

Carel Hulshof

De kloof tussen wetenschap en praktijk dichten

Dick van Putten



Carel Hulshof. Foto: Jeroen Oerlemans

Carel Hulshof is per 1 mei 2011 benoemd tot bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam bij het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het Academisch Medisch Centrum.

Wie is Carel Hulshof?

‘Naast het bijzonder hoogleraarschap werk ik 2,5 dag per week als universitair hoofddocent bij het Coronel Instituut en 1,5 dag per week als coördinator richtlijnontwikkeling bij het Kwaliteitsbureau van de NVAB. Mijn vrouw is huisarts en we hebben drie dochters. Ze zijn inmiddels allemaal het huis uit en zitten ook in de medische sfeer. Ik heb zelf zoiets van, waarom gaan ze niet wat anders doen, er zijn zoveel leuke dingen. Maar kennelijk kruipt het bloed waar het niet gaan kan.

Ik heb mijn studie geneeskunde in Nijmegen gedaan. Daar heb ik ook de opleiding tot bedrijfsarts gevolgd en vier jaar gewerkt bij de regionale bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) Nijmegen. Die werd toen net opgezet door Henk Wolvetang, die hoofd van de opleiding in Nijmegen was. Samen met Jan Schreurs en Paul Smits heb ik toen een van de eerste beroepssurveys voor de BG Bouw (later Arbouw) gemaakt, over natuursteenbewerkers. Dat was tevens een werkstuk voor de opleiding. Ik richtte me op één van de veel voorkomende risicofactoren in dat beroep: trillingen. Dat zou een rode draad in mijn carrière worden.

In 1983 begon mijn vrouw als huisarts in Zandvoort. Aangezien er voor bedrijfsartsen in die tijd overal in Nederland wel plaats was, zijn we naar

het westen verhuisd. Ik kon daar een leuke onderzoeksbaan naar de effecten van blootstelling aan trillingen krijgen op het Coronel Laboratorium, zoals het toen nog heette. Ik miste echter wel de praktijk. Na een jaar heb ik de kans aangegrepen om parttime als bedrijfsarts te gaan werken op de BGD Amsterdam (Oostenburg). Vanaf die tijd in 1984 heb ik tot 1999, half om half als onderzoeker en praktiserend bedrijfsarts gewerkt.

Uiteindelijk ben ik in 1998 gepromoveerd. Het eerste deel van mijn proefschrift ging meer over de epidemiologie en effecten van trillingen. Het tweede deel van mijn promotieonderzoek had vooral betrekking op de methodologie voor evaluatieonderzoek in de praktijk. Daar kwam in de tweede helft van de jaren negentig steeds meer belangstelling voor. Met Frank van Dijk en Jos Verbeek (mijn promotor respectievelijk copromotor) ben ik me toen meer gaan richten op de effectiviteit van handelen, evidence-based handelen en op de ontwikkeling van richtlijnen. Samen met de SKB (André Weel) heb ik als voorzitter van de commissie wetenschap van de NVAB en op verzoek van het toenmalige NVAB-bestuur, het initiatief genomen om een schets voor een infrastructuur uit te werken voor het ontwikkelen van evidence-based richtlijnen. De ontwikkeling van de eerste richtlijnen, over lage-rugklachten en psychische klachten, was mogelijk omdat het goed aansloot op lopende onderzoeken binnen het Coronel Instituut. Dat heeft geholpen om uiteindelijk, met steun van het ministerie van SZW, te komen tot de oprichting van het Kwaliteitsbureau van de NVAB. Daarin werd het Richtlijnenbureau opgenomen dat tijdelijk bij de SKB was ondergebracht.’

- ▮ Ik heb veel meer vrienden dan ik dacht.
- ▮ Evaluatie van effectiviteit van richtlijnen is een belangrijke onderzoekslijn.
- ▮ Ik zie het vak in de breedte, dus zowel de preventieve taken als de verzuimbegeleiding.

Als hoogleraar voor zo'n 2000 beroepsgenoten, merkt Carel al meteen dat hij een stuk populairder is. ‘Ik heb veel meer vrienden dan ik dacht. Veel mensen willen graag via LinkedIn aanslui-

ten. En dat is ook goed. Want communiceren is natuurlijk ook een belangrijke taak bij het uitdragen van de leerstoel. Wat ik ook wel leuk vind, is dat ik door artsennet.nl gevraagd ben om een blog te schrijven. Daar heb ik meteen ja op gezegd. Dat is een mooie gelegenheid om de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde wat breder in de geneeskunde onder de aandacht te brengen.'

Wat ga je doen in het kader van je leerstoelactiviteiten?

'Mijn activiteiten zullen zich vooral richten op het leggen van een verbinding tussen theorie en praktijk, het leveren van een bijdrage aan het dichten van de kloof tussen wetenschap en dagelijkse praktijk. Dat ligt in het verlengde van de richtlijnontwikkeling. Dat zal ik doen in het onderzoek en ook in het onderwijs.'

Welke doelen wil je over 5 jaar gerealiseerd hebben?

'Minimaal twee aio's verwerven, tien tot twaalf internationale publicaties en het dubbele aan Nederlandstalige publicaties op onderzoeksgebied en op onderwijsgebied een betere afstemming realiseren tussen de acht medische faculteiten op het terrein van werk en gezondheid. Je ziet daar grote verschillen. In Amsterdam, zowel bij ons als bij de VU, gebeurt overigens redelijk veel.'

Wat zijn de speerpunten in het onderzoeksprogramma?

'In de eerste plaats onderzoek naar de effectiviteit van bedrijfsgeneeskundig handelen. Wat voegt het handelen van de bedrijfsarts toe aan de gezondheid van werknemers?'

Richt het onderzoek zich op specifieke aandoeningen of doelgroepen?

'We zijn nu aan het bekijken waar we ons specifiek op gaan richten. Een van de gedachten is om onderzoek te doen naar de effectiviteit van handelen van de bedrijfsarts bij ischemische hartziekten. Maar dit is maar één van de gedachten. Wel zal het een toepassingsgebied worden waarin de evaluatie van de effectiviteit van richtlijnen een belangrijk onderdeel zal zijn. Daarnaast zijn we bezig enkele concrete projectvoorstellen te ontwikkelen, bijvoorbeeld gericht op een praktijktoets van het preventieconsult.

Een tweede speerpunt is implementatie. Steeds zie je toch weer dat veel innovaties op de een of andere manier stranden bij de implementatie in de praktijk. Dus onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor het invoeren van richtlijnen en andere innovaties.'

Waar ga je dit implementatieonderzoek meer specifiek op richten?

'De nadruk ligt op het handelen van de professionals. Daarbij spelen natuurlijk ook randvoorwaarden een rol die te maken hebben met de context waarbinnen bedrijfsartsen werken, bijvoorbeeld de arbodienst of financiering. Maar ik wil me specifiek richten op elementen die bij de professionals zelf liggen. Ik zal daarvoor ook mijn goede contacten met IQ Healthcare uitbouwen. Dat is een onderzoeksinstituut in Nijmegen dat onder de bezielende leiding van de onlangs met emeritaat gegane Richard Grol een internationaal vermaard kennisinstituut is op het gebied van het handelen van professionals in de gezondheidszorg. Daar vindt veel implementatieonderzoek plaats. Ik ben betrokken bij enkele projecten rond richtlijnen. Van belang is om de projecten in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde goed af te stemmen op het onderzoek in die projecten.

Een derde speerpunt is de kennisinfrastructuur: Hoe kunnen we deze structuur optimaal inrichten om de verbinding tussen wetenschap en praktijk te verbeteren? Hoe kunnen ontwikkelingen als E-health en E-learning ingezet worden om de kloof tussen wetenschap en praktijk te dichten? In deze lijn is overigens al een promovendus van mij actief.'

Wat betreft het onderbrengen van de leerstoel in Amsterdam, merkt Carel nog op dat het 'oorspronkelijk de bedoeling was de leerstoel van de NVAB in Nijmegen te vestigen. Uiteindelijk is echter, juist vanwege de kritische massa, voor Amsterdam gekozen. Daar zal de inbedding toch makkelijker plaats kunnen vinden. Maar de link met Nijmegen is in de leeropdracht, zij het heel bescheiden, nog wel overeind gebleven. Ik zal me hard maken om ook het onderzoek en onderwijs in Nijmegen verder te stimuleren. Er zijn daar veel goede initiatieven juist in de eerste lijn en ook is er een academische werkplaats. Ik ga in overleg met de sleutelfiguren daar om te kijken waar ik ondersteuning zou kunnen bieden bij diverse initiatieven op het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.'

Hoe zie je jouw positie met deze leerstoel ten opzichte van de verzekeringsgeneeskunde? Han Anema heeft laatst in zijn oratie nog eens een lans gebroken voor de AAG.

'Deze leerstoel is gericht op de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Er zijn natuurlijk overeenkomsten, maar ook verschillen tussen de verze-

keringsgeneeskundige achtergrond en benadering van het werk en die van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Ik richt me toch primair op de taken en activiteiten van de bedrijfsarts, waarbij ik het vak in de breedte zie, dus zowel de preventieve taken als de verzuimbegeleiding.

Het overbruggen van de kloof tussen verzekeringsgeneeskunde en arbeids- en bedrijfsgeneeskunde heeft niet mijn eerste prioriteit. Maar ik realiseer me wel dat er beter samengewerkt kan worden in de opleiding en in de uitvoering. Het blijft toch een vreemde situatie dat in het kader van de Wet verbetering poortwachter de verzekeringsarts vaak niet of nauwelijks contact heeft met de bedrijfsarts en andersom. Dat vind ik een gotspe, het gaat uiteindelijk om de begeleiding van een werknemer, dat belang moet toch voorop staan. Het lijkt me niet goed, als professionals geen contact met elkaar hebben om af te stemmen of om tot overeenstemming te komen.'

- I De wervende kracht die van veel arbodiensten uitgaat, is niet erg groot.
- I De bedrijfsarts hoeft niet iedereen te zien die ziek is, dat is onzin.
- I Je blijft als bedrijfsarts verantwoordelijk voor wat er medisch inhoudelijk gebeurt.
- I Wij hebben de functie bedrijfsverpleegkundige helemaal overboord gezet.

Je wordt ook geacht de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde nadrukkelijk te positioneren in de geneeskunde-opleiding. Onlangs heeft de capaciteitsraming van NIVEL laten zien dat er de komende jaren een vijf- tot tienmaal hogere instroom nodig is in de opleiding tot bedrijfsarts dan de huidige 29 basisartsen. Dat is nogal een opgave.

'Twee dingen wil ik hierbij uit elkaar houden. De eerste is het belang van de relatie tussen werken en gezondheid beter naar voren laten komen in de opleiding. Daar zie ik goede ontwikkelingen. Als ik de coassistenten van nu vergelijk met die van 10-15 jaar geleden, dan wordt het idee dat werk een belangrijke factor in de gezondheid is, veel meer door hen geaccepteerd. Ze vinden het een belangrijk onderwerp. Maar als ze een coschap gelopen hebben, in ieder geval in een aantal arbodiensten, dan komen ze terug met verhalen, dat er bij veel bedrijfsartsen frustratie en discussie is over de uitvoeringspraktijk. De wervende kracht die op dit moment van veel arbo-

diensten uitgaat, is niet erg groot. De uitvoeringspraktijk staat vaak nog ver af van wat ook wij als NVAB roepen dat deze zou moeten zijn, namelijk het vak in de volle breedte uitoefenen, met aandacht voor preventie en ook contacten met werkgevers en werknemers. Dat probeer ik studenten ook voor te houden: staar je niet blind op de huidige uitvoeringspraktijk, daar is veel discussie over.

Daarnaast is het verhaal van het capaciteitsoragan deels ook een demografisch verhaal. Tussen nu en 10 jaar stroomt meer dan 50% uit. De vraag is of we al die bedrijfsartsen nodig hebben. Daar kun je over twisten. Het hangt helemaal af van waarvoor je bedrijfsartsen wilt inzetten. En waarvoor ze gevraagd worden, ja. Wat maakt je meerwaarde als bedrijfsarts? Ik denk dat daar ook nog wel wat slagen te maken zijn.'

Is het overnemen van taken van bedrijfsartsen door andere disciplines een oplossing?

'Op een aantal punten kan dat wel, alleen de praktijk slaat nu naar de andere kant door. Dat bedrijfsartsen soms worden weggehouden van hun taken. Die verhalen hoor ik uit de praktijk: dat patiënten met arbeidsgebonden aandoeningen die worden doorverwezen door de huisarts, geen contact met de bedrijfsarts mogen opnemen, geen bedrijfsarts hebben of merken dat niet de bedrijfsarts maar hun leidinggevende daar zit. Dat komt steeds meer voor. Mijn vrouw merkt dat als huisarts ook. De bedrijfsarts hoeft natuurlijk niet iedereen die ziek is, te zien, dat is onzin. Je moet wel meerwaarde hebben en dan gaat het vooral om de gecompliceerdere gevallen. Daar moet je als bedrijfsarts dan wel de regie hebben en die ook opeisen. Dat kun je niet overdragen aan de vrije markt van de casemanagers, arbeidsdeskundigen en allerlei andere personen, die er nu tussen gezet worden. Ik denk dat het goed en ook onontkoombaar is dat een aantal taken in het kader van de verzuimbegeleiding worden overgenomen.

Maar de bedrijfsarts zal inhoudelijk wel een nadrukkelijke rol moeten spelen. En ook in de coördinatie moeten weten wat er gebeurt. Uiteindelijk blijf je als bedrijfsarts toch verantwoordelijk voor wat er medisch inhoudelijk gebeurt.

Deze discussie komt natuurlijk ook, en dat is een groot verschil met andere landen, doordat wij in Nederland de functie van de bedrijfsverpleegkundige vrijwel helemaal overboord gezet hebben. In de Scandinavische landen, Engeland, Duitsland, voor een deel ook Amerika, is die functie nog belangrijk. Er zijn daar (kleinere) arbodiensten

die vooral gerund worden door bedrijfsverpleegkundigen. Daar heeft de bedrijfsarts vaker een positie als consulent. In Nederland is de ontwikkeling geweest dat ze of buiten de deur zijn gezet, of zich hebben omgeschoold tot arbeidshygiënist, ergonomo of een ander beroep. Daarmee is de bedrijfsverpleegkundige, met een medische achtergrond, die samenwerkt als twee-eenheid met de bedrijfsarts, grotendeels verloren gegaan. In dat vacuüm zijn onder anderen de casemanagers gesprongen.'

- I De commercialisering van de arbodiensten heeft geen positieve impuls gegeven aan de discussie over de kwaliteit.
- I Je bent natuurlijk nog steeds primair arts.
- I De opsplitsing tussen werknemers- en werkgeversarts vind ik een moeizame constructie.
- I Het is toch te dol voor woorden dat je eerst aan je leidinggevende moet vragen of je naar de bedrijfsarts mag.
- I Ja, dank je de koekoek dat ze de bedrijfsarts niet vertrouwen.

Bij de taken van de leerstoel hoort ook het bijdragen aan de maatschappelijke profilering van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Daar ben je dan wel met je neus in de boter gevallen, gezien het recente, zeer kritische rapport van AStri over de positie van de bedrijfsarts. Ik las dat de voorzitter van de NVAB opmerkte dat er ook systeemveranderingen nodig zijn. Deel je die mening?

'Ja, die deel ik wel. Kijk, je kunt nog zoveel rapporten maken over de beeldvorming over bedrijfsartsen, en daar voorlichting over geven, maar uiteindelijk bepalen werkgevers en werknemers wat daarvan gemaakt wordt. Als dat ver afstaat van wat het volgens rapporten, voorlichting, richtlijnen zou moeten zijn, dan los je dat niet een-twee-drie op. Vertrouwen komt te voet en gaat te paard. De discussie over de setting van bedrijfsarts is belangrijk. Er is, denk ik, ook niet één oplossing. De marktwerking speelt hier toch ook wel een belangrijke rol. De commercialisering van de arbodiensten heeft volgens mij de kwaliteitsdiscussie geen positieve impuls gegeven. De concurrentie is tot nu toe vooral op prijs geweest en niet op kwaliteit.'

Zouden bedrijfsartsen gefinancierd moeten worden vanuit een collectieve zorgverzekering?

'Voor een deel wel, denk ik. Als een aantal taken gefinancierd wordt uit het reguliere zorgstelsel, of via een andere constructie, dan maak je in ieder geval de financiële afhankelijkheid van de werkgevers minder pregnant en is de bedrijfsarts ook meer een spil in het gezondheidszorgstelsel. Ook los van de activiteiten in bedrijven als adviseur, ben je natuurlijk nog steeds primair arts.

Het situeren van de bedrijfsarts in de eerste lijn is misschien deels een oplossing, maar niet alleen-zaligmakend. Het risico is dat je te ver van de bedrijven af komt te staan. Het is wel goed dat er nu een aantal experimenten gedaan wordt, om te kijken of je als klinisch arbeidsgeneeskundige of bedrijfsarts met specifiek taakgebied, daar een rol in kunt spelen. Maar ik denk dat we niet moeten vastzitten aan één organisatievorm, we zullen meer pluriformiteit moeten laten bestaan.'

Hoe sta je in de discussie rond de werknemersarts? Ook naar aanleiding van het bericht in *Trouw* dat het nog een wonder is dat maar 32% van de werknemers geen vertrouwen in de bedrijfsarts heeft.

'Wat ik aardig vond in het FNV-rapport, waarin de suggestie van werknemersarts werd gedaan, was dat er een aantal knelpunten benoemd werd. Knelpunten die er natuurlijk ook zijn. Je kunt natuurlijk, zoals enkele partijen hebben gedaan, zeggen dat een rapportcijfer van 7 mooi is. Ik voel me echter meer uitgedaagd door de punten die nog te verbeteren zijn, en die zijn er naar mijn idee wel degelijk. De opsplitsing tussen werknemers- en werkgeversarts vind ik een moeizame constructie. Het is belangrijker dat je de voorwaarden schept waaronder een bedrijfsarts zo goed mogelijk kan werken en zo onafhankelijk mogelijk kan optreden. Dat je de toegang tot bedrijfsarts goed regelt, en hij een dusdanige positie krijgt, dat je de discussie helemaal niet hoeft te voeren. En dat betekent dat werknemers vrije toegang moeten hebben tot hun bedrijfsarts. Het feit dat je eerst aan je leidinggevende of je werkgever moet vragen of je naar de bedrijfsarts mag, dat is toch te dol voor woorden. Die toegang zouden werknemers juist op alle mogelijke manieren moeten hebben. Dan is een bedrijfsarts die adviseur is voor de werkgever, wel degelijk ook een werknemersarts.

Nu zien veel werknemers hun bedrijfsarts nooit. Bedrijven hebben soms via hun verzekeraar elk

jaar een andere arbodienst, waarvan ze de bedrijfsarts nooit zien als werknemers niet ziek zijn. Ja, dan hoef je niet te verwachten dat mensen de bedrijfsarts a priori vertrouwen. Die kennen ze niet, en als ze dan ook nog geen toegang hebben, of er zit een leidinggevende bij dat spreekuur, ja dank je de koekoek dat ze de bedrijfsarts niet vertrouwen.'

Je merkt op dat je punten herkent die verbeterd kunnen worden. Wat zijn de top drie te verbeteren knelpunten?

'In de eerste plaats de toegankelijkheid van de bedrijfsarts waar we het net over hadden. Dat vind ik toch wel heel belangrijk. In de tweede plaats de relatie met de werknemersvertegenwoordiging in bedrijven verbeteren. In mijn tijd als praktiserend bedrijfsarts had ik toch minimaal een- tot tweemaal per jaar overleg met de werknemersvertegenwoordiging. Daar hoor ik nooit meer iets over. Ik denk dat dit vanuit de arbodiensten niet meer gestimuleerd wordt en voor een deel misschien wel niet op prijs wordt gesteld. Het instituut arbodienst is natuurlijk wel heel ver komen af te staan van de werknemers en werknemersvertegenwoordiging. Niet dat ik zo naïef ben om te denken, dat als dat geregeld is, de problemen opgelost zijn, maar je kunt jezelf als bedrijfsarts dan wel presenteren naar werknemers. Als je werknemersarts wilt zijn, moet je werknemers ook tegemoetkomen.'

- I Men is bang dat de klanten weglopen en dat zijn toch vooral de werkgevers.
- I De overheid laat wel steken vallen op dit moment.

'Maar dat betekent ook dat de arbodienst daar een beleid op moet voeren als dat niet vanzelf gaat bij bedrijven. Ik heb niet het idee dat dat op dit moment gebeurt. Men is bang dat de klanten weglopen en dat zijn toch vooral de werkgevers. Een derde punt is dat het, denk ik, ook heel veel zou schelen als bedrijfsartsen hun vak in de volle breedte uitoefenen. Veelzeggend in het AStri-rapport vond ik de bevinding dat 80% van de ondervraagde werknemers hun bedrijfsarts nog nooit op de werkvloer hadden gezien. Het is een goede zaak als werknemers de bedrijfsarts niet alleen zien als ze 6 weken ziek zijn, maar ook als ze aan het werk zijn op de werkplek, en bij preventief medisch onderzoek. Dat de bedrijfsarts rapporteert over preventie of verbetering van arbeidsomstandigheden. Als je deze kansen op contac-

ten niet krijgt of in sommige gevallen niet neemt, dan moet je niet verbaasd zijn dat werknemers je niet als hun bedrijfsarts zien.'

Zie je nog een rol voor de overheid?

'De overheid laat wel steken vallen op dit moment. De handhavende rol is op de achtergrond gedrongen. Het periodiek geneeskundig onderzoek bijvoorbeeld is een verplichte taak in het kader van Europese regelgeving, maar de overheid doet daar niets aan en handhaaft ook niet. Het ministerie van SZW zegt bijna met zoveel woorden dat ze daar geen prioriteit aan geeft. Veel wettelijk verplichte keuringen voor bepaalde categorieën werknemers – denk aan blootstelling aan lawaai – vinden niet eens plaats. Je kunt stellen dat Nederland zich op dit vlak niet aan de regels houdt.

Traditioneel valt de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde onder het ministerie van SZW. Er is de laatste tijd de neiging om ook meer richting VWS te kijken. Bijvoorbeeld als het gaat over de kwaliteit van de zorg. Een discussiepunt is dan of de Inspectie voor de Gezondheidszorg op dit vlak een taak zou moeten hebben ten aanzien van de arbodiensten? Een bedrijfsarts blijft natuurlijk een arts en die oriëntatie moet je ook hebben en houden. Je kunt als bedrijfsarts ook nog steeds voor het medisch tuchtcollege geroepen worden. De overheid zou op dit vlak meer kunnen doen.'

- I Fietsen, een goede manier om je hoofd helemaal leeg te trappen.

Is er nog tijd om iets anders te doen dan arbeids- en bedrijfsgeneeskunde naast je hoogleraarschap en je aanstellingen als UHD bij het Coronel en coördinator richtlijnontwikkeling bij de NVAB?

'Ik ben sinds mijn studietijd actief als wielrenner. Ik doe mee aan toertochten en ook clubwedstrijden via mijn fietsclub FC Trappist. Voor zover ik daar nog aan toekom. 's Zomers train ik zo'n drie- tot viermaal per week en 's winters train ik op de baan en op de mountainbike. Dat trainen is ook nodig, want zeker in wedstrijden gaat het toch gewoon met een gemiddelde van 40 km/uur. Vorig jaar heb ik in Amerika, rond Boston, gefietst met wat internationale collega's. Dat was een vierdaagse toertocht, maar die ging in een

behoorlijk tempo van 35 km/uur. Dan wil ik natuurlijk niet afhaken. Met dezelfde mensen heb ik enkele weken geleden een week lang door de Italiaanse en Franse Alpen gereden. Over cols als de Col d'Agnel de Col d'Izoard die onlangs ook in de Tour de France zaten. Een prachtig gebied en het is ook een goede manier om je hoofd even helemaal leeg te trappen.'



Carel op de wielervederbaan achter de dermy.

PROEFSCHRIFTBESPREKING

Work participation and work capacity in early osteoarthritis of the hip and the knee.

André Bieleman. Rijksuniversiteit Groningen, 30 juni 2010.

Artrose in de heup en de knie komt vaak voor en bedreigen de inzetbaarheid van werknemers met staand en lopend werk. Er zijn weinig wetenschappelijke gegevens beschikbaar over de gevolgen van artrose op het vermogen om te blijven werken. Een systematische review van Paul Kuijer et al. uit 2008 over werken na een heup- of knie-ervangende operatie leverde slechts drie bruikbare artikelen op. De CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose' uit 2007 vermeldt dat ze in samenwerking met onder andere de NVAB is vastgesteld, maar bevat geen antwoorden op vraagstukken over de belastbaarheid van werknemers met heup- en knieartrose. Door de toename van overgewicht en vanwege grotere aantallen oudere werknemers, wordt artrose in de grote gewrichten een steeds belangrijker thema voor bedrijfs- en verzekeringsartsen.

André Bieleman is bewegingswetenschapper en docent aan de hbo-opleiding Saxion waar hij binnen een kenniscentrum de mogelijkheid kreeg om te promoveren. Zijn proefschrift bevat twee belangrijke groepen vraagstellingen. Hij heeft onderzoek gedaan naar de gevolgen van artrose in heup en knie op de arbeidsparticipatie en op de objectieerbare belastbaarheid ofwel arbeidscapaciteit.

Bieleman neemt in zijn proefschrift een systematische review op naar studies die de invloed van artrose in heup en knie op arbeidsparticipatie onderzoeken. Hij includeerde 14 studies, vaker crosssectionele dan cohortstudies met honderden, soms duizenden patiënten en een grote variatie in design en operationalisaties met name van de factor arbeid. De conclusie die hij trekt, luidt dat artrose in heup en knie weinig invloed heeft op de arbeidsparticipatie.

Sinds 2005 worden in Nederland ruim 1000 mensen met artrose in heup en knie jaarlijks onderzocht ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. CHECK (het Cohort Heup En Cohort Knie) levert data ten behoeve van longitudinaal onderzoek waarmee Bieleman in twee artikelen inzicht geeft in de ontwikkeling van arbeidsparticipatie bij werknemers met artrose.

Een eerste artikel beschrijft de situatie bij baseline en maakt een vergelijking met de Nederlandse bevolking én met een iets grotere Amerikaanse populatie van mensen met heup- en knieartrose. De CHECK-populatie heeft bij baseline klachten korter dan 6 maanden, ze bestaat voor 79% uit vrouwen en de gemiddelde leeftijd is 56 jaar. 17% heeft heupafwijkingen, 41% heeft knieafwijkingen en 42% heeft heup- en knieafwijkingen. De Amerikaanse populatie is gemiddeld ouder en had meer radiologische gewrichtsafwijkingen. In de CHECK-populatie heeft 51% betaald werk voor ten minste 8 uur per week, 27% werkt ten minste 24 uur per week en slechts 13% werkt 36 uur per week of langer. De Amerikaanse populatie werkt ondanks een hogere leeftijd en meer gewrichtsafwijkingen aanzienlijk meer dan de CHECK-populatie. De CHECK-populatie werkt ongeveer evenveel als de Nederlandse bevolking. Ten tijde van baselineonderzoek verzuimt 7,7% van de CHECK-populatie met betaald werk en 2,0% verzuimt vanwege beperkingen door de artrose. Van degenen die werken, heeft 14% aanpassingen in het werk gerealiseerd: veel vaker betreft dit korter werken of werkplek-aanpassingen dan een verandering van takenpakket. Een groter deel (30%) van de werknemers wil aanpassingen in het werk realiseren om te kunnen blijven werken. Ook hier is er een sterke voorkeur om minder uren te werken, maar