroek-Kampschreur, 1993). Tevens is de JGZ sterk in ontwikkeling van individu gerichte activiteiten naar activiteiten die sterk gericht zijn op risicogroepen (Geenhuizen et al, 1993). Daarnaast vinden in toenemende mate groepsgerichte preventieve interventies plaats.

Bevorderende factoren (Geenhuizen et al, 1993)

- er is een hoge kennisconcentratie binnen de GGD en gemeenten;
- JGZ heeft een hoge prioriteit binnen de GGD'en;
- er is een goed inzicht in de gezondheidstoestand en het belang van een goede houding en de afwezigheid houdingsafwijkingen van jeugd wordt onderkend;

Belemmerende factoren

- omdat het verband tussen houdingsafwijkingen en het ontstaan van klachten en aandoeningen op latere leeftijd nog niet is aangetoond, is het nut van het houdingsonderzoek in preventieve gezondheidsonderzoeken niet eenduidig;
- er is geen uniformiteit in de toepassing van het houdingsonderzoek in Nederland;
- door ofwel bezuinigingen ofwel interne prioriteitsstelling (met name een verschuiving van individueel onderzoek naar collectieve activiteiten) is het periodieke gezondheidsonderzoek waaronder naar houdings- en bewegingsapparaat wordt onderzocht, op diverse GGD'en reeds afgeschaft;

4.2 Thuiszorginstellingen

Inleiding

In Nederland waren in 1994 ruim 150 thuiszorginstellingen bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg aangesloten. In totaal zijn ongeveer 130.000 mensen werkzaam in deze sector. Dit aantal instellingen is echter sterk aan het verminderen omdat organisaties fuseren en opgaan in nieuwe, grotere organisaties voor thuiszorg tot zo ongeveer 60 à 70 instellingen. In deze inventarisatie wordt de naamgeving thuiszorginstellingen gehanteerd, waarin kraamverzorging, kruiswerk en gezinsverzorging zijn verenigd. De thuiszorginstellingen hebben een stad of een grotere regio als werkgebied. Naast ouder- en kindzorg, zorg voor chronisch zieken, terminale patiënten en ouderen heeft de thuiszorginstelling een taak in de preventie van aandoeningen. De taken in dit laatste kader zijn er op gericht om ziekten te voorkomen, de gezondheid te bevorderen, de zelfstandigheid te vergroten en de zelfzorg en mantelzorg te ondersteunen.

In de vorm van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in cursussen of themabijeenkomsten wordt invulling geven aan bovenstaande taken. Het werk van de thuiszorg wordt grotendeels gefinancierd vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Daarnaast vormen de contributies van de leden een belangrijke bron van inkomsten.

De preventieve activiteiten in de vorm van cursussen, themabijeenkomsten en andere voorlichtingsactiviteiten van de thuiszorginstellingen zijn in het documentatiebestand van het Landelijk Centrum voor GVO (LCG) geïnventariseerd. In dit bestand zijn allen projecten/activiteiten opgenomen die structureel van aard zijn en aan de hand van een aantal criteria werd omschreven.

Op basis van telefonische interviews met 15 thuiszorginstellingen is aanvullende informatie (bevorderende en belemmerende factoren) die van belang zijn voor organisatie en uitvoering van preventieve activiteiten in kaart gebracht. Met deze inventarisatie wordt niet beoogd om het totaal aan activiteiten in Nederland in kaart gebracht te hebben, maar kan een indruk worden verkregen van mogelijke knelpunten bij de uitvoering van deze activiteiten.

In eerste instantie worden Gezondheidsvoorlichting en -onderwijs activiteiten (GVO) en aantallen op basis van het LCG-bestand beschreven. Daarna komen activiteiten van wijkverpleegkundigen voor de specifieke doelgroep reuma aanbod die gericht zijn op vergroten van de zorg voor reumapatiënten.

Preventieve activiteiten gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat

Tabel 4.2.1 Overzicht van preventieve activiteiten van de thuiszorginstellingen gericht op klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat

-
1. GVO-activiteiten:
 - Publieksvoorlichting ('Gezondheidswijzer')
 - Cursussen over het omgaan met klachten
 - Voorlichting over gezond gedrag met onderdelen over voeding en lichamelijk bewegen
 - Activiteiten gericht op bewegen
 2. Wijkverpleegkundige reuma/reumaconsulent
 3. Ergotherapie
-

*1. Activiteiten gericht op Gezondheidsvoorlichting en -onderwijs*Publieksvoorlichting

Een klein aantal thuiszorginstellingen bezit een publieksinformatiepunt ('Gezondheidswijzer') meestal in samenwerking met een GGD. Zie voor een beschrijving hiervan paragraaf 4.5.2.

Soms bezit een thuiszorginstelling daarnaast een thuiszorgwinkel waar allerlei hulpmiddelen en ander medische artikelen kunnen worden gehuurd, geleend of gekocht. Voor de Gezondheidswijzer en/of de thuiszorgwinkel wordt soms een deskundige (verpleegkundige, GVO-functionaris) en anders een vrijwilliger met gedegen begeleiding aangesteld. Het bereik van deze voorlichtingsvorm kan variëren van 25 vragen per week tot 20 per dag, soms telefonisch, schriftelijke of in de vorm van een bezoek. Welk deel bestaat uit voorlichting over klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat is niet bekend.

Bevorderende factoren

- GGD'en en/of thuiszorginstellingen zijn goed in deze maatschappij ingebed, waardoor informatie via de gezondheidswijzer goed toegankelijk kan zijn;
- Het voordeel van een aantal thuiszorginstellingen is dat zijn naast een gezondheidswijzer een thuiszorgwinkel bezitten, waardoor de toegankelijk van hulpmiddelenvoorzieningen wordt vergroot
- De gezondheidswijzer wordt bij de thuiszorginstellingen door personen met een medische achtergrond bemand (verpleegkundigen, GVO-functionarissen)
- Het opvragen van informatie via de telefoon (anoniem) zou een lage drempel voor mensen kunnen zijn.

Belemmerende factoren

- De gezondheidswijzers worden zowel door GGD'en en thuiszorginstellingen uitgevoerd en soms in samenwerking van voorgaande instanties. Welke instantie verantwoordelijk is voor de uitvoering van een gezondheidswijzer is niet duidelijk.

Voorlichtingsbijeenkomsten

Een aantal thuiszorginstellingen organiseert themabijeenkomsten voor ouderen op het gebied van ouder worden, voeding, hulpmiddelen en aanpassingen, informatie over gezondheidsvoorzieningen. Deze activiteiten worden plaatselijk of regionaal aangeboden soms in samenwerking met plaatselijke MBvO groepen (meer bewegen voor ouderen). In 1993 werd door 50% van de thuiszorginstellingen de groepsactiviteit 'Gezond Ouder Worden' verzorgd. Het bereik van deze themabijeenkomsten is vaak niet bekend, omdat dit niet wordt geëvalueerd. Het LCG is bezig met een standaarddraaiboek voor een serie van themabijeenkomsten waarbij ook het thema bewegen aandacht krijgt.

Voorlichting over het omgaan met klachten

Een aantal thuiszorginstellingen biedt cursussen/voorlichting aan over omgaan met klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Dit betreft patiëntenvoorlichting, algemene voorlichting over 'reuma' en cursussen omgaan met rug- en nekklachten. De cursussen hebben een wisselend bereik.

Als mogelijke oorzaak kan worden aangegeven dat een verzadigingsproces ofwel in concurrerende activiteiten door particuliere initiatieven (sportscholen en fysiotherapiepraktijken), die gelijksoortige cursussen bieden. Tijdens cursussen Zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek wordt aandacht besteed aan het ontstaan van rugklachten. Dit type cursus wordt door elke thuiszorginstelling uitgevoerd. De cursus 'Werken aan reuma' of 'Omgaan met reuma' wordt sinds 1994 voor patiënten met RA en hun omgeving georganiseerd. Het blijkt dat er een grote behoefte is aan dit type cursus met name ten aanzien van een lotgenotencontact.

Belemmerende factoren

- het opzetten van een cursus gericht op omgaan met klachten (rug, reuma) heeft geen hoge prioriteit bij thuiszorginstellingen. De oorzaken die worden aangegeven door de thuiszorginstellingen zijn dat er of geen behoefte van mensen aan dit type cursus is, dan wel dat er een tekort aan capaciteit of financiële middelen zijn om dit type projecten te ontwikkelen;
- het bereik van de activiteiten is wisselend, een mogelijk oorzaak is een verzadigingsproces van of een grote concurrentie met andere instellingen

Voorlichting over gezond gedrag met onderdelen over voeding en lichamelijk bewegen

De meeste thuiszorginstellingen hebben activiteiten op het gebied van gezond gedrag in het algemeen en voeding en beweging in het bijzonder. De meeste activiteiten zijn gericht op de algemene bevolking; soms worden de activiteiten gericht op specifieke doelgroepen zoals ouderen, mensen met overgewicht of vrouwen. Een aantal thuiszorginstellingen richt zich specifiek op gewichtsreductie. Cursussen gericht op gezonde voeding voor ouderen lopen de laatste jaren minder. Een verzadigingsproces of onvoldoende publiciteit zouden een rol kunnen spelen.

Landelijk is een aantal jaren terug de campagne 'let op vet' gehouden. Bij een aantal thuiszorginstellingen heeft dit tot een cursus op het terrein van gewichtsreductie geleid. Dit type cursus is echter meer gericht op preventie van hart- en vaat ziekten en wordt daarom verder buiten beschouwing gelaten.

Belemmerende factoren

- Voor activiteiten gericht op gezonde voeding blijkt het aanbod de afgelopen te zijn terug gelopen; de oorzaak hiervan is niet gemakkelijk te achterhalen; een verzadigingsproces zou de oorzaak kunnen zijn;

Activiteiten gericht op bewegen

Door één kruisvereniging wordt sinds 1970 een trimclub georganiseerd. Deze club is toegankelijk voor de algemene bevolking en heeft als doel de conditie van mensen te verbeteren. Deze activiteit ligt dicht tegen sport in het algemeen aan, alhoewel er geen sportorganisatie aan verbonden is.

De activiteit wordt één keer per week uitgevoerd en er nemen gemiddeld 90 mensen aan deel. Het trimmen wordt door meerdere docenten lichamelijke opvoeding begeleid.

Sinds 1995 worden er steeds meer cursussen op het gebied van sportief afvallen georganiseerd, waarbij mensen een bewegingsprogramma (een combinatie van fitness/sporten en een afslankcursus) via een fysiotherapiepraktijk of sportschool uitvoeren. De cursussen worden begeleid door diëtisten, fysiotherapeuten en leraren lichamelijke opvoeding. Er is recent een vereniging van sport-schoolhouder opgericht (Fitvak), die zich met name op de kwaliteit van sportscholen richt.

Belemmerende factoren

- het stimuleren van bewegingsprogramma's wordt door de meeste thuiszorginstellingen net als hun hoofdtaak gezien; Daarnaast wordt dit type programma's al vaak door andere particuliere instellingen gedaan en bestaat er een grote concurrentie markt;
- Het initiëren van afslankcursussen in samenwerking met sportscholen wordt tot nu toe beperkt, omdat er weinig sportscholen zijn die een goede deskundigheid van personeel bezitten.

2. Coördinatie van zorg: Verpleegkundig Consulenten Reuma of reumaconsulenten

Een aantal thuiszorginstellingen heeft voor de zorg- en dienstverlening aan patiënten met een chronische gewrichtsaandoening een reuma-verpleegkundige of reuma-consulent aangesteld, meestal in samenwerking met een ziekenhuis. Aan deze functie wordt een aparte paragraaf besteed (par 4.5.5).

Daarnaast hebben de meeste thuiszorginstellingen een wijkverpleegkundige reuma die zich richt op de zorg voor reumapatiënten. Deze wijkverpleegkundige reuma volgen een specifieke nascholing gericht op de reumazorg en voert meer directe verpleegkundige taken uit.

De scheiding van directe zorg en coördinerende taken van verpleegkundige reuma is niet altijd eenduidig. De oorzaak hiervan is dat de reumaconsulent gedeeltelijk ook zorgtaken bezit en uitvoert.

Belemmerende factoren

- De taken van de wijkverpleegkundige en de reumaconsulent zijn niet landelijk vastgesteld, waardoor de taakomschrijving tussen reumaconsulent en verpleegkundige reuma niet eenduidig is.

3. Ergotherapie

Bij hulpmiddelen voorzieningen in de eerstelijns zorg (bijvoorbeeld via de thuiszorg) kan de ergotherapeut een rol spelen. De mogelijkheden voor patiënten om ergotherapeutische zorg te krijgen, zijn echter beperkt en bevinden zich in een begin stadium. Uit een onderzoek naar 'ergotherapie thuis' bij een thuiszorginstelling blijkt dat 47% van het totale aanbod patiënten een ziekte van het houdings- en bewegingsapparaat bezit. De behandeling thuis duurt korter, maar is verspreid over een langere tijd in vergelijking met intramurale zorg (Driesen, 1993).

Algemene bevorderende en belemmerende factoren van preventie door thuiszorginstellingen

Initiatief

De thuiszorginstellingen zijn autonoom functionerende instellingen. Het initiatief tot een activiteit ligt meestal bij een thuiszorginstelling zelf, soms vindt samenwerking met universiteiten of onderzoeksinstellingen plaats. Ook de thuiszorginstellingen onderling geven elkaar informatie door. Er is een groot onderscheid in thuiszorginstellingen die een commerciële weg inslaan en de meer maatschappelijk georiënteerde thuiszorginstellingen. Het initiëren van projecten wordt hier sterk door beïnvloed. Bij de commerciële thuiszorginstellingen zijn begrippen als centrale regie, kwaliteitsnormen, efficiency en marktonderzoek sleutelbegrippen en bij de maatschappelijk georiënteerde gaat het in eerst instantie om activiteiten gericht op de verbetering van de gezondheid (kwaliteit van leven).

Door de thuiszorginstellingen worden in het algemeen weinig cursussen op het gebied van lichamelijke activiteit aangeboden. Op het gebied van gezond gedrag worden redelijk veel cursussen uitgevoerd.

Financiering

De activiteiten worden vanuit verschillende geldbronnen gefinancierd. In het algemeen worden activiteiten betaald vanuit de AWBZ, de zorgverzekeraars, de jaarlijkse bijdrage van de leden en eigen bijdrage van de deelnemers aan een preventieve activiteit. Afhankelijk van het type cursus is er sprake van een AWBZ bijdrage. De cursussen op het gebied van gezonde voeding worden vaak voor een deel door de AWBZ gefinancierd. Soms wordt een gedeelte van de eigen bijdrage door een zorgverzekeraar vergoed indien een aanvullende polis is afgesloten. Wisselingen in AWBZ bijdrage draagt bij tot financiële onzekerheid voor de uitvoering van een aantal cursussen.

Deskundigheid

Afhankelijk van de grootte van de thuiszorginstelling zijn een of meer GVO functionarissen betrokken bij de opzet van de cursussen. Gemiddeld zijn ongeveer 1 a 2 GVO- functionarissen bij een thuiszorginstelling in dienst. Het opleidingsniveau van de GVO-functionarissen is in 57% van de gevallen academisch en steeds meer op HBO-niveau (21%). Het blijkt dat bij grotere thuiszorginstellingen met verschillende functionarissen meer cursussen en voorlichtingsactiviteiten ontwikkeld kunnen worden; de reden hiervoor aangegeven is dat er door schaalvergroting bepaalde activiteiten gebundeld kunnen worden, waardoor tijd vrijkomt voor ontwikkeling en specialisatie. Ook is het ontwikkelen van activiteiten minder afhankelijk van 1 of 2 personen.

Afhankelijk van het type cursus wordt de begeleiding door verschillende professionele cursusleiders verzorgd. Voor activiteiten gericht op voeding zijn dit met name GVO-voorlichters en diëtisten. Voor de activiteiten gericht op lichamelijk bewegen zijn dit fysiotherapeuten en docenten lichamelijke opvoeding. De patiëntenvoorlichting en algemene gezondheidsvoorlichting wordt vaak door wijk- of stafverpleegkundigen uitgevoerd. Zij krijgen dan bij- of nascholing op het gebied van groepsvoorlichting. De verpleegkundig reumaconsulent is vaak een (staf)verpleegkundige.

Evaluatie

De taken van de GVO functionaris blijken meer op het terrein van ontwikkeling van concrete uitvoering van activiteiten dan op dat van evaluatie te liggen.

Slechts enkele cursussen/activiteiten worden geëvalueerd. Indien een cursus/activiteit wordt geëvalueerd, is dit meestal een waarderingsonderzoek. In het algemeen worden de effectmaten op basis van vragenlijsten bij deelnemers geëvalueerd. Vaak is de deelname aan de cursussen te klein om een goed effectonderzoek uit te voeren. Uit evaluaties blijkt dat de werving van deelnemers meestal via massa media plaats vindt.

De belangrijkste informatiebronnen zijn de krant, radio, bekenden/familie, folders/affiches bij instanties als huisartspraktijken en gezondheidscentra en verenigingen. De grootte van het bereik wordt niet geïnventariseerd.

Bij matige opkomst wordt de oorzaak meestal niet nagegaan. Uit gesprekken bleek dat vaak allerlei niet te voorspellen zaken van invloed kunnen zijn op het aantal aanmeldingen voor een cursus. Hiervoor wordt o.a. de negatieve of positieve aandacht van de media en overheid verstaan, een verkeerde naam van een activiteit, te hoge frequentie van een activiteit of een gelijk lopende andere activiteit enz. Vaak wordt na een aantal jaren een verzadigingsproces geconstateerd. Het lukt de thuiszorginstellingen dan moeilijk om nog meer mensen te bereiken.

Samenwerking

De thuiszorginstellingen werken met veel instanties samen. De mate waarin is afhankelijk van de grootte van de thuiszorginstelling en de activiteiten die zij ontplooiën.

Er kunnen samenwerkingsverbanden met andere thuiszorginstellingen, met ziekenhuizen en met zorgverzekeraars bestaan. De thuiszorginstellingen werken steeds meer in regionaal verband. Verder werken thuiszorginstellingen met onderzoeksinstituten als universiteiten of het Landelijk Centrum GVO samen, waarbij onderzoeken, protocollen en bijscholingscursussen worden ontwikkeld.

Een aantal thuiszorginstellingen werkt voor het ontwikkelen van cursussen buiten de AWBZ samen met Gezondheidsservice Nederland. Dit is een commerciële particuliere instelling waar aangesloten thuiszorginstellingen gebruik kunnen maken van door hun ontwikkelde standaarden. Ook werken de Thuiszorginstellingen samen met Teleac, het Nederlands Zuivel Bureau en de Coördinatiecentra Chronisch Zieken. De landelijke Vereniging voor Thuiszorg heeft met de afzonderlijke thuiszorginstellingen vooral samenwerkingsverbanden op beleidsmatig niveau.

4.3 Coördinatiecentra Chronisch Zieken

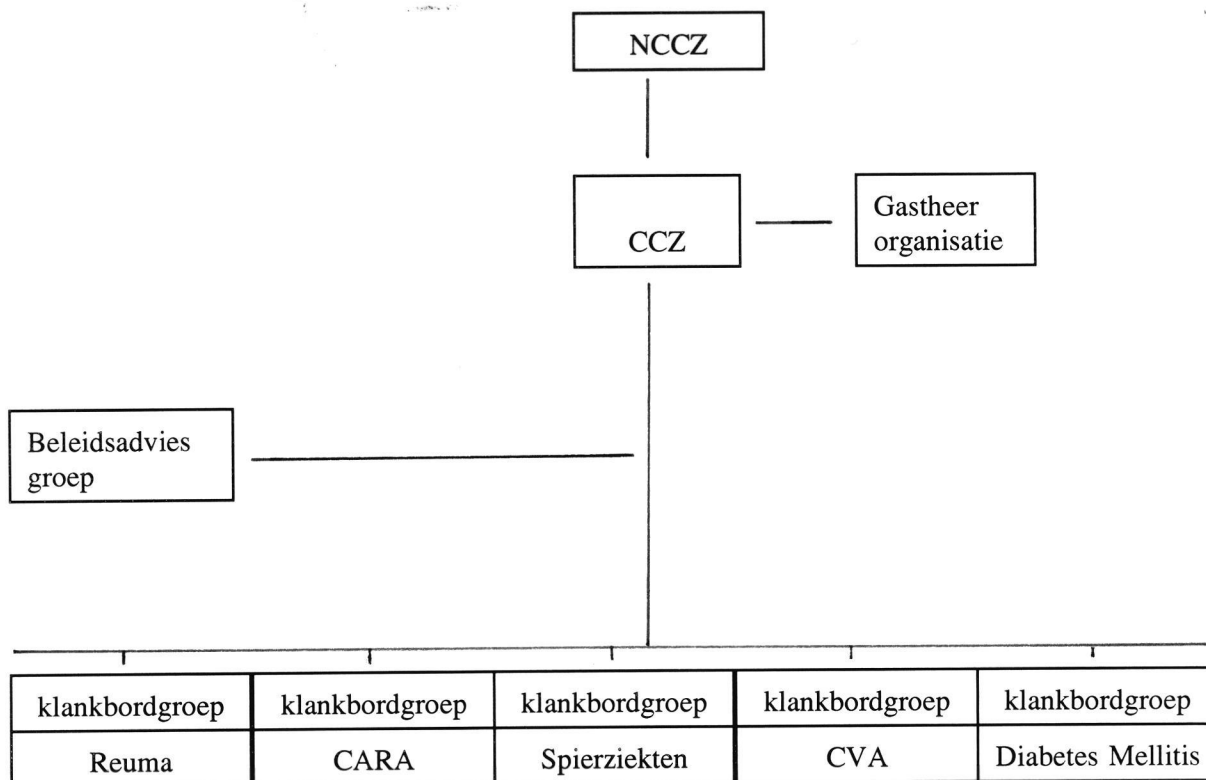
Inleiding

Begin 1994 is een experiment met drie "coördinatiecentra chronisch zieken" (CCZ) voor de duur van drie jaar van start gegaan. Dit experiment wordt door de Nationale Commissie Chronisch Zieken gefinancierd. De coördinatiecentra moeten een op de regio toegespitst beleid voor chronisch zieken ontwikkelen. Het doel van de coördinatiecentra is om de kwaliteit van zorg aan chronisch zieken in de regio te vergroten. De coördinatiecentra richten zich op patiënten(verenigingen) en hulpverleners en alle betrokken instanties die met chronische ziekten te maken hebben. De belangrijkste taakstelling van de centra zijn:

- 1- het verhogen van de kennis/deskundigheid van hulpverleners;
- 2- het verbeteren van afstemming tussen hulpverleners en tussen 1^e en 2^e lijn zorg;
- 3- het verbeteren van praktische toepasbare en toegankelijk kennis en informatie;
- 4- het bevorderen van protocollering;
- 5- het bevorderen van vroege opsporing van ziekten, preventie en voorlichting;
- 6- het opzetten van een registratiesystemen;
- 7- het verspreiden van kennis door het organiseren van bijeenkomsten;
- 8- het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek.

De centra zijn organisatorisch ingebed in bestaande gezondheidsvoorzieningen met een zekere infrastructuur in de betreffende regio. Voor het Coördinatiecentrum Chronisch Zieken Noord-Nederland (CCZNN) is dit het Academisch Ziekenhuis Groningen.

In onderstaande figuur is in een organogram de structuur van één van de drie coördinatiecentra weergegeven.



figuur 4.3: Organogram coördinatiecentrum chronisch zieken

Het centrum in Limburg (Synchron) bevindt zich in het Instituut voor Revalidatie Vraagstukken. Het coördinatiecentrum in Zuid-Holland is ondergebracht bij het integrale kankercentrum IKR/IKW (CCZ IKR/IKW) te Rotterdam/Leiden. Naast nadrukkelijke aandacht voor de gemeenschappelijke problematiek van alle chronische ziekten wordt per regionaal coördinatiecentrum specifiek aandacht besteed aan een aantal chronische aandoeningen. Binnen het CCZNN ligt het zwaartepunt bij Multiple Sclerose, Reuma, CARA en cystische fibrose. Synchron richt zich op Reuma, CVA, Diabetes Mellitus, Spierziekten en CARA. Het CCZ IKR/IKW besteed specifiek aandacht aan Reuma, Multiple Sclerose, de ziekte van Parkinson, chronische leverziekten, chronische darmziekten en cystische fibrose.

De organisatie van de coördinatiecentra bestaat verder uit de klankbordgroepen (diagnosespecifieke werkgroepen waarin hulpverleners en organisaties zitting hebben), netwerkorganisaties (belanghebbende regionale zorg- en patiëntenorganisaties), de beleidsadviescommissie (een adviesorgaan samengesteld uit vertegenwoordigers van regionale organisaties) en tot slot de landelijke begeleidingscommissie. De klankbordgroepen hebben als taak ziekte-specifiek knelpunten te signaleren in aansluiting daarop een bijdrage te leveren aan zorgverbeterende initiatieven.

Het gehele experiment wordt geëvalueerd door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

De diagnosegroepen, die onder "Reuma" vallen, zijn voor twee van de drie centra duidelijk omschreven. In eerste instantie is de aandacht gericht op reumatoïde artritis. Verder richten de centra zich op spondylitis ankylopoëtica (Bechterew), fibromyalgie en andere reumatische aandoeningen.

Veel activiteiten in de werkplannen zijn nog sterk in ontwikkeling en slechts een deel is al ten uitvoer gebracht. In deze inventarisatie zal een beeld van de belangrijkste projecten worden weergegeven van de drie centra aan de hand van een interview met CCZNN, de werkplannen 1995 van de drie coördinatiecentra en een interim-rapportage van een evaluatieonderzoek het NIVEL (september, 1995).

Informatie, documentatie en voorlichting

Twee van de drie coördinatiecentra noemen in hun werkplannen de voorlichtingsfunctie gericht op hulpverleners, patiënten(verenigingen) en het algehele publiek. Daarnaast kunnen mensen met specifieke vragen doorverwezen worden naar een instelling of persoon met de benodigde deskundigheid. De centra bezitten een overzicht van bestaande (gezondheidszorg)voorzieningen en -regelingen en personen die van belang zijn voor mensen met reuma en hun omgeving (sociale kaart/gids).

Incidenteel worden lezingen en bijeenkomsten verzorgd samen of in opdracht van patiëntenverenigingen, opleidingsinstellingen etcetera. Daarnaast worden symposia voor onder andere verpleegkundigen en paramedici georganiseerd. In een samenwerkingsprotocol voor reumatoïde artritis patiënten en partners is een voorlichtingsprogramma opgenomen dat twee keer per jaar wordt aangeboden. Eén centrum poogt voorlichtingsprogramma's in de regio te uniformeren.

Coördinatie

Reumaconsulenten

In twee van de drie centra zijn reumaconsulenten met een verpleegkundige achtergrond aangesteld. In één centrum is een reumatoloog als medisch consulent reuma aangesteld. Deze medische consulent heeft een adviserende taak in protocolontwikkeling, registratie ontwikkeling en het coördineren van een verschuiving van 'basiszorg' van reumatoloog naar de huisarts. De andere verpleegkundige reumaconsulenten hebben ook een directe coördinerende taak binnen patiëntenzorg.

De drie centra initiëren en ondersteunen het aanstellen van reuma-consulenten/transmuraal verpleegkundigen Reuma in ziekenhuizen en thuiszorginstellingen. Door de centra worden projecten beschreven om netwerken van verpleegkundig reumaconsulenten vergroten, de deskundigheid te vergroten en een duidelijk functie profiel te creëren. Dit komt tot uiting in projecten zoals: verdieping functie reumaconsulent, Netwerk reumaconsulent, stimuleren van de een landelijk cursus reumatologie voor verpleegkundigen van uit de Stichting Scholing Specifiek Verpleegkundigen etcetera.

Deskundigheidsbevordering

In twee landelijke centra wordt veel aandacht aan deskundigheidsbevordering van hulpverleners ten aanzien van de zorg en behandeling van chronische zieken gegeven. De verpleegkundig consulenten reuma dragen kennis over aan andere verpleegkundigen in de landelijke cursus reumatologie, een regionale cursus orthopaedie voor verpleegkundigen en een regionale reumacursus voor alle betrokken disciplines.

Protocollen

Door twee centra wordt actief aan het opzetten van samenwerkingsprotocollen ten behoeve van reumapatiënten gewerkt. In één centrum is een samenwerkingsprotocol tussen alle betrokken disciplines (huisarts, reumatoloog, fysiotherapeut, ergotherapeut, reumaconsulent, wijkverpleegkundige) voor patiënten reumatoïde artritis ontwikkeld en geïmplementeerd. Het doel van dit protocol is om de continuïteit en coördinatie van zorg te bevorderen, de kwaliteit van zorg te vergroten en de bereikbaarheid van hulpmiddelen en aanpassingen te optimaliseren. De doelgroep zijn patiënten met recent ontstane reumatoïde artritis (0-5 jaar). Naast het protocol wordt twee keer per jaar een voorlichtingsbijeenkomst georganiseerd voor patiënten, hun partners en familieleden. In 1994 is een evaluatie van dit protocol verricht. Hieruit komt een aantal knelpunten naar voren. Deze liggen met name op het gebied van het verwijsbeleid en communicatie met de eerstelijns zorg. Aan de hand van de verkregen resultaten is het protocol bijgesteld. Het protocol wordt nu ook bij andere instellingen als ziekenhuizen en thuiszorginstellingen geïmplementeerd.

Voor fibromyalgie patiënten wordt in één centrum een project gestart om de zorg te verbeteren. Dit moet resulteren in een actieplan.

Samenwerking

De samenwerking tussen de coördinatiecentra in de eerste plaats gestalte door een 3-maandelijks intercoördinatoren overleg. Daarnaast zijn er bescheiden samenwerkingsvormen ontstaan ten aanzien van het organiseren van bijeenkomsten, presentaties e.d..

De coördinatiecentra hebben samenwerkingsverbanden met de betrokken gastheerorganisaties en met instanties die betrokken zijn bij de zorg voor chronisch zieken. Het verloop van de samenwerkingsverbanden is niet altijd optimaal. Veel organisaties tonen enige gereserveerdheid ten opzichte van samenwerking met de CCZ's vanwege hun experimentele status.

4.3 Reumaconsulenten

Inleiding

De functie reumaconsulent is in Nederland ontstaan vanuit de opvatting dat naast medische zorg, ook behoefte is aan psycho-sociale begeleiding en praktische dienstverlening gericht op het begeleiden van gevolgen van reumatische ziekten. In Nederland zijn op dit moment ongeveer 40 reumaconsulenten aangesteld in een ziekenhuis (polikliniek reumatologie) of thuiszorginstelling of in een samenwerkingsverband van beide. Daarnaast zijn in twee coördinatiecentra reumaconsulenten aangesteld om de zorg van patiënt te coördineren. De reumaconsulenten bezitten vaak zogenaamde transmurale functie tussen de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg.

De organisatie die belangen en ontwikkelingen van de taken van de reumaconsulenten behartigd is de Werkgroep Reumaconsulenten van de Nederlandse Vereniging voor Verzorgenden en Verpleegkundigen in de Reumatologie.

De functie van de reumaconsulenten wordt aan de hand van een interview met een reumaconsulente, die bij één van de coördinatiecentra in dienst is en een interview met een reumaconsulent van een thuiszorginstelling in kaart gebracht. Daarnaast is gebruik gemaakt van de inventarisatie 'Onderzoek Reumazorg' (Rademakers et al, 1992), een evaluatie van de samenwerkingsprotocollen reumatoïde artritis (Coördinatiecentrum Noord Nederland, 1994), een rapport 'Zorgbehoefte versus zorgaanbod bij de chronische ziekte reumatoïde artritis' (Tuinstra, 1993) en het rapport 'Beweging rond reuma' (Hermsen et al, 1992).

Activiteiten van de reumaconsulent

De taken van een reumaconsulent zijn voor een deel patiëntgebonden (begeleiden en voorlichting van patiënten) en voor een deel niet patiëntgebonden (deskundigheidsbevordering bij andere hulpverleners, ontwikkelen van nieuwe zorgfacetten en protocollering van zorg). De reumaconsulenten in ziekenhuizen/thuiszorginstellingen besteden een groot deel van de tijd aan patiëntgebonden zorg, waardoor de niet patiëntgebonden taken gericht op de deskundigheidsbevordering en het ontwikkelen van nieuwe zorgfacetten en protocollering van zorg, beperkt is.

De taken van de reumaconsulenten/verpleegkundige consulente reuma en reumaverpleegkundige zijn niet landelijk vastgesteld. In thuiszorginstellingen zijn er wijkverpleegkundigen die zich specifiek op zorgtaken voor reumapatiënten richten (gespecialiseerde reumaverpleegkundigen). Soms is de functie van een reumaconsulent en gespecialiseerde reumaverpleegkundige gecombineerd.

De doelgroep van de reumaconsulenten zijn in eerste instantie reumatoïde artritis patiënten die via een reumatoloog worden verwezen. Patiënten met andere reumatische aandoeningen komen minder snel met een reumaconsulent in aanraking.

De reumaconsulent wordt vaak aangesteld door een ziekenhuis, een thuiszorginstelling of bij beide. Niet alle ziekenhuizen bezitten voldoende financiële middelen om een reumaconsulent aan te kunnen stellen, bovendien vindt een aantal ziekenhuizen dat de reumaconsulent in de eerste lijn thuis hoort. In sommige regio's is de reumazorg over meerdere ziekenhuizen verspreid, hetgeen de samenwerking tussen reumaconsulenten, reumatoloog, ziekenhuizen en thuiszorginstellingen bemoeilijkt.

De achtergrond van de reumaconsulent is meestal verpleegkundige, maar soms ook een maatschappelijk werker of zelfs fysiotherapeut. Een specifieke opleiding tot reumaconsulent bestaat (nog) niet. De opleidingen die kunnen worden genoten worden verzorgd door de Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen reuma of via een specifieke cursus in de reumatologie.

Uit het onderzoek van Rademakers (1992) over reumazorg, blijkt dat de begeleiding en voorlichting van de patiënten omvangrijker is dan in de reguliere zorg. Tevens kan de reumaconsulent de zorgafstemming verbeteren.

Samenwerking

De reumaconsulenten werken met alle eerste- en tweedelijns hulpverleners samen. De samenwerkingsverbanden variëren afhankelijk van de bereidheid van de verschillende disciplines.

4.3 Overige initiatieven

Inleiding

Naast de genoemde instellingen zijn er in Nederland vele initiatieven die niet direct onder bovengenoemde organisaties en instellingen vallen. Een aantal van deze activiteiten is te lokaal of weinig structureel. Het is moeilijk om een totaal overzicht van deze activiteiten te verkrijgen. In deze paragraaf wordt een aantal van deze activiteiten globaal genoemd.

Consultatie/zuigelingenbureau

De jeugdgezondheidszorg voor kinderen tot aan de schoolgaande leeftijd (4 jaar) wordt uitgevoerd door de erkende kruis- of thuiszorgorganisaties. De jeugdgezondheidszorg voor zuigelingen en peuters (0-4 jaar) wordt bekostigd uit middelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en omvat huisbezoeken, preventieve gezondheidsonderzoeken, vaccinaties, screeningen en voorlichtings-bijeenkomsten. In het algemeen is het opkomstpercentage bij uitnodiging voor preventief gezondheidsonderzoek op het zuigelingenbureau groot (95%).

Tijdens de preventieve gezondheidsonderzoeken en screeningen worden erfelijke en verworven houdingsafwijkingen onderzocht. Het onderzoek van de heupen ter opsporing van een aangeboren (gedeeltelijke) ontwrichting of misvorming van het heupgewricht (congenitale heupluxatie of dysplasie) wordt tijdens de preventieve gezondheidsonderzoeken uitgevoerd. Dit onderzoek wordt landelijk redelijk gestandaardiseerd uitgevoerd door de consultatiebureau-artsen op de leeftijd van 2, 5, 6 en 9 maanden. Screening op congenitale heupluxatie of dysplasie wordt soms ook uitgevoerd door verloskundigen, huisartsen, kinderartsen of orthopaeden.

Gemeenten en Sportbonden

Er zijn een aantal lokale initiatieven gestart, bijvoorbeeld in Amsterdam, om met subsidiegelden van de gemeente wekelijkse sportuurtjes (bijvoorbeeld gymnastiek en voetbal) buiten school om te organiseren. Dit gebeurt zo mogelijk in samenwerking met sportverenigingen en onder leiding van leraren lichamelijke opvoeding. Deze activiteiten zijn zeer afhankelijk van de subsidiëring van de gemeente. Ook een aantal sportbonden heeft een actieplan opgesteld om het bevorderen van sport op en buiten scholen om noodzakelijk te maken.

Particuliere initiatieven van sportscholen en fysiotherapie praktijken

Een aantal sportscholen en fysiotherapie praktijken biedt rugscholingscursussen en bewegings-/fitnessprogramma's aan voor zowel de jeugd als de volwassen bevolking. Op basis van het Bewegings Informatie Systeem (BIS) van het Nederlands Instituut voor Gezondheid (Stiggelbout, 1995) blijkt 23% van de activiteiten voor de doelgroepen ouderen en chronisch zieken uitgevoerd te worden door een sportschool en 9% door een fysiotherapiepraktijk. De bewegingsactiviteit wordt meestal door een fysiotherapeut, leraar lichamelijke opvoeding, sportleider of MBvO-leider begeleid. De deskundigheid die nodig is voor de begeleiding voor deze doelgroepen is niet altijd voldoende; vaak is een gebrek aan kennis van verschillende aandoeningen aanwezig en is de relatie tussen sport en bewegen enerzijds en specifieke aandoeningen anderzijds onvoldoende bekend.

In sommige plaatsen in Nederland hebben kinderfysiotherapeuten in samenwerking met sportverenigingen hun eigen programma's opgezet gericht op motorische achterstand bij kinderen.

Scholen

Het aantal uren voor het vak lichamelijke opvoeding is de laatste jaren sterk verminderd waardoor het de kans bestaat dat kinderen te weinig beweging krijgen. Uit een onderzoek van TNO (Spee-Wekke, 1994) blijkt dat 6% van de schoolgaande jeugd niet geheel gezond is en een gebrekkige motoriek bezit.

In sommige plaatsen lopen mede door de gemeente gesubsidieerde projecten, waarin leraren op scholen de taak op zich genomen hebben om kinderen te signaleren die een motorische achterstand bezitten. Aan deze kinderen wordt voor een normale contributie bij een sportvereniging specifieke bewegingsprogramma's aangeboden. Het doel van de programma's is zowel de motorische achterstand te verkleinen, alsmede de sociale integratie van deze kinderen te bevorderen.

Dit type programma's houdt vaak op te bestaan als de financiering wordt stopgezet. Andere financiers zoals zorgverzekeraars voelen zich vaak niet geroepen om de subsidie over te nemen.

Op sommige plaatsen zijn initiatieven ontplooid om het schoolmeubilair ergonomisch aan te passen voor kinderen. Het doel van deze aanpassingen is verkeerde houdingen te voorkomen.

Recent is een specifiek lesprogramma ontwikkeld, getiteld 'de klas beweegt'. Dit programma wordt in de vorm van een fysiotherapie-kalender aangeboden. De lesmethode is ontwikkeld voor het reguliere basisonderwijs. Het doel van de methode is de kinderen te motiveren dagelijkse in- en ontspannende activiteiten af te wisselen, zodat de juiste houding, beweging en ontspanning in de klas wordt gestimuleerd.

Naar verwachting kunnen door het dagelijkse toepassen van een veelzijdig bewegingspatroon bij kinderen klachten voorkomen worden, die verband houden met inactiviteit en langdurige statische werkhouding. Over de implementatie van dit lesprogramma zijn geen gegevens voorhanden.

Stichting Leerplan Ontwikkeling

In de basisvorming van het voortgezet onderwijs is per augustus 1993 het vak 'Verzorging' ingevoerd. De algemene doelstelling van dit vak is uitgewerkt in 23 kerndoelen. In het domein 'Gezondheid en Welzijn' is een onderdeel het aanleren van goede houding en beweging. Daarnaast wordt in het domein Voeding informatie over goede voeding gegeven. Docenten voor het vak verzorging en huishoudkunde of gezondheidskunde zijn bevoegd tot het geven van dit vak. Voor andere docenten zijn er nascholingscursussen.

Het vak 'Verzorging' is in een kwantitatieve evaluatie onderzocht. De effecten van het Vak 'verzorging' op het gedrag van schoolgaande jeugd zijn (nog) niet onderzocht.

Nederlandse Vereniging Voor Ergonomie (NVVE)

de NVVE houdt zich bezig met de coördinatie van ergonomische onderzoek en stelt zich als intermediair op tussen verschillende organisaties die zich op ergonomie richten. Er bestaat weinig informatie over ergonomie in de thuissituatie. Ook andere instituten lijken hier geen aandacht aan te besteden.

Nederlandse Spoorwegen (NS): Sectie Ergonomie

Door de NS is een evaluatie verricht naar ergonomische aspecten van het openbaar vervoer, bijvoorbeeld van de interregiorunner. Een ergonomische maatregel die relevant is voor dit project is de aanpassing aan de stoelen in een aantal treinen. Bij de ontwikkeling van nieuwe openbaar vervoersmogelijkheden wordt er slechts in beperkte mate aandacht besteed aan ergonomische aspecten. Voor gehandicapten worden veel aanpassingen doorgevoerd zoals instapcomfort, deurbreedte, gangpaden, zitcomfort, klimaat, bagage, geluid en trilling en ruimte voor rolstoelen.

Nationale Woningraad

Aanpassingen in huizen vinden vooral plaats in het kader van tertiaire preventie of ongevalspreventie. In huizenbouw wordt met specifieke beperkingen en handicaps zoveel mogelijk rekening gehouden. Er worden veel aanpassingen gedaan in relatie tot rolstoelgebruik. De Nationale Woningraad in een voert een evaluatie uit van aantal projecten 'Aanpasbaar wonen'. Woningbouwcorporaties, particulieren, gemeentes kunnen voor nieuwbouw woningen aan de hand van richtlijnen een keurmerk (Senior label) krijgen om voor ouderen veilige en kwalitatief goede woningen te bouwen.

Er bestaat een handboek waarin veiligheid in en rondom huis wordt beschreven. Hierop aansluitend wordt voorlichting gegeven aan ouderen waarbij het met name gaat om aanpassingen van de fysieke omgeving. De Stichting Consument en Veiligheid (SCV) heeft een programma 'Wijzer wonen voor ouderen' en geeft aantal brochures uit ten aanzien van veiligheid in en rondom het huis.