

Klinische arbeidsgeneeskunde

-een verkenning

VU Medisch Centrum, Juli 2015

Auteurs:

Drs. Laura Viester, afdeling Sociale Geneeskunde VU Medisch Centrum Amsterdam

Drs. Marten van Til, afdeling Sociale Geneeskunde VU Medisch Centrum Amsterdam

Prof. dr. Kiki Lombarts, onderzoeksgroep Professional Performance, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Prof. dr. Han Anema, afdeling Sociale Geneeskunde , VU Medisch Centrum Amsterdam

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	p.4
1. Inleiding	p.10
1.1 Aanleiding van de verkenning	p.10
1.2 Methoden en werkwijzen	p.10
1.3 Afbakening verkenning	p.11
1.4 Opbouw van het rapport/leeswijzer	p.11
2. Klinische arbeidsgeneeskunde	p.12
2.1 Klinisch arbeidsgeneeskundige zorg	p.12
2.2 De klinisch arbeidsgeneeskundige	p.16
2.3 Ontstaansgeschiedenis	p.18
2.4 De Nederlandse vereniging voor klinische arbeidsgeneeskunde (NVKA)	p.20
3 Klinische arbeidsgeneeskunde, domein en werkveld	p.23
3.1 Inbedding van de zorg	p.23
3.2 Toegevoegde waarde	p.26
3.2.1 Beroepsziekten	p.26
3.2.2 Gezondheid en participatie	p.26
3.3 Opleiding en scholing	p.28
4. Financiering	p.31
4.1 Hoe is de huidige verwijzing en financiering geregeld?	p.31
4.1.1 Verwijzing	p.31
4.1.2 Financiering	p.32

4.2 Vergelijking met diensten binnen andere beroepsgroepen	p.33
4.3 Maatschappelijke kosten en baten	p.34
4.3.1 Literatuuronderzoek	p.34
4.3.2 Rekenmodel	p.35
4.4 Toekomstige organisatie en financiering	p.37
4.5 Toename en verschuiving zorgvraag	p.40
5. Conclusies en aanbevelingen	p.42
5.1 Conclusies	p.42
5.2 Aanbevelingen	p.44
6. Literatuurverwijzingen	p.46
Afkortingen	p.48
Bijlage 1. Overzicht klinisch arbeidsgeneeskundige centra	p.49
Bijlage 2. Samenstelling van de verkenningscommissie	p.50
Bijlage 3. Geraadpleegde personen/lijst gesprekspartners	p.51
Bijlage 4. Commentaar (groeps)interview klinisch arbeidsgeneeskundigen en beroepsverenigingen	p.52
Bijlage 5. Vragenlijst- semi-gestructureerd interview	p.59

SAMENVATTING

In 2014 is door de SER het advies “Betere zorg voor werkenden” uitgebracht. Ter verbetering van de arbeidsgerelateerde zorg is een aantal scenario’s geschetst dat zich richt op een verbetering in de samenwerking tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg. De SER ziet hierbij een belangrijke rol voor de klinische arbeidsgeneeskundigen.. Een beter inzicht in de functie, rol en positie van deze groep, inclusief een taakafbakening met andere zorgverleners is nodig om de gewenste samenwerking, kwaliteit en efficiëntie te versterken. Dit verkenningsrapport is een aanzet daartoe.

In dit rapport worden de resultaten van de verkenning over de stand van zaken van de klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland beschreven. Relevante documenten en publicaties zijn geanalyseerd, medisch specialisten en klinisch arbeidsgeneeskundigen uit de praktijk, beroepsverenigingen en andere stakeholders zijn geïnterviewd. De bevindingen uit de documentstudie zijn aanvullend getoetst bij experts en andere stakeholders/belanghebbenden in de vorm van een consultatieronde. Op basis daarvan is een beeld geschetst van de huidige stand van zaken op het gebied van de klinische arbeidsgeneeskunde. In het rapport wordt de huidige organisatie van de klinische arbeidsgeneeskunde beschreven, de toegevoegde waarde, de inbedding in de zorg en de wijze van financiering. Tenslotte worden de door stakeholders gewenste toekomstige ontwikkelingen van de klinische arbeidsgeneeskunde en haar beroepsbeoefenaren in kaart gebracht.

Hieronder volgen de vragen en belangrijkste conclusies uit het rapport.

Wat wordt onder klinische arbeidsgeneeskunde verstaan? Welke klachten behandelen ze?

De klinische arbeidsgeneeskunde is ontstaan vanuit lacunes in de huidige zorg voor patiënten met complexe arbeidsgerelateerde problemen. De initiatieven hiervoor zijn spontaan ontstaan vanuit geïnteresseerde bedrijfs- en verzekeringsartsen samen met geïnteresseerde specialisten. Enerzijds diagnosticeren en behandelen zij aandoeningen die (deels) door complexe factoren in de arbeid worden veroorzaakt of versterkt (zgn. arbeidsgerelateerde aandoeningen en beroepsziekten) en anderzijds bevorderen zij de participatie en terugkeer naar het werk van patiënten bij aandoeningen met problematisch verzuim of arbeidsfunctioneren. Het gaat dan om patiënten die anders niet of inadequaat geholpen kunnen worden.

Een scherpe definitie is nog niet te geven, omdat het vakgebied nog in ontwikkeling is. De volgende omschrijving voldoet op dit moment het best: *De klinische arbeidsgeneeskunde houdt zich in een multidisciplinair team bezig met diagnostiek en behandeling van patiënten met ingewikkelde*

beroepsziekten, complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek of aandoeningen met problematisch verzuim/arbeidsfunctioneren. De complexiteit betreft de relatie tussen de gezondheidsproblemen en het werk.

Uit verschillende studies blijkt dat de klinisch arbeidsgeneeskundige toegevoegde waarde heeft ten opzichte van de reguliere medische zorg en arbozorg, zowel bij het vaststellen van (ingewikkelde) beroepsziekten als bij het bevorderen van participatie, en ook (kosten)effectief is. Verder blijkt dat klinisch arbeidsgeneeskunde de gezondheid van de patiënt bij een aantal aandoeningen zowel direct en/of indirect bevordert, omdat het de arbeidsparticipatie bevordert. In dit laatste geval is klinische arbeidsgeneeskundige zorg vaak ook zeer kosteneffectief. Uit procesevaluaties blijkt dat de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg als positief wordt ervaren door patiënten, verwijzers en medisch specialisten.

De klinische arbeidsgeneeskunde is op dit moment vooral georganiseerd in zelfstandige expertise centra (ZBC's) of gelieerd aan (universitaire) medische centra (poliklinische expertise centra). Daarnaast is er een enkele klinisch arbeidsgeneeskundige zelfstandig werkzaam en zijn er consulenten arbeidsoncologie werkzaam in een (poli)klinische setting. De klinische arbeidsgeneeskunde richt zich niet zozeer op specifieke klachten, als wel op alle soorten complexe arbeidsgerelateerde klachten die voor goede diagnostiek en behandeling multidisciplinaire arbocuratieve zorg in de 2e of 3e lijn vereisen.

Wie zijn klinisch arbeidsgeneeskundigen en wat is hun achtergrond?

De professionele achtergrond van de huidig werkzame klinisch arbeidsgeneeskundigen is die van bedrijfsarts of verzekeringsarts of die van medisch specialist (meestal dermatologen, KNO-artsen, cardiologen, longartsen). Een specifieke opleiding voor klinisch arbeidsgeneeskundigen bestaat op dit moment niet. Het vakgebied heeft zich vooral ontwikkeld in de praktijk en vanuit het onderzoek. Sommigen schatten hun aantal op 100, maar een nauwkeurige schatting is er niet.

Wat is het onderscheid tussen de klinisch arbeidsgeneeskundigen en andere specialisten?

De klinisch arbeidsgeneeskundige heeft ten opzichte van de bedrijfs- en verzekeringsarts in de eerste lijn specialistische kennis en toegang tot specialistische diagnostiek en behandelmogelijkheden en werkt vanuit een multidisciplinaire setting in de tweede lijn. De klinisch arbeidsgeneeskundige heeft ten opzichte van de medisch specialist kennis van de werkplek en risicofactoren in arbeid en de cultuur van organisaties, en ook indien nodig toegang tot de werkplek.

Wat is de status van hun beroepsvereniging de NVKA?

In 2007 is de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) opgericht. Ze heeft ongeveer 150 leden, die geïnteresseerd zijn in de ontwikkeling van het vakgebied.

Ongeveer 50 van hen, waaronder 30 bedrijfsarts consulenten oncologie, zijn daadwerkelijk en meestal parttime, werkzaam in het vakgebied. De NVKA heeft nog geen afgesloten en functionerende kwaliteitscirkel; op dit moment zijn er geen vastgestelde opleidingseisen, professionele standaarden, toetsing en evaluatie. Zeer recent is wel de aanzet gedaan om te komen tot een formele erkenning, registratie van en opleiding tot het beroep van klinisch arbeidsgeneeskundige door het opstellen van een beroepsprofiel (NVKA, 2015). Dit beroepsprofiel is een belangrijke stap voor de formele aanvraag voor registratie. Overigens zijn de klinisch arbeidsgeneeskundigen wel onderworpen aan de opleidings- en kwaliteitseisen van hun primaire specialismen.

Hoe is de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg ingebed in de zorg?

De verwijzing naar de klinisch arbeidsgeneeskundige komt op dit moment in de praktijk tot stand via de bedrijfsarts, verzekeringsarts of medisch specialist en sporadisch rechtstreeks via de huisarts. Alle beroepsverenigingen vinden het van belang dat er duidelijke criteria voor verwijzing komen naar de klinisch arbeidsgeneeskundige. De beroepsverenigingen verschillen in visie over de wenselijkheid van de rol van de bedrijfsarts als poortwachter voor de klinisch arbeidsgeneeskundige. Allen onderschrijven echter dat de onbekendheid met de klinisch arbeidsgeneeskundige en gebrek aan duidelijke criteria voor verwijzing belangrijke factoren zijn voor de geringe omvang van de klinisch arbeidsgeneeskunde.

Kan de benodigde klinisch arbeidsgeneeskundige kennis ook geborgd worden in de huidige curatieve zorg?

In de 1e en 2e lijn is er onvoldoende kennis over complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek. Uit de literatuur blijkt dat zelfs het borgen van kennis over niet complexe arbeidsgerelateerde zorg onvoldoende tot stand komt bij huisartsen en specialisten. Alle geconsulteerde partijen zijn het erover eens dat het noodzakelijk is, ook bij voldoende kennis over niet complexe arbeidsgerelateerde zorg, dat er voldoende verwijsmogelijkheden naar klinisch arbeidsgeneeskundigen voor complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek komen.

Hoe wordt de klinische arbeidsgeneeskunde gefinancierd?

De klinische arbeidsgeneeskunde wordt op dit moment niet uit de zorgverzekering betaald, ook niet als het gaat om evidente gezondheidsproblematiek bij de patiënt die niet in de curatieve zorg kan worden opgelost. Hierop zijn wel enkele uitzonderingen; in incidentele gevallen zijn aparte financieringsarrangementen getroffen. Voor de financiering zijn de meeste patiënten derhalve aangewezen op de werkgever, die vaak alleen betaalt wanneer deze te overtuigen is van de noodzaak of een eigen belang heeft (bijv. een vraag om expertise). Voor de beroepsbevolking zonder werkgever is geen financiering geregeld.

Welke tarieven hanteren de klinisch arbeidsgeneeskundigen?

De tarieven van de klinisch arbeidsgeneeskundige wijken volgens de klinisch arbeidsgeneeskundigen niet af van de tarieven van andere medisch specialisten. De kosten zijn daarmee vergelijkbaar met die van andere medisch specialisten zij het dat consulten meer tijd kosten dan gemiddeld. Vooral indien er werkplekonderzoek moet plaatsvinden, is daar veelal een apart tarief voor en komt dan vaak voor rekening van de werkgever.

Wat zijn de kosten en de baten?

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat voor verschillende aandoeningen (rugklachten, gynaecologische aandoeningen) de klinische arbeidsgeneeskunde kosteneffectief is in een maatschappelijke kosten baten analyse. Bij andere aandoeningen (handeczeem, depressie) is weliswaar kosteneffectiviteit niet aangetoond maar is wel een positief gezondheidseffect gevonden. De reacties van de geïnterviewde organisaties geven aan dat het plausibel is dat de inzet van klinisch arbeidsgeneeskundige toekomstige zorgconsumptie vermindert en de re-integratie en arbeidsparticipatie bevordert en daarmee kosten bespaart. Uit procesevaluaties blijkt dat de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg als positief wordt ervaren door patiënten, verwijzers en medisch specialisten.

Is een toename van zorgvraag naar klinische arbeidsgeneeskunde in de toekomst te verwachten?

In het artikel van Pal e.a. in Medisch contact 2013 schatten de auteurs dat op dit moment ca 10.000 verwijzingen per jaar in aanmerking komen voor verwijzing naar een klinisch arbeidsgeneeskundig centrum. Dit zou leiden tot een extra uitgave van 10 tot 20 miljoen euro zorgkosten/jaar. Met de toenemende gemiddelde leeftijd van de werkzame bevolking zal ook de behoefte aan klinische arbeidsgeneeskunde stijgen en daarmee de kosten.

Op basis van de uitgevoerde verkenning (documenten analyse, interviews en consultatie van stakeholders) bevelen de onderzoekers aan om:

1. De beschikbare klinisch arbeidsgeneeskundige expertise effectiever in te zetten ten behoeve van patiënten met complexe arbeidsgerelateerde problematiek.
2. Te komen tot eenduidige financiële inbedding en regulering van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorgverlening.
3. De Klinische arbeidsgeneeskunde verder te professionaliseren.

Om dit te realiseren volgen hier enkele specifieke aanbevelingen:

Expertise centra

Uitbreiding van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg kan het best plaats vinden vanuit de huidige expertise centra. Met het oog op regionale spreiding zou goed in kaart moeten worden gebracht waar welke klinisch arbeidsgeneeskundige expertise ontbreekt. De lacunes zouden kunnen worden opgevuld door UMC's en topklinische ziekenhuizen te stimuleren expertise centra op te richten.

Verwijscriteria

Voor huisartsen, bedrijfs- en verzekeringsartsen en klinisch specialisten zou er de mogelijkheid moeten zijn om te verwijzen naar een tweede- dan wel derdelijns voorziening van klinische arbeidsgeneeskundige centra. Hiervoor dienen duidelijke verwijscriteria te worden opgesteld in samenwerking met de klinisch arbeidsgeneeskundigen.

Wetenschappelijk onderzoek

Voor een aantal aandoeningen is de effectiviteit van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg geëvalueerd in wetenschappelijke trials. Deze onderzoeken lieten positieve resultaten zien op gezondheidsuitkomsten, participatie en reductie van zorg- & verzuim- en arbeidsongeschiktheidskosten. Om de kosten-effectiviteit van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg voor andere aandoeningen en klinisch arbeidsgeneeskundige interventies te kunnen bevestigen is verder wetenschappelijk onderzoek nodig.

Financiering

Op termijn zou volgens de geconsulteerde organisaties de financiering van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg, voor zover die zorg medische zorg is, moeten vallen onder de zorgverzekering. Tot die tijd zouden klinische arbeidsgeneeskundige zorg vanuit pilots en experimenten in de zorgverzekering kunnen worden gefinancierd. Deze moeten dan goed worden

geëvalueerd op de gezondheidseffecten en kosteneffectiviteit van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg. De financiering van klinisch arbeidsgeneeskundige zorg ten behoeve van expertises, veelal in het kader van problematisch verzuim, kan ten laste blijven komen van de opdrachtgever (werkgever/UWV/inkomensverzekeraar).

Professionalisering

De verdere professionalisering van de klinisch arbeidsgeneeskundigen is in eerste instantie een taak voor de beroepsvereniging NVKA. Zij zouden kunnen overwegen een eigen register op te stellen. In het rapport van de profielcommissie zijn voldoende aanknopingspunten voor het opstellen van criteria voor opname in een dergelijk register, en voor kwaliteitszorg en opleiding.

Inleiding

1.1 Aanleiding van de verkenning

Tegen de achtergrond van een veranderende arbeidsmarkt en de noodzaak van een duurzame inzetbaarheid van de beroepsbevolking, is door de SER in 2014 het advies “Betere zorg voor werkenden” uitgebracht. Deze zogenoemde arbeidsgerelateerde zorg dient zich te richten op beroepsziekten en arbeidsrelevante klachten en aandoeningen. Ter verbetering van de arbeidsgerelateerde zorg is een aantal scenario’s geschetst dat zich richt op een verbetering in de samenwerking tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg. De SER ziet hierbij een belangrijke rol voor de klinische arbeidsgeneeskundigen.

Een beter inzicht in de huidige functie, rol en positie van de klinische arbeidsgeneeskunde, inclusief een taakafbakening met andere zorgverleners, is nodig om de gewenste samenwerking, kwaliteit en efficiëntie te versterken. Dit rapport beoogt dit inzicht te bieden. Daarbij is ook de betrokkenheid van klinisch arbeidsgeneeskundigen in de praktijk, (patiënten)vertegenwoordigers, werkgevers en werknemers, de medische beroepsorganisaties, de brancheorganisatie van arbodiensten, ZBC’s op het gebied van klinische arbeidsgeneeskunde en de betrokken departementen (VWS en SZW) gewenst.

1.2 Methoden en werkwijzen

In dit rapport beschrijven de onderzoekers de resultaten van de verkenning over de stand van zaken van de klinisch arbeidsgeneeskunde in Nederland.

Het doel van dit rapport is:

1. De huidige stand van zaken van de klinische arbeidsgeneeskunde te beschrijven
2. De door de stakeholders gewenste ontwikkelingen van de klinische arbeidsgeneeskunde en haar beroepsbeoefenaren te schetsen.

Ten eerste analyseerden de onderzoekers daartoe relevante documenten en publicaties en samenwerkingsverbanden en interviewden zij medisch specialisten, klinisch arbeidsgeneeskundigen en de betrokken medische beroepsorganisaties.

De bevindingen uit deze (document)studies werden vervolgens getoetst bij experts en andere stakeholders/belanghebbenden (data-triangulatie) door middel van semi-gestructureerde interviews

(bijlage 5). De resultaten van deze interviews werden ter verdere toetsing in een consultatiebijeenkomst met de belanghebbenden voorgelegd. Het commentaar uit deze externe beoordeling is gebruikt om tot de finale tekst van het onderhavige rapport te komen. Een lijst van geïnterviewde en geconsulteerde personen is terug te vinden in bijlage 3.

1.3 Afbakening verkenning

Het rapport is explorierend van aard en heeft niet tot doel onderzoek te doen naar de effectiviteit of efficiëntie van (een organisatievorm van) de klinische arbeidsgeneeskunde. Wel zullen 'good practices' worden beschreven en mogelijke toekomstige ontwikkelingen in de klinische arbeidsgeneeskunde in kaart worden gebracht.

1.4 Opbouw van het rapport/leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt in kaart gebracht wat men op dit moment onder de klinisch arbeidsgeneeskunde verstaat, wordt uitgelegd hoe dit vakgebied is ontstaan en wat de mogelijke relevantie/toegevoegde waarde is voor de patiëntenzorg. Ook wordt in dit hoofdstuk de oprichting en doelstelling van de beroepsvereniging NVKA beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van het huidige domein en werkveld en beschrijft de opvattingen over de gewenste ontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde en van de opleiding voor klinisch arbeidsgeneeskundigen. Hoofdstuk 4 gaat in op het financieringsvraagstuk. In dit hoofdstuk geven de onderzoekers inzicht in de huidige financieringsstructuren, organisatievormen, maatschappelijke kosten en baten en worden er toekomstscenario's geschetst. In de hoofdstukken 3 en 4 zijn de commentaren van de stakeholders tijdens de consultatiebijeenkomst verwerkt. De conclusies en aanbevelingen worden in hoofdstuk 5 geformuleerd.

2. Klinische arbeidsgeneeskunde

2.1 Klinische arbeidsgeneeskundige zorg

Welke zorg biedt de klinische arbeidsgeneeskunde en welke klachten worden behandeld?

“Een chemicus in een verffabriek ontwikkelt astma. Kan dit door zijn werk veroorzaakt zijn en kan deze chemicus doorwerken in zijn werkomgeving? Een geluidstechnicus in een theater krijgt hardnekkig handeczeem. Kan dit van het werk komen? En wat kan er aan gedaan worden? Bij een treinmachinist wordt een aortastenose en een coronairlijden vastgesteld. Is het verantwoord dat deze machinist nog op de trein blijft rijden? Dergelijke vragen komen in Nederland jaarlijks duizenden malen voor en zijn vaak niet eenvoudig te beantwoorden.” (Marku et al., 2012).

Dit is het soort vragen dat de klinische arbeidsgeneeskundige moet beantwoorden, omdat de bedrijfs- of verzekeringsarts of de medisch specialist alleen geen antwoord hierop kan geven.

Klinisch arbeidsgeneeskundige vraagstellingen richten zich op de causale relatie van belasting door of blootstelling aan risicofactoren in de arbeid bij het ontstaan van beroepsziekten of arbeidsgerelateerde aandoeningen, maar kunnen ook betrekking hebben op de gevolgen die aandoeningen voor het uitvoeren van werk hebben (conditionele relatie). Dit laatste kan uitmonden in beoordeling van belastbaarheid en advisering respectievelijk behandeling gericht op behoud en terugkeer naar het werk (de Groene & Pal, 2009). De klachten kunnen liggen op het gebied van vele specialismen zoals dermatologie, longziekten, KNO/audiologie en orthopedie, maar ook cardiologie, oncologie, oogheelkunde, toxicologie, revalidatiegeneeskunde, oogheelkunde, reumatologie, infectieziekten, neurologie en psychiatrie. Het gaat in de klinische arbeidsgeneeskunde altijd om diagnostiek/beoordeling en behandeling bij een complexe relatie tussen factoren in de arbeid en gezondheid, waarvoor aanvullende 2e lijns diagnostiek en een multidisciplinaire expertise vereist zijn. De relatie tussen gezondheid en arbeid is dus niet op voorhand duidelijk, maar kan alleen door specialistisch onderzoek van de patiënt in samenhang met specialistisch onderzoek van de werksituatie beoordeeld worden. Daarmee onderscheidt de klinische arbeidsgeneeskunde zich van de bedrijfsgeneeskunde en van de medische specialismen.

De klinisch arbeidsgeneeskundige zorg wordt geleverd vanuit poliklinische (veelal universitaire) expertise centra. Er zijn ook klinisch arbeidsgeneeskundigen actief binnen Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) waarvan een aantal voorbeelden wordt gegeven in bijlage 1 (bijlage 1, Bron: IKA-

NED/Elders&Spreeuwens 2013). In Nederland is een beperkt aantal klinisch arbeidsgeneeskundige centra. Enkele centra hebben een breed aanbod van medische disciplines, de meeste centra zijn categoriaal en bieden zorg en dienstverlening op een beperkt terrein, zoals arbeidsdermatologie, longziekten of ziekten van het bewegingsapparaat. Er zijn daarnaast veel lokale initiatieven, soms gelieerd aan ziekenhuizen maar soms ook privaat georganiseerd, waardoor het niet eenvoudig is een volledig overzicht te geven van het aanbod van klinisch arbeidsgeneeskundige centra in Nederland.

In het onderstaande kader zijn voorbeelden van klinische arbeidsgeneeskunde in de praktijk gegeven.

Voorbeelden genoemd in het groepsinterview met klinisch arbeidsgeneeskundigen:

-Binnen de oncologie betreft het een nieuw specialisme. In de richtlijn “multidisciplinaire oncologische revalidatie” wordt beschreven waar de bedrijfsartsconsulent oncologie een rol kan spelen. Deze richtlijn wordt landelijk geïmplementeerd.

-Longspecialisten (NKAL): De zorg wordt geleverd vanuit zelfstandige behandelcentra in samenwerking met het UMCU en Antonius ziekenhuis (regulier) i.s.m. bedrijfsgezondheidszorg (ARBOUW, bakkerij centrum) i.s.m. individuele werkgevers.

-KNO/audiologie: Er is in 2 UMC's een poliklinisch centrum voor gehoor en arbeid (VUmc en AMC)

-Dermatologie: Er zijn twee aan UMC's verbonden arbeidsdermatologische centra (UMCG en VUmc)

-Fysieke belastbaarheid: Belastbaarheidsonderzoeken bij fysieke arbeid in reguliere zorg (Poli mens en Arbeid AMC).

In onderstaand kader is ter illustratie een (geanonimiseerde) casus over beroepsziekten opgenomen. Deze is met toestemming van betrokkene welwillend ter beschikking gesteld door de Longalliantie Nederland. Het verhaal van de patient geeft aan hoe belangrijk nauwkeurige diagnostiek van beroepsziekten is in situaties waarin meerdere oorzaken van een beroepsgerelateerde aandoening een rol kunnen spelen.

Casus longaandoeningen

'Mijn baas wilde de luchtmeting zelf doen'

De heer G.K. (60) heeft lasserslongen (pulmonale siderose). Die kreeg hij door zijn werk als lasser in de scheepsbouw. Toch leek er bij een luchtmeting op het bedrijf weinig aan de hand. G. weet waar de schoen wringt.

'Vanaf mijn twintigste werkte ik als lasser, de laatste jaren in een scheepshal. Die stond vaak vol rook. Mijn collega's en ik zeiden regelmatig tegen de baas dat we de lucht vies en ongezond vonden. Dan vroeg hij een offerte aan voor een afzuiging, maar die was altijd te duur. Een jaar of tien geleden kregen we luchthelmen ter bescherming. Maar na het lassen deden we die helm omhoog. Je ademde de lasrook dan gewoon weer in. Met zo'n ding op je hoofd kon je ook niet over de reling van het schip lopen. Er zit namelijk maar een klein kijkgat in.

Onhoudbaar

Rond mijn 45ste kreeg ik lichte klachten. Tien jaar later waren die onhoudbaar geworden. Ik hoestte de longen uit mijn lijf. Vooral op vrijdag, als ik de hele week had gewerkt. Verder was mijn hele lijf verschrikkelijk moe. Ik kon niet meer en meldde mij ziek.

Via de huisarts en longarts kwam ik bij het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen, NKAL. Daar kreeg ik te horen dat ik lasserslongen heb. Dat is een beroepsziekte die veroorzaakt wordt door ophoping van ijzerdeeltjes in de longen.

Nieuwe medewerker

Toen ik ziek werd, kreeg ik werk in het magazijn. Ik deed daar eenvoudige reparatieklusjes. Na een week vakantie kwam ik weer op het werk. Er stond ineens een nieuwe medewerker, iemand van de sociale werkplaats. Die was natuurlijk veel goedkoper dan ik. Bovendien kon hij de scheepshal vegen. Daar mocht ik met mijn lasserslongen niet meer komen. De baas riep mij bij zich. Ik was volgens hem niet geschikt voor het magazijnwerk. Er waren klachten over mij gekomen. Van wie dan? Dat zei hij niet. Ik geloofde er niks van, want ik deed mijn werk altijd goed. Had mijn baas gezegd dat ik te duur was voor het magazijn, had ik hem wél geloofd. En ook begrepen. Als lasser was ik voor mijn baas goud waard, maar in het magazijn leverde ik niks op.

Mooi rapportje

In die tijd is er een luchtmeting gedaan in de scheepshal. De arbodienst wilde er wel een bedrijf voor inhuren. Maar mijn baas stond erop dat zelf te doen. De meting is uitgevoerd op het moment dat het schip klaar was en er niet gelast werd, op een hoogte van 1.80 meter. Daar hangt nou net de minste rook. Logisch dus dat er een mooi rapportje uitrolde. Was de meting boven op dat schip gedaan terwijl er volop gelast werd, had deze heel anders uitgepakt.

Ik wil graag een oproep doen aan de politiek: verbied dat werkgevers bij een inspectie zelf een luchtmeting uitvoeren. Zij weten hoe je de gunstigste resultaten krijgt. En daarvan zijn de werknemers uiteindelijk de dupe.

Aan het lijntje

Ik hoorde dat ik mijn baas aansprakelijk kon stellen voor mijn ziekte. Mijn rechtsbijstandverzekering zag daar wel wat in. Er was immers aangetoond dat ik een beroepsziekte heb. Toch beweert mijn ex-baas dat ik de lasserslongen heb opgelopen door te roken. Ik rook inderdaad, maar in het rapport van NKAL staat dat mijn kwaal daar niks mee te maken heeft.

De rechtsbijstandverzekering van mijn baas houdt ons nu aan het lijntje. Al een dikke drie jaar rekken ze tijd en laten ze weinig van zich horen. Zo hopen ze waarschijnlijk dat wij er geen zin meer in hebben.

Oostenrijk

Vier jaar ben ik nu thuis. Tot september 2016 zit ik nog in de WW. Ik ben er vijfhonderd euro per vier weken op achteruitgegaan. Na de WW wacht de bijstand. Ik kom namelijk niet in aanmerking voor een WIA-uitkering. WIA krijg je pas als je 35 procent of minder van je oude loon kunt verdienen.

Voor mij is dat percentage vastgesteld op 22. Had ik het loon van mijn voorman gehad, dan had ik die uitkering dus wél gekregen. Of de inkomensdaling veel betekent voor mijn leven? Wat dacht je!

Gezien mijn leeftijd hoef ik mijn huis hopelijk niet op te eten. Maar verder wordt het zuinig aan doen. Mijn vrouw en gingen altijd heel graag naar Oostenrijk. Dat zit er niet meer in.

Natuurlijk probeer ik weer aan de slag te komen, bijvoorbeeld als koerier. Maar ik ben 60. Welke werkgever neemt mij aan als hij ook jonge jongens kan krijgen die goedkoper gezonder én sneller zijn?'

Conclusie:

Het vakgebied van de klinische arbeidsgeneeskunde betreft de multidisciplinaire benadering ,diagnostiek en behandeling van patiënten met complexe arbeidsgerelateerde problematiek, ingewikkelde beroepsziekten en of problematisch verzuim/arbeidsfunctioneren. De complexiteit komt voort uit de relatie tussen de gezondheidsproblemen en het werk.

2.2 De klinisch arbeidsgeneeskundige

Wie zijn klinische arbeidsgeneeskundigen?

Klinisch arbeidsgeneeskundigen zijn gespecialiseerd in het diagnosticeren en behandelen van patiënten met ingewikkelde beroepsziekten, en/of complexe arbeidsgerelateerde en arbeidsrelevante gezondheidsproblemen al of niet met problematisch verzuim of functioneren in de arbeid. Er is echter nog geen eenduidige definitie van de klinische arbeidsgeneeskunde die door iedereen in het veld onderschreven wordt. Wat betreft de organisatie van zorg maken klinisch arbeidsgeneeskundigen meestal deel uit van een multidisciplinair team en werken daarin veelal samen met medisch specialisten in de tweede of derde lijn. Incidenteel komen, zo blijkt uit de literatuur en de consultatiebijeenkomst, ook andere (organisatorische) varianten van de klinische arbeidsgeneeskunde voor. Zo werkt er soms een klinisch arbeidsgeneeskundige in de 1^e lijn in een huisartspraktijk, soms ook zelfstandig en niet in een multidisciplinair team.

Aanvankelijk werkten de klinisch arbeidsgeneeskundigen vooral met specialisten die van oudsher sterk verbonden waren met de factor arbeid, zoals dermatologen, longartsen, KNO-artsen/audiologen en orthopeden. De klinische arbeidsgeneeskundigen zijn thans ook gerelateerd aan c.q. bevinden zich ook op het vakgebied van andere specialismen, zoals cardiologie, oncologie, oogheelkunde, toxicologie, revalidatiegeneeskunde, oogheelkunde, reumatologie, infectieziekten, neurologie en psychiatrie. Het is te verwachten dat de klinisch arbeidsgeneeskundigen in de toekomst ook met nog andere geneeskundige specialismen zullen gaan samenwerken, omdat op vrijwel elk medisch specialistisch gebied zich complexe arbeidsgerelateerde vraagstukken kunnen voordoen.

Een gedetailleerde beschrijving van de kenmerken van de klinisch arbeidsgeneeskundige is gegeven in het profielrapport van de NVKA (NVKA, 2015):

- De klinisch arbeidsgeneeskundige is een specialist en bezit een ruimere mate van medisch-specialistische kennis van één of meer orgaangebieden.
- De klinisch arbeidsgeneeskundige is gepositioneerd in de tweedelijns reguliere (curatieve) gezondheidszorg en is daar medebehandelaar.
- De klinisch arbeidsgeneeskundige werkt samen met de medisch specialist, in een multidisciplinair team. In het team onderscheidt hij zich door deskundigheid op het terrein van het betreffende specialisme in combinatie met zijn deskundigheid over diagnostiek en

interventies gericht op oorzaak en gevolg(en) van de arbeidsgerelateerde aandoeningen van de patiënt. Daarnaast kan in overleg met de behandelend specialist de diagnostiek en behandeling van de patiënt worden afgestemd op de mogelijkheden voor het verminderen/wegnemen van gezondheidsrisicofactoren in de arbeid, (snellere) re-integratie of behoud van arbeidsparticipatie.

- De klinisch arbeidsgeneeskundige legt de verbinding bij complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen binnen één of meer specialisme(n) tussen de curatieve zorg en de eerstelijnszorg.

Niet alle artsen die zich op dit vakgebied begeven noemen zich ook klinisch arbeidsgeneeskundigen. Bijvoorbeeld medisch specialisten die musici met specifieke arbeidsgerelateerde aandoeningen behandelen.

Conclusie

Er is geen alom geaccepteerde definitie van de klinisch arbeidsgeneeskundige.

Diagnostiek en behandeling van patiënten met complexe arbeidsgerelateerde problematiek, ingewikkelde beroepsziekten of problematisch verzuim, in een multidisciplinair team in de 2^e lijns geneeskunde zijn de meest voorkomende en genoemde kenmerken.

De professionele achtergrond en opleiding van de klinisch arbeidsgeneeskundige.

De meeste thans werkzame klinisch arbeidsgeneeskundigen zijn primair opgeleid tot bedrijfs- of verzekeringsarts dan wel tot medisch specialist. De bedrijfs- en verzekeringsartsen hebben zich gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van ingewikkelde beroepsziekten, complexe arbeidsgerelateerde aandoeningen met of zonder problematisch verzuim/functioneren in de arbeid. De medisch specialisten, zoals bijvoorbeeld dermatologen, longartsen en audiologen, specialiseerden zich in complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek.

Een specifieke opleiding voor klinisch arbeidsgeneeskundigen bestaat op dit moment niet. Het vakgebied heeft zich vooral in de praktijk en vanuit het onderzoek ontwikkeld. Het betreft dan bijvoorbeeld bedrijfsartsen die praktijkervaring hebben opgedaan binnen klinisch arbeidsgeneeskundige expertise centra. Een voorbeeld hiervan, zoals genoemd in het groepsinterview met de klinisch arbeidsgeneeskundigen binnen de dermatologie, is een bedrijfsarts die intern is opgeleid door hoogleraren arbeidsdermatologie. Vaak zijn daarnaast ook aanvullende externe cursussen gevolgd (o.a. aan de Netherlands School of Public and Occupational Health, NSPOH).

De NVKA heeft onlangs een profielcommissie de opdracht gegeven een beroepsprofiel voor de klinische arbeidsgeneeskunde (KAG) te maken dat als basis moet dienen voor een opleiding. Deze commissie heeft die opdracht recent voltooid, en heeft daarin het werkdomein van de klinische arbeidsgeneeskundige, de afbakening met andere specialismen, de competenties en de body of knowledge van (tot op heden) de klinisch arbeidsgeneeskunde op 5 medisch specialistische deelgebieden beschreven. Voor een gedetailleerde beschrijving verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

Conclusie

De achtergrond van klinisch arbeidsgeneeskundigen is die van bedrijfs-, verzekeringsarts of medisch specialist. De klinische arbeidsgeneeskunde is op dit moment vooral georganiseerd in zelfstandige expertise centra (ZBC's) of gelieerd aan (universitaire) medische centra (poliklinische expertise centra). De klinische arbeidsgeneeskunde richt zich niet zozeer op specifieke klachten, als wel op alle soorten arbeidsgerelateerde klachten waarbij er een complexe relatie is tussen factoren in de arbeid en de klachten waarvoor aanvullende diagnostiek en een multidisciplinaire expertise in de 2e of 3e lijn vereist zijn.

2.3 Ontstaansgeschiedenis

Hoe is deze groep professionals ontstaan, vanuit welke zorgvraag, welke problemen lossen ze op, hebben ze hierin een toegevoegde waarde en is er sprake van noodzakelijke zorg?

De klinische arbeidsgeneeskunde is ontstaan vanuit lacunes in de huidige zorg. De lacunes betreffen enerzijds het gebrek aan kennis om specifieke beroepsgebonden gezondheidsrisico's te herkennen en arbeidsgerelateerde aandoeningen en beroepsziekten te diagnosticeren en te behandelen, en anderzijds het gebrek aan kennis over de complexe effecten van gezondheidsaandoeningen op de belastbaarheid en het functioneren in de arbeid.

Klinische arbeidsgeneeskunde ontwikkelde zich aanvankelijk in 2000 met de oprichting van kenniscentra voor longaandoeningen, psychische aandoeningen, klachten aan het bewegingsapparaat en huidaandoeningen door financiële ondersteuning van het Ministerie van VWS. Deze centra hadden als taak door middel van het verzamelen, ontwikkelen en verspreiden van nieuwe kennis een directe bijdrage te leveren aan de verbetering van de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met arbeidsrelevante gezondheidsproblematiek. Zij waren niet bedoeld om ook daadwerkelijk patiënten te behandelen. De gedachte was dat deze kennisinfrastructuur er voor zou zorgen dat in de 1^e en 2^e lijns gezondheidszorg de factor arbeid adequaat zou worden

meegenomen in de diagnostiek en behandeling van patiënten met arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. De subsidies voor deze kenniscentra zijn echter gestopt.

Uit meerdere studies blijkt dat de beoogde doelstelling (verbeteren arbeidsgerelateerde zorg in 1e en 2e lijnsgezondheidszorg) niet is gerealiseerd en dat de gesignaleerde lacunes in de zorg anno 2015 nog niet zijn opgelost.

Zo is er in de bouw bijvoorbeeld door Arbouw een goed systeem ontwikkeld, voor het signaleren en voorkomen van beroepsziekten, maar is er nog steeds grote behoefte aan specifieke kennis over de complexe relatie tussen arbeidsrisico's en gezondheidsklachten. Ook Arbouw (2013) geeft aan dat er in de reguliere gezondheidszorg onvoldoende kennis aanwezig is om specifieke beroepsgebonden gezondheidsrisico's te herkennen, of advies te kunnen geven aan de werknemer en werkgever over preventieve maatregelen. Daarnaast is er weinig kennis in de curatieve zorg over de negatieve effecten van aandoeningen en behandeling daarvan op arbeidsparticipatie (Witkamp et al., 2013; Elders&Spreeuwens, 2013; Piebenga et al., 2005; de Groene en Pal 2009).

Welke problemen lossen ze op?

Volgens de Arbobalans 2011 heeft een groot aantal werknemers te maken met gezondheidsrisico's door blootstelling aan vormen van fysieke belasting (10-35%), gevaarlijke stoffen (15%) of psychosociale belasting (15-30%) (Penders et al., 2013). Jaarlijks melden bedrijfsartsen ongeveer zesduizend nieuwe beroepsziekten; dit is echter het topje van de ijsberg. Extra aandacht voor het betrekken van de factor arbeid bij de preventie, diagnostiek en behandeling van gezondheidsproblemen en van ziekteverzuim en productiviteitsverlies is daarom van groot belang. In het SER advies wordt een aantal knelpunten bij het signaleren en melden van beroepsziekten besproken, zoals onvoldoende kennis en bereidheid tot melden bij bedrijfsartsen en onvoldoende kennis en aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg. In antwoord op deze knelpunten pleit men in het SER advies voor het versterken van de klinische arbeidsgeneeskunde om de diagnostiek maar ook opsporing van nieuwe beroepsziekten te verbeteren (SER, 2014). Het grootste deel van deze zorg kunnen bedrijfsartsen in de eerste lijn leveren, voor het overige deel is echter klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg in de tweede lijn noodzakelijk. Het gaat bij de klinische arbeidsgeneeskunde derhalve om diagnostiek en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen en beroepsziekten met een complexe relatie tussen factoren in de arbeid en gezondheidsklachten, waarvoor aanvullende 2e lijns diagnostiek en een multidisciplinaire expertise vereist zijn. Uit het SER rapport blijkt dat er behoefte is aan dit soort zorg.

Conclusie

De klinische arbeidsgeneeskunde is ontstaan vanuit lacunes in de huidige zorg voor patiënten met complexe arbeidsgerelateerde problemen, zoals die in vele rapporten en studies zijn beschreven. De initiatieven hiervoor zijn spontaan ontstaan vanuit geïnteresseerde bedrijfs- en verzekeringsartsen samen met geïnteresseerde medisch specialisten. Enerzijds diagnosticeren en behandelen klinisch arbeidsgeneeskundigen complexe aandoeningen die door factoren in de arbeid worden veroorzaakt (arbeidsgerelateerde aandoeningen/beroepsziekten) of versterkt en anderzijds bevorderen zij de participatie en terugkeer naar het werk van patiënten bij problematisch verzuim of verminderd functioneren in de arbeid. Het gaat dan om patiënten die anders niet of inadequaat geholpen worden.

2.4 De Nederlandse vereniging voor klinische arbeidsgeneeskunde (NVKA)

Wat is de status van de NVKA? Hebben we hier te maken met een beroepsvereniging met een afgesloten en functionerende kwaliteitscirkel; zijn er heldere vastgestelde opleidingseisen, een register, competentieschets of profiel, professionele standaarden, toetsing en evaluatie?

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) is opgericht in 2007. De NVKA formuleert haar missie als volgt: “Het bevorderen van de klinische arbeidsgeneeskunde in de ruimste zin van het woord. De vereniging streeft naar een wetenschappelijke onderbouwing van de klinische arbeidsgeneeskunde en naar het bevorderen en bewaken van een adequate uitoefening van de klinische arbeidsgeneeskunde.”

Met diens oprichting had de vereniging tot doel:

- het bevorderen van diagnostiek en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen, zowel op individueel als op populatieniveau;
- het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, zorgvernieuwing en professionele ontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde;
- het vergroten van de betrokkenheid bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en het ontwikkelen van monodisciplinaire klinisch-arbeidsgeneeskundige kennisproducten alsmede het bevorderen van de toepassingen daarvan;
- het ontwikkelen van een eigen identiteit binnen de zorg;

– het bevorderen van samenwerking met andere (beroeps)verenigingen in de zorg, zowel nationaal als internationaal.

Er wordt geschat dat ongeveer honderd artsen zich identificeren als klinische arbeidsgeneeskundige en dat deze artsen in totaal ongeveer 2000 patiënten per jaar onder hun behandeling hebben (Marku et al., 2012). Op dit moment telt de NVKA 151 leden, waarvan 17 zich klinisch arbeidsgeneeskundige noemen. Ongeveer 30 leden zijn tot bedrijfsartsconsulent (BACO) oncologie opgeleid, waarvan er 19 ook daadwerkelijk als BACO werkzaam zijn. De meningen zijn er over verdeeld of deze BACO's klinisch arbeidsgeneeskundigen zijn, maar ze voldoen wel aan veel voor de arbeidsgeneeskundigen geformuleerde kenmerken: Zo werken de bedrijfsartsconsulenten ook vanuit een klinische setting. Ze werken nauw samen met een medisch specialist in een multidisciplinair team en richten zich op de bevordering van arbeidsparticipatie. Het gaat vaak om complexe relatie tussen aandoening en functioneren in de arbeid (bijv. effecten van chemotherapie op cognitief functioneren in de arbeid). De overige NVKA leden zijn belangstellenden in de klinische arbeidsgeneeskunde. De NVKA heeft geen lidmaatschapscriteria omdat de vereniging open wil staan voor professionals met uiteenlopende expertise en professionals die affiniteit hebben met of betrokken zijn bij klinisch arbeidsgeneeskundig werk.

De NVKA heeft geen vastgestelde opleidingseisen en geen register, professionele standaarden en criteria voor toetsing en evaluatie. Er is derhalve ook geen sprake van systematische kwaliteitszorg c.q. een georganiseerde kwaliteitscirkel zoals gebruikelijk bij andere (wetenschappelijke) beroepsverenigingen. Recent is er in opdracht van de NVKA competentieschets en beroepsprofiel voor de klinisch arbeidsgeneeskundige opgesteld, die de aanzet moeten geven tot het formuleren van (landelijke) opleidingseisen en een register, professionele standaarden, en criteria voor toetsing en evaluatie (NVKA, 2015). Zie hiervoor Hoofdstuk 3.

Een en ander laat onverlet dat de huidig werkzame klinisch arbeidsgeneeskundigen vanuit hun eigen opleiding, achtergrond en actuele werkplek – als bedrijfsarts dan wel medisch specialist – onderworpen zijn aan kwaliteitszorg. Zo zijn aanbieders van klinisch arbeidsgeneeskundige zorg zijn wel onderworpen aan de opleidings- en kwaliteitseisen van hun primaire specialismen. Voor alle medisch specialisten geldt sinds 2011 een geheel vernieuwd kader voor competentiegericht opleiden en dito kwaliteitszorg (conform eisen van het College van Geneeskundige Specialismen). De wetenschappelijke verenigingen ontwikkelden een integraal kwaliteitsbeleid. Ook vanuit de ziekenhuizen, onder eindverantwoordelijkheid van de Raden van Bestuur, wordt toegezien op

systematische zorg voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Specialisten klinische arbeidsgeneeskunde zijn hieraan net als alle specialisten (en andere zorgverleners) onderworpen.

Conclusie

Reflecterend op de huidige status van de NVKA is er nog geen sprake van een beroepsvereniging met een functionerende kwaliteitscirkel; op dit moment zijn er geen vastgestelde opleidingseisen, professionele standaarden, toetsing en evaluatie. De aanbieders van klinisch arbeidsgeneeskundige zorg zijn echter wel onderworpen aan de opleidings- en kwaliteitseisen van hun primaire specialismen. In opdracht van de NVKA is zeer recent een beroepsprofiel voor de klinisch arbeidsgeneeskundige opgesteld.

3 Klinische arbeidsgeneeskunde, domein en werkveld

3.1 Inbedding van de zorg

Hoe verhoudt de zorg geleverd door klinisch arbeidsgeneeskundigen zich tot wat door andere zorgaanbieders wordt geleverd?

In het profielrapport van de NVKA is beschreven hoe de klinisch arbeidsgeneeskundige zich onderscheidt van andere zorgaanbieders. De klinisch arbeidsgeneeskundige onderscheidt zich op een aantal punten van de *bedrijfsarts*: De klinisch arbeidsgeneeskundige is een tweedelijns specialist en geen generalist in de eerstelijnszorg zoals de bedrijfsarts. Daarnaast opereert de klinisch arbeidsgeneeskundige binnen de reguliere gezondheidszorg en onafhankelijk van werkgevers. Ook is de klinisch arbeidsgeneeskundige breder toegankelijk, voor alle mensen die betaalde of onbetaalde arbeid verrichten, ook degenen die geen toegang hebben tot een bedrijfsarts (NVKA, 2015).

De klinisch arbeidsgeneeskundige is vooral gericht op de complexe multidisciplinaire zorg. Daar waar in de eerste lijn (huisarts of bedrijfsarts) de generalistische zorg kan worden gegeven, gaat het hier om de complexe problematiek waarvoor adequate begeleiding en de behandeling in de eerste lijn niet mogelijk is:

- 1) omdat er geen goede diagnostiek kan plaatsvinden
- 2) omdat men over faciliteiten moet beschikken die niet in de eerste lijn aanwezig zijn
- 3) omdat er multidisciplinaire expertise nodig is in de vorm van specialistische zorg in combinatie met specifieke klinisch arbeidsgeneeskundige kennis.

In vergelijking met de medisch specialist bezit de klinisch arbeidsgeneeskundige meer specialistische kennis van de etiologie, diagnostiek en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen. In overleg met de bedrijfsarts en/of werkgever kan de klinisch arbeidsgeneeskundige bovendien factoren die arbeidsparticipatie bevorderen of belemmeren beïnvloeden doordat deze beschikt over kennis over de belemmeringen en mogelijkheden voor activiteiten en arbeidsparticipatie (NVKA, 2015).

Conclusie

De klinisch arbeidsgeneeskundige heeft ten opzichte van de bedrijfs- en verzekeringsarts in de eerste lijn meer specialistische kennis en toegang tot specialistische diagnostiek en behandel mogelijkheden en werkt vanuit een multidisciplinaire setting in de tweede lijn. De klinisch arbeidsgeneeskundige

heeft ten opzichte van de specialist meer kennis van de werkplek en risicofactoren in arbeid en de cultuur van organisaties, en ook, indien nodig, toegang tot de werkplek.

Het specifieke commentaar van de verschillende beroepsverenigingen op deze vraag staat weergegeven in bijlage 4.

Hoe is deze zorg ingebed in de reguliere bedrijfsgeneeskundige zorg en de medisch specialistische zorg?

Veelal wordt de werknemer/patiënt doorverwezen door een bedrijfs- of verzekeringsarts. Echter ook specialisten k en –sporadisch- huisartsen verwijzen naar de klinisch arbeidsgeneeskundige. Een bijzondere vorm is de bedrijfsartsconsulent oncologie (BACO), die verbonden is aan de kliniek. Deze adviseert over diagnostiek en behandelopties met het oog op het werk van de oncologische patiënt.

Hoewel het aantal verwijzingen naar klinisch arbeidsgeneeskundige centra zeker ook met betrekking tot beroepsziektediagnostiek in de afgelopen jaren is toegenomen, blijft het aantal toch nog betrekkelijk klein. Er zou bij potentiële verwijzers sprake kunnen zijn van de nodige terughoudendheid omdat men vindt dat de toegevoegde waarde van klinische arbeidsgeneeskunde nog onvoldoende duidelijk is uit wetenschappelijke publicaties, ondanks dat er inmiddels wel een beperkt aantal is verschenen (de Groene & Pal, 2009).

Uit interviews met de beroepsverenigingen in de curatieve sector (NHG, FMS) blijkt echter dat de toegevoegde waarde wel onderkend wordt, maar dat op dit moment de onbekendheid met de klinisch arbeidsgeneeskundige een belangrijke factor is.

Er zouden duidelijke verwijscriteria nodig zijn en ook door terugkoppeling naar bijvoorbeeld de huisarts zou de bekendheid moeten groeien.

De NVKA streeft naar eenduidige criteria voor verwijzing naar de klinisch arbeidsgeneeskundige centra. Een voorbeeld voor verwijscriteria bij klachten aan houdings- en bewegingsapparaat staat gegeven in onderstaand kader (Elders & Spreeuwiers, 2013).

Verwijscriteria (1 of meer criteria zijn van toepassing)

Klachten aan het houdings- en bewegingsstelsel

- die langdurig zijn (>6weken)
- waarvan de oorzaak niet bekend is;
- die re-integratie in betaald werk; vanuit verzuim- of uitkeringssituatie; belemmeren en/of waarbij eventueel ingezette behandeling geen of te weinig verbetering biedt;
- waarbij sprake is van bijkomende psychosociale of gedragsmatige problemen;
- een second opinion m.b.t. diagnose, behandeling of voortgang wenselijk is

Exclusiecriteria

- ernstige psychiatrische of verslavingsproblematiek;
- gebrek aan motivatie om de noodzakelijke stappen te zetten om te herstellen;
- gebrek aan motivatie om aan het werk te gaan (re)-integratie

(zie www.interventiesnaarwerk.nl/sites/default/files/interventies/EMcare_0.pdf)

Conclusie

De verwijzing naar de klinisch arbeidsgeneeskundige komt op dit moment in de praktijk tot stand via de bedrijfsarts, verzekeringsarts of medisch specialist en sporadisch rechtstreeks via de huisarts. Alle beroepsverenigingen vinden het van belang dat er duidelijke criteria voor verwijzing komen naar de klinisch arbeidsgeneeskundige. Allen onderschrijven echter dat de onbekendheid met de klinisch arbeidsgeneeskundige en gebrek aan duidelijke criteria voor verwijzing belangrijke factoren zijn voor het beperkte beroep dat op de klinisch arbeidsgeneeskundigen wordt gedaan.

Het specifieke commentaar van de verschillende beroepsverenigingen op deze vraag staat weergegeven in bijlage 4

3.2 Toegevoegde waarde van de Klinisch Arbeidsgeneeskundige

Er zijn verschillende redenen om door te verwijzen naar een klinisch arbeidsgeneeskundig centrum. Het gaat daarbij niet alleen om diagnostiek, maar ook om klinische arbeidsgeneeskundige interventies (dat wil zeggen dat de werksituatie uitdrukkelijk betrokken wordt in de behandeling), die meerwaarde kunnen hebben vergeleken met alleen curatieve behandeling (Elders & Spreeuwers, 2013).

Enkele wetenschappelijke studies onderschrijven de toegevoegde waarde van de klinisch arbeidsgeneeskundigen bij het vaststellen van beroepsziekten en het bevorderen van (arbeids)participatie (zie 3.2.1. en 3.2.2).

3.2.1 Beroepsziekten

De omvang van het voorkomen van beroepsziekten voor alleen al de arbeidsdermatosen en de luchtwegaandoeningen is onlangs beschreven door Penders et al (2013): “Een conservatieve schatting leidt tot ongeveer 3500 nieuwe gevallen van beroepslong- en luchtwegaandoeningen per jaar. Op het gebied van arbeidsgerelateerd contacteczeem is dit tot ongeveer 10.000 nieuwe gevallen per jaar. Op grond van deze gegevens wordt geschat dat 500 verwijzingen naar een specialistisch centrum voor (complexe) arbeidsgerelateerde luchtweg- en longaandoeningen nodig zijn en maximaal 1500 verwijzingen naar een gespecialiseerd centrum voor arbeidsdermatosen.”. Naar schatting zal een aanzienlijk percentage daarvan leiden tot een beroepsziektemelding. Het solvent team, onderdeel van de poli mens en arbeid van het AMC, dat in 1997 is opgericht heeft inmiddels ruimschoots zijn bestaansrecht bewezen als expertise centrum voor het vaststellen van beroepsziekten door blootstelling aan oplosmiddelen. Ook is de toegevoegde waarde als het gaat om advisering over preventieve maatregelen duidelijk. Het spreekt voor zich dat het vaststellen van een beroepsziekte bij de patiënt ook diens gezondheid ten goede komt, omdat de juiste behandeling kan worden ingezet en de juiste preventieve maatregelen, ook voor anderen, kunnen worden genomen.

3.2.2 Gezondheid en participatie

Onderzoek naar de effectiviteit van klinisch arbeidsgeneeskundige interventies heeft niet alleen positieve gezondheidseffecten laten zien, maar vooral ook een snellere terugkeer naar het werk of verbetering in het functioneren in de arbeid.

De effectiviteit op terugkeer naar werk, gezondheidsklachten en/of kostenbesparingen zijn bijvoorbeeld aangetoond voor chronisch handeczeem, depressie, bij perioperatieve zorg en chronische rugklachten op de korte en/of lange termijn (Lambeek et al., 2010; Van Gils et al., 2012a;

Van Gils et al. 2013; Vlasveld et al., 2013). Een bespreking van de maatschappelijke kosten en baten is te lezen in paragraaf 4.3.

Zeer recent is een studie uitgevoerd onder werknemers met veel voorkomende psychische problemen (Volker et al. 2015). In deze studie is gebruikelijke zorg voor onder andere depressie en angststoornissen vergeleken met een opzet waarbij een bedrijfsarts in consultatie met een psychiater werknemers begeleid. De studie laat ook positieve effecten zien op het herstel van de klachten en terugkeer naar het werk.

Stichting Achmea heeft het Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde Nederland (IKA-Ned) in staat gesteld tot het uitvoeren van een pilot met patiënten die volgens het klinisch arbeidsgeneeskundig zorgtraject werden begeleid. Deze pilot is geëvalueerd door VUmc. Het merendeel van de verwijzers was van mening dat de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg zeker een meerwaarde had ten opzichte van de reguliere zorg. De toegevoegde waarde wordt gezien in de kwaliteit van zorg en de snelheid van handelen. De medisch specialisten waren allen tevreden tot zeer tevreden over de samenwerking met de klinisch arbeidsgeneeskundige (Van Dongen et al., 2013). Daarnaast zijn er ook verschillende wetenschappelijke studies verricht naar de patiënttevredenheid over de klinisch arbeidsgeneeskundige. In procesevaluaties zijn de uitvoerbaarheid van en de tevredenheid over de klinisch arbeidsgeneeskundige beschreven, de ervaringen van patiënten, verwijzers en medisch specialisten zijn hierbij geëvalueerd. Het merendeel van de patiënten is zeer tevreden met de begeleiding en advisering door de klinisch arbeidsgeneeskundigen (Lambeek et al., 2009; Van Gils et al., 2012b).

Conclusie

Uit verschillende studies blijkt dat de klinisch arbeidsgeneeskundige toegevoegde waarde ten opzichte van de reguliere medische zorg en arbozorg heeft zowel bij het vaststellen van (complexe) beroepsziekten/arbeidsgerelateerde aandoeningen als bij het bevorderen van participatie. De inzet van klinische arbeidsgeneeskunde is in een aantal gevallen ook kosteneffectief. Verder blijkt dat het de gezondheid van de patiënt bevordert, zowel direct als indirect, omdat het de participatie in arbeid en samenleving bevordert. Uit procesevaluaties blijkt dat de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg als positief wordt ervaren door patiënten, verwijzers en medisch specialisten.

Hoewel de FMS en de NHG niet op de hoogte zijn of patiënten zijn verwezen naar een klinisch arbeidsgeneeskundige, onderschrijven zij het belang van de klinisch arbeidsgeneeskundige voor de patiënt in het algemeen. Zij zien de toegevoegde waarde vooral in het bevorderen van de re-integratie en participatie bij complexe gezondheidsproblematiek. De NVKA benadrukt ook de rol bij het vaststellen van beroepsziekten.

3.3 Opleiding, scholing en registratie

Op dit moment is klinische arbeidsgeneeskunde geen geneeskundig specialisme in de zin van de wet BIG art. 14, de vraag is of ze dat moeten worden en wat daar voor nodig is.

Er bestaat in Nederland geen opleiding voor klinisch arbeidsgeneeskundigen. Er is thans geen opleiding maar in het kader van professionalisering en borging van de kwaliteit van de klinische arbeidsgeneeskunde wordt het wenselijk geacht wel te komen tot een opleiding. Hiertoe schetsten de verschillende partijen drie routes en eindpunten. Namelijk (1) subspecialisatie (met aantekening in het register) vanuit de medisch specialistische vervolgopleiding (2) of vanuit de bedrijfsgeneeskunde of (3) een zelfstandige opleiding (met aparte BIG-registratie).

De beroepsverenigingen verschillen van mening of een aparte BIG-registratie nodig is of dat volstaan kan worden met een aantekening voor een superspecialisatie vanuit een medisch specialisme of de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Alle betrokkenen zijn het er over eens dat een BIG registratie een lange weg is en dat ondertussen naar andere mogelijkheden gezocht moet worden om de klinische arbeidsgeneeskundigen beter herkenbaar te maken t.o.v. de bedrijfs- en verzekeringsartsen en de medisch specialisten. De opleiding zou daarom ook gepositioneerd kunnen worden als een verdiepende specialisatie na een opleiding tot medisch specialist of bedrijfsarts. Enerzijds kan de medische specialist in een bepaald orgaangebied zich middels deze opleiding specialiseren in de arbeidsgeneeskundige expertise en anderzijds kan de bedrijfsarts zich specialiseren in een bepaald medisch specialisme.

Het commentaar van de verschillende beroepsverenigingen staat weergegeven in bijlage 4.

Conclusie

De beroepsverenigingen verschillen van mening of een aparte BIG-registratie nodig is of dat volstaan van worden met een aantekening voor een superspecialisatie vanuit een medisch specialisme of de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. De opleiding voor klinische arbeidsgeneeskundige zou ook gepositioneerd kunnen worden als een verdiepende specialisatie na een opleiding tot medisch specialist en bedrijfsarts.

Is een professionele ontwikkeling waarbij kennis over (complexe) arbeidsgerelateerde problematiek wordt geconcentreerd in een klein groep klinisch arbeidsgeneeskundigen te verkiezen boven het borgen van die kennis in alle (of de meest betrokken) geneeskundig specialismen?

Uit veel recent onderzoek blijkt dat de samenwerking tussen curatieve sector en arbozorg moeizaam verloopt: Het systeem is in Nederland zo ingericht dat de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde de rol heeft om in het zorgtraject aandacht te besteden aan participatie en werk. Dit vereist nauwe samenwerking tussen bedrijfsgeneeskundige zorg en curatieve zorg: zogenoemde arbocuratieve samenwerking. Deze samenwerking is belangrijk bij interventies, waar de bedrijfsarts als casemanager fungeert in een traject waarbij meerdere partijen betrokken zijn, waaronder de curatieve zorg. Er blijken echter belangrijke knelpunten te zijn in de totstandkoming van een dergelijke samenwerking. Deze knelpunten zijn de afgelopen jaren goed gedocumenteerd. Een belangrijke bijdrage hieraan is onlangs geleverd door het overzichtswerk van het Nivel (Batenburg 2012).

Volgens het Nivel zijn de obstakels bij arbocuratieve samenwerking van zowel structurele, culturele als praktische aard:

“De structurele knelpunten liggen voornamelijk in de financiële schotten tussen bedrijfsgeneeskunde en reguliere zorg. Culturele knelpunten liggen in statusverschillen binnen de zorg, waarbij de bedrijfsgeneeskunde minder aanzien geniet en er wordt getwijfeld aan onafhankelijkheid. Praktische knelpunten liggen voornamelijk in tijdgebrek en het niet kunnen declareren van de tijd die wordt geïnvesteerd in samenwerking of informatie-uitwisseling.”

Groepsinterview klinisch arbeidsgeneeskundigen

In het groepsinterview deelde men de mening dat specialisten en huisartsen onvoldoende kennis hebben of zouden kunnen verkrijgen om de complexe problematiek op het gebied van de klinisch arbeidsgeneeskundige te kunnen behandelen. Naast de bovengenoemde culturele factoren werd vooral ook als reden gegeven dat deze curatieve zorgverleners geen kennis van en toegang tot de werkplek hebben. Bovendien werd benadrukt dat de klinisch arbeidsgeneeskundige per definitie multidisciplinair werkt, terwijl de meeste medisch specialisten of huisartsen niet in een setting werken waarin ook de arbeidsgeneeskundige discipline een plaats heeft.

Consultatieronde:

In de consultatieronde werden nog nader de mogelijkheden en bereidheid van de 1^e en 2^e lijns reguliere zorg geïnventariseerd om meer aandacht te geven aan de factor arbeid bij diagnostiek en

behandeling. Hoewel de noodzaak daarvan wordt benadrukt, blijven voldoende verwijsmogelijkheden naar klinisch arbeidsgeneeskundigen bij complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek noodzakelijk.

Conclusie

In de 1e en 2e lijn is er onvoldoende kennis over complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek. Uit de literatuur blijkt dat het borgen van algemene kennis over arbeidsgerelateerde zorg moeizaam tot stand komt bij huisartsen en specialisten. Alle geconsulteerde partijen zijn het erover eens dat het noodzakelijk is, zelfs bij voldoende basiskennis in de curatieve zorg over arbeidsgerelateerde zorg, dat er voldoende verwijsmogelijkheden naar klinisch arbeidsgeneeskundigen voor complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek komen.

4. Financiering

4.1 Hoe is de huidige verwijzing en financiering geregeld?

4.1.1 Verwijzing en toegankelijkheid

De verwijzing naar de klinisch arbeidsgeneeskundige en BACO vindt plaats door verwijzing via een specialist, huisarts, bedrijfsarts of verzekeringsarts. Deze route van verwijzing is afhankelijk van de diagnose en verschilt per specialisme. De meeste verwijzingen vinden plaats via de bedrijfsarts of de verzekeringsarts vanwege de onbekendheid met de klinisch arbeidsgeneeskunde bij de andere beroepsgroepen.

In het SER rapport wordt geconcludeerd dat in het bestaande stelsel onvoldoende toegankelijkheid is tot de bedrijfsgezondheidszorg (SER, 2014). Contracten van werkgevers met de bedrijfsarts of arbodienst voorzien vaak niet in de groep niet-verzuimende werknemers die wel gezondheidsklachten heeft of daar risico op loopt. Deze toegang is zelfs onmogelijk voor de beroepsbevolking zonder werkgever zoals onder andere zzp'ers, werklozen en vrijwilligers.

Deze laatste groep patiënten, waaronder naast werkenden ook werklozen en gepensioneerden, hebben geen toegang tot de bedrijfsarts in de eerste lijn. Vanwege de onbekendheid met de klinisch arbeidsgeneeskundige bij de curatieve zorg zal deze groep ook niet verwezen worden, waar dat wel noodzakelijk is bij complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en problematisch verzuim/arbeidsfunctioneren.

Uit onderzoek blijkt verder dat werkenden zich met gezondheidsklachten veelal als eerste tot de reguliere gezondheidszorg wenden (Buijs et al., 2014). Er is een duidelijke noodzaak voor het integreren van kennis van arbeidsgerelateerde aspecten van gezondheidsproblemen, omdat in de huidige situatie de oorzaak van problemen niet goed wordt herkend. Daarnaast wordt ook het (tijdelijk) niet deelnemen aan arbeid nog wel gezien als oplossing, terwijl lang verzuim het risico op blijvend uitvallen uit het arbeidsproces juist verhoogt, met bewezen negatieve gevolgen voor gezondheid en welzijn (SER rapport, 2014).

Conclusie

De verwijzing naar de klinisch arbeidsgeneeskundige en BACO vindt plaats door verwijzing via een specialist, huisarts of bedrijfsarts. De meeste verwijzingen vinden plaats via de bedrijfsarts of de verzekeringsarts vanwege de onbekendheid met de klinisch arbeidsgeneeskunde bij de andere beroepsgroepen.

In vele rapporten en artikelen over de klinische arbeidsgeneeskunde en ook in de interviews met de beroepsverenigingen wordt geconcludeerd dat de toegankelijkheid tot de klinisch arbeidsgeneeskundige onvoldoende is door de onbekendheid met het bestaan van en verwijscriteria voor de klinisch arbeidsgeneeskunde

4.1.2 Financiering

Hoe zit het met financiering? Wie en hoe worden voor de diensten van deze groep betaald?

De basis voor zorgfinanciering vormen de DOT's. Op arbeid gerichte diagnostiek, begeleiding en advisering maken op dit moment geen deel uit van deze DOT's. Dit heeft tot gevolg dat verwijzingen naar klinisch arbeidsgeneeskundige centra regelmatig stranden doordat een werkgever niet akkoord gaat met de betaling, of doordat verwijzende huisartsen of specialisten in de veronderstelling verkeren dat de zorgverzekeraar dit vergoedt. Dit leidt tot ongelijkheid in de toegankelijkheid tot deze vorm van gezondheidszorg. Het is tot op heden nog niet gelukt om in overleg met zorgverzekeraars te komen tot afspraken over structurele financiering van klinisch arbeidsgeneeskundige zorgpaden voor diverse arbeidsgerelateerde aandoeningen. Wel is er een aantal geïsoleerde initiatieven voor financiering van arbeidsgeneeskundige consultatie bij oncologische patiënten en financiering van klinisch arbeidsgeneeskundige zorg in aanvullende zorgverzekeringen door een aantal branches, gekoppeld aan branchegebonden gezondheidsrisico's, zoals longproblemen in de bouwnijverheid en bakkersbranche en huidproblemen in de kappersbranche. Verder is er structurele financiering voor de diagnostiek van chronische toxische encefalopathie (CTE) bij patiënten die mogelijk de schildersziekte hebben, op basis van afspraken die door de toenmalige minister Borst zijn gemaakt met het College voor zorgverzekeringen.

Visierapport Arbouw

Arbouw signaleert hierbij nog een knelpunt: "Bij verwijzing door de curatieve zorg naar een centrum als NKAL wordt het onderzoek volledig uit de reguliere zorg vergoed. Bij verwijzing door de bedrijfsarts is dat echter niet het geval. Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) worden immers geconfronteerd met volumekortingen. Daardoor worden bedrijfstakingen die investeren in preventieve

zorg, zoals bouwnijverheid, bakkerijen en landbouw, onnodig geconfronteerd met extra kosten. Naar onze mening [Arbouw] zouden deze kosten volledig ten laste van de ziektekostenverzekeraar moeten worden gebracht.” (Arbouw, 2013).

Uit de interviews met de klinisch arbeidsgeneeskundigen zelf blijkt duidelijk dat de wijze van financiering of het ontbreken daarvan de toegang tot van deze zorg kan belemmeren. Soms wordt een oplossing gevonden door het toch in een DOT op te nemen. Veelal betaalt de werkgever, wanneer deze te overtuigen is van de noodzaak, maar lang niet altijd. En vaak wordt gedacht dat deze zorg onder de verzekerde zorg valt. Er zijn in de interviews suggesties gedaan om dit te verbeteren. Deze worden in paragraaf 4.4.1 weergegeven.

Bij verwijzing door de verzekeringarts of bij verwijzing vanwege problematisch verzuim of arbeidsfunctioneren is de financiering over het algemeen geen knelpunt omdat dit vanuit het UWV/werkgever/opdrachtgever wordt betaald.

Conclusie

De klinische arbeidsgeneeskunde wordt op dit moment in principe niet door zorgverzekering betaald, ook niet als het gaat om evidente gezondheidsproblematiek die niet in de curatieve zorg kan worden opgelost. Hierop zijn wel enkele uitzonderingen. In incidentele gevallen zijn aparte financieringsarrangementen getroffen. Voor de financiering zijn de meeste patiënten derhalve aangewezen op de werkgever, die vaak alleen betaalt wanneer deze te overtuigen is van de noodzaak of een eigen belang heeft (zoals een expertise). Voor de beroepsbevolking zonder werkgever is geen financiering geregeld.

4.2 Vergelijking met diensten binnen andere beroepsgroepen

Zijn de kosten vergelijkbaar met soortgelijke diensten van andere beroepsgroepen?

Er zijn in de literatuur geen gegevens beschikbaar om deze vraag te kunnen beantwoorden.

Groepsinterview klinisch arbeidsgeneeskundigen

De geïnterviewde klinisch arbeidsgeneeskundigen waren over het algemeen van mening dat de kosten van hun behandelingen niet wezenlijk verschilden van die van de gemiddelde medisch specialist. De kosten van diagnostische verrichtingen zijn uiteraard afhankelijk van het ziektebeeld en de vraagstelling. Voor zover ze via de DOT systematiek worden vergoed is er ook geen probleem, maar dit is meestal niet het geval.

Het consult zelf, de rapportage van de klinisch arbeidsgeneeskundige en deelname van de klinisch arbeidsgeneeskundige aan het multidisciplinair overleg zijn nagenoeg in geen van de gevallen onderdeel van een DOT.

Het aantal werkplekbezoeken dat nodig is/ plaats vindt, varieert sterk per specialisme. Vooral bij allergieën op het gebied van longen en huid is werkplekbezoek vaak nodig. Voor het uitvoeren van werkplekbezoeken is toestemming van patiënt en werkgever voor nodig.

NVKA

De tarieven liggen op het niveau van de medisch specialist. De kosten zijn afhankelijk van het ziektebeeld en van het specialisme. Het gaat per definitie om complexe problematiek, dus ook om de kosten van meerdere disciplines.

Conclusie

De tarieven van de klinisch arbeidsgeneeskundige wijken volgens de klinisch arbeidsgeneeskundigen niet af van de tarieven van andere medisch specialisten. De kosten zijn daarmee vergelijkbaar met die van andere specialisten zij het dat consulten meer tijd kosten dan gemiddeld, vooral indien er werkplekonderzoek moet plaatsvinden.

4.3 Maatschappelijke kosten en baten

In de tijd van vergrijzing en verhoging van pensioengerechtigde leeftijd is het relevant om toegevoegde waarde van klinische arbeidsgeneeskunde ook in relatie tot maatschappelijke kosten en baten te kunnen uitdrukken.

4.3.1 Literatuuronderzoek

In 2013 is door het VU medisch centrum onderzoek uitgevoerd naar het proces en de kwaliteit van de dienstverlening van de klinisch arbeidsgeneeskundige in opdracht van het Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde Nederland (IKA-Ned) en Achmea. Uit het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van vergelijkbare vormen van zorg¹, werd geconcludeerd dat multidisciplinaire samenwerking, waarbij de factor arbeid op een duidelijke manier wordt geïntegreerd in de behandeling bij mensen met werkgebonden aandoeningen, bijdraagt aan verkorting van de verzuimduur (Van Dongen et al, 2013).

¹ Over het algemeen wordt er in deze programma's gewerkt met "geïntegreerde zorg" verleend door een multidisciplinair team, bestaande uit een medisch specialisten, verpleegkundigen en een bedrijfsarts of klinisch arbeidsgeneeskundige.

Van een aantal grote interventie studies waarbij de klinisch arbeidsgeneeskundige een belangrijke rol in de zorgverlening heeft, zijn de kosteneffectiviteit en kosten-baten analyses gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften (Lambeek et al. 2010; van Gils et al., 2013; Gussenhoven et al., 2012; Bouwsma et al., 2014; Noben 2015).

In deze studies is de zorgverlening met klinisch arbeidsgeneeskundige vergeleken met gebruikelijke zorg. De studie naar postoperatief herstel bij gynaecologie patiënten liet positieve resultaten zien en is het programma waarvan de klinisch arbeidsgeneeskundige deel uitmaakte kosteneffectief, zowel door lagere zorgkosten in de 2^e lijn als door reduceren van verzuimkosten. Uit de studie van Lambeek uitgevoerd bij langdurig verzuimende werknemers en zelfstandigen met lage rugklachten bleek dat het programma niet alleen positieve effecten had op duurzame terugkeer naar werk, maar ook dat de kosten in de 2^e lijn lager waren dan bij gebruikelijke zorg. Voor studies waarbij de klinisch arbeidsgeneeskundige werd ingezet bij handeczeem problematiek, patiënten met gehoorproblemen op het werk en reumatoïde artritis is er geen bewijs voor kosten-effectiviteit. Hier zijn de kosten hoger dan de gebruikelijke zorg.

4.3.2 Rekenmodel

Om inzicht te geven in de maatschappelijke kosten en baten van de scenario's genoemd in het SER rapport) is een rekenmodel in opdracht van de NVKA opgesteld. Op verzoek van de opdrachtgevers hebben de onderzoekers dit model globaal beoordeeld.

Het rekenmodel tracht een antwoord te geven op de vraag wat het beste zorgmodel is voor arbeidsgerelateerde zorg in Nederland. Toetsing van de modellen op legitimiteit, effectiviteit en efficiëntie van o.a. de klinische arbeidsgeneeskunde wordt gedaan op basis van een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA Arbeidsgerelateerde zorg; dr.ir. E.C.M. Ruijgrok, Witteveen en Bos, aug 2013). Hiermee kan inzicht worden verkregen in hoe verschillende organisatiemodellen voor de arbeidsgerelateerde zorg in Nederland kunnen bijdragen aan een duurzame inzetbaarheid van werknemers. Tevens kan met deze modellen worden bepaald of de klinische arbeidsgeneeskunde tot kostenstijgingen of -dalingen leiden in de bedrijfsgezondheidszorg (ministerie SZW) en in de reguliere gezondheidszorg (ministerie VWS) en wat de macro-economische baten zijn op de middellange termijn.

Resultaten van deze modellen laten zien dat klinische arbeidsgeneeskunde tot kostenbesparingen leiden.

Er dienen wel een aantal kanttekeningen te worden geplaatst bij dit rekenmodel. Zo worden er een aantal aannames gedaan, waarop de variabelen in het rekenmodel berusten. De aannames zijn

gebaseerd de eerder vermelde studie van Lambeek et al. (2010). In deze studie is in een randomised controlled trial (RCT) de effectiviteit van een 'integrated care programma', gecoördineerd door een klinisch arbeidsgeneeskundige, vergeleken met gebruikelijke zorg. De kosten voor zorgconsumptie en productiviteitsverlies enerzijds en de baten door sneller terugkeer naar het werk en besparingen in zorgconsumptie uit deze studie vormen de basis van het rekenmodel. Dit onderzoek richtte zich op een groep langdurig verzuimende werkenden (ook zelfstandigen) met chronische lage rugklachten. De 4 maanden snellere duurzame terugkeer naar werk in de groep met de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg maakt dat bij deze groep patiënten de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg zeer kosten effectief is met een kosten-baten verhouding van 1:26. Dat wil zeggen dat iedere geïnvesteerde euro in de zorg er 26 voor terugkomen met name door bespaarde verzuimkosten. Een vergelijkbaar resultaat wordt ook gevonden in de perioperatieve zorg waarbij de klinisch arbeidsgeneeskundige betrokken is om patiënten sneller duurzaam te laten hervatten na een operatie. Een dergelijke kosten baten verhouding is echter niet gevonden bij andere (werkgerelateerde) gezondheidsproblematiek bij niet verzuimende werknemers. Hiervoor geldt dat de financiële baten van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg niet opwegen tegen de hogere kosten van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg. Voor alle duidelijkheid: Er zijn gezondheidsbaten van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg vastgesteld bij rugklachten, perioperatieve klachten, bij depressie en hand eczeem, al was bij deze laatste klachten het effect na een jaar niet meer meetbaar.

Het rekenmodel staat of valt, zoals alle modellen, met de vraag of de premissen op de werkelijkheid berusten. Naarmate daarover meer bekend wordt zal het model waardevoller worden. Voor de klinische arbeidsgeneeskundige interventies bij langdurig verzuimde werknemers met chronische rugklachten berekent het hoge opbrengsten.

Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat voor verschillende aandoeningen (rug- en perioperatieve klachten) de klinische arbeidsgeneeskunde kosteneffectief is. Maar er zijn ook studies waarbij geen kosteneffectiviteit is aangetoond ondanks positieve gezondheidseffecten (depressie, handeczeem). De reacties van de geïnterviewde organisaties geven aan dat het plausibel is dat de inzet van klinisch arbeidsgeneeskundige toekomstige zorgconsumptie vermindert en de re-integratie en participatie bevordert en daarmee kosten bespaart.

4.4 Toekomstige organisatie en financiering

Een belangrijke belemmering voor de ontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde is het ontbreken van structurele financiering vanuit de zorgverzekering. Zoals in paragraaf 4.1.4 (financiering) beschreven, onderschrijven verschillende partijen dat de huidige financieringsvormen tot onwenselijke situaties kunnen leiden zoals inadequate of te late zorg of ongelijkheid bij toegang tot noodzakelijke zorg. Vanuit deze geïdentificeerde problemen lijkt het wenselijk dat er andere financiële regelingen komen om de toegang tot de klinische arbeidsgeneeskunde te verbeteren.

Een voorbeeld:

Een patiënt die voor chronische rugklachten naar de orthopedisch chirurg gaat kan dit vergoed krijgen via de ZVW terwijl dezelfde patiënt bij de klinisch arbeidsgeneeskundige op dit moment de zorgkosten zelf of via de werkgever moet betalen. Dat is vreemd te meer omdat beide specialisten, de orthopedisch chirurg als ook de klinisch arbeidsgeneeskundige, een vergelijkbare behandeling als graded activity zou kunnen voorschrijven. De orthooped is echter blij als de patiënt weer zijn dagelijkse activiteiten kan uitvoeren terwijl de klinisch arbeidsgeneeskundige een stap verder gaat en de bedrijfsarts informeert over de wenselijke stappen in de behandeling en werkaanpassingen ten behoeve van duurzame re-integratie naar werk. Het maatschappelijk belang van de bijdrage van de klinisch arbeidsgeneeskundige lijkt hierin dus van groot belang want, verzuimreductie, participatie, verhoging van de productiviteit en werkhervatting kosten de samenleving niets maar leveren juist op. De patiënt die de orthopedisch chirurg bezoekt wordt alleen gediagnosticeerd en curatief behandeld maar mist in het advies de context die hierboven is beschreven.

NVAB

De NVAB geeft aan dat het medisch handelen van zowel de bedrijfsarts als de klinisch arbeidsgeneeskunde uit de zorgverzekering zou moeten worden gefinancierd. De NVAB geeft aan dat er heldere verwijscriteria noodzakelijk zijn voor verwijzing naar de klinisch arbeidsgeneeskundige omdat zorg die door de bedrijfsarts geleverd kan worden, niet onnodig bij de klinisch arbeidsgeneeskundige terecht moet komen (onnodige substitutie).

Groepsinterview klinisch arbeidsgeneeskundigen

De klinisch arbeidsgeneeskundigen zijn van mening dat de financiële drempels voor verwijzing opgeheven moeten worden uit het oogpunt van toegankelijkheid voor de patiënten. Het licht dan in de lijn dit te regelen via de (basis)zorgverzekering. De behoefte aan klinisch arbeidsgeneeskundige zorg is zeer gering t.o.v. volume van de totale verzekerde zorg. Het is te verwachten dat kosten daarom op macro niveau nauwelijks waarneembaar zullen stijgen. Deze zijn geschat op 10-20 miljoen euro per jaar (Pal e.a., 2013).

Gewenste financiering

Groepsinterview klinisch arbeidsgeneeskundigen

Alle geïnterviewden waren van mening dat de financiering beter moet. Voor zover ze via de DOT systematiek worden vergoed is er ook geen probleem, maar dit is meestal niet het geval. Echter het consult zelf, de rapportage en het multidisciplinair overleg zijn nagenoeg in geen van de gevallen onderdeel van een DOT. Daardoor wordt noodzakelijke zorg aan de patiënt onthouden. Wel acht men het terecht dat het werkplekbezoek, indien dat geïndiceerd is, en de advisering daarover aan de werkgever, door de werkgever wordt betaald. Ook indien het gaat om een expertiseaanvraag acht men het redelijk dat de opdrachtgever dit betaalt.

De huidige financieringssituatie veroorzaakt ongelijkheid in de zorg en willekeur, en is daarmee onwenselijk. Soms valt de medische verrichting wel onder de basiszorg, maar meestal niet. Dan is het afhankelijk van de werkgever of deze zorg gegeven wordt (bereidheid van de werkgever om te betalen). Alle geïnterviewde klinisch arbeidsgeneeskundigen kenden voorbeelden van verwezen patiënten die niet onderzocht en behandeld konden worden, omdat de werkgever niet bereid was te betalen.

NVAB

De NVAB ziet het handelen van de klinisch arbeidsgeneeskundige als medisch handelen, wat inhoudt dat ook het gedeelte werkplekonderzoek opgenomen zou moeten worden in de DBC/DOT systematiek.

NVKA

Klinisch arbeidsgeneeskundige zorg zou vanuit de zorgverzekering gefinancierd moeten worden omdat deze professional zorg levert aan patiënten in de tweede lijn net als alle andere specialisten.

De medisch wetenschappelijke verenigingen van specialisten stemmen het geneeskundig handelen af in richtlijnen waarin zogenaamde zorgpaden zijn opgenomen. Daarin staat omschreven wanneer welke specialist betrokken is bij welk zorgproces. In deze richtlijnen is de klinisch arbeidsgeneeskundige nog niet opgenomen. Bij de introductie van de klinisch arbeidsgeneeskundige in de zorg zal bij herziening van de richtlijn dan ook klinisch arbeidsgeneeskundig handelen moeten worden opgenomen en in het zorgpad omschreven. Het zou daarom ook in aanmerking moeten komen voor vergoeding conform het DBC model voor zorgproducten.

Een variant die nu in ontwikkeling is, is 'integrale bekostiging' waarbij verschillende zorgverleners samenwerken en het deel arbeid voor de klinisch arbeidsgeneeskundige vergoed kan worden. Financiering kan ook via private trajecten (incl. collectieve aanvullende zorgverzekeringen) gaan waarbij de werkgever de kosten draagt, zoals re-integratie-inspanningen in het kader van de wet verbetering Poortwachter. Wel zijn er voorbeelden van dat de zorg onthouden wordt, bijvoorbeeld in de situatie dat er voorgesteld is een behandelplan op te stellen om re-integratie te bevorderen, maar dat de werkgever dit tegenhoudt.

FMS

De FMS wijst er op dat er wel mogelijkheden zijn om in het kader van zorginnovatie experimenten te financieren vanuit de NZA. En ook zorgverzekeraars zouden hiervoor belangstelling kunnen hebben. Deze experimenten zouden kunnen aantonen of er sprake zal zijn van effectieve zorg en aanzuigende werking.

Conclusie

Op termijn zou volgens geconsulteerde organisaties de financiering van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg, voor zover die medische zorg betreft, moeten vallen onder de zorgverzekering. Maar tot die tijd zouden pilots en experimenten kunnen starten gefinancierd door zorgverzekeringen vanuit bestaande innovatiefondsen. Deze moeten dan goed worden geëvalueerd op gezondheidseffect en kosteneffectiviteit van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg.

De financiering van klinisch arbeidsgeneeskundige zorg ten behoeve van expertise, kan ten laste blijven komen van de opdrachtgever.

4.5 Toename en verschuiving zorgvraag

Preventie en werken aan duurzame inzetbaarheid vormen wezenlijke elementen van arbeidsgerelateerde zorg. Een toekomstgericht stelsel van arbeidsgerelateerde zorg is dan ook veel meer dan thans het geval is, gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen (waaronder beroepsziekten), problemen met functioneren in de arbeid, ziekteverzuim en uitval. Niet alleen zijn individuele werknemers en werkgevers hierbij gebaat, maar ook kunnen op deze manier hoge maatschappelijke kosten worden vermeden (SER, 2014).

Gezondheid maakt werken mogelijk en van werken kan een gezondheidsbevorderende werking uitgaan. Werken kan echter ook gepaard gaan met gezondheidsrisico's, die tot uiting kan komen in beroepsziekten of verergering van reeds bestaande aandoeningen. Alleen een werknemer bij wie belasting en belastbaarheid met elkaar in evenwicht zijn en gedurende zijn loopbaan blijven, participeert optimaal in onze samenleving. Om dat te realiseren is het noodzakelijk dat er veel meer dan nu het geval is aandacht komt voor het betrekken van de factor arbeid bij de preventie, diagnostiek en behandeling van gezondheidsproblemen en van arbeidsuitval/verminderde productiviteit. Diagnostiek en behandeling dienen niet alleen gericht te zijn op medisch herstel, maar vooral op functioneel herstel waardoor de arbeidsparticipatie geoptimaliseerd wordt. In het artikel van Pal e.a. in Medisch contact 2013 schatten de auteurs dat op dit moment ca 10.000 verwijzingen in aanmerking komen voor verwijzing naar een klinisch arbeidsgeneeskundig centrum per jaar. Dit zou leiden tot een extra uitgave van 10 tot 20 miljoen euro zorgkosten/jaar.

Groepsinterview klinisch arbeidsgeneeskundigen

Langer doorwerken zal naar verwachting leiden tot meer complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek. Hiervoor zullen meer zorginspanningen (diagnostiek en specifieke begeleiding) nodig zijn. Dit betreft dan niet alleen curatieve zorg, maar juist ook onderzoek naar de relatie met functioneren op het werk, adviezen/behandeling daarover en om het mogelijk te maken in het arbeidsproces te blijven. Hiervoor zijn klinisch arbeidsgeneeskundigen nodig, omdat medisch specialisten zich voornamelijk richten op functioneren in het dagelijks leven en niet in de arbeidssetting.

Beroepsverenigingen

Alle geïnterviewde beroepsverenigingen onderschrijven de verwachte toename van de zorgvraag als gevolg van de vergrijzing en de noodzaak tot langer doorwerken. Zij bevestigen dat als gevolg daarvan er een toename in complexe arbeidsgerelateerde problematiek en multimorbiditeit zal zijn. Een multidisciplinaire invalshoek met de klinisch arbeidsgeneeskundige heeft dan duidelijke meerwaarde. Het is dus zeker te verwachten dat met de toenemende gemiddelde leeftijd van de werkzame bevolking ook de behoefte aan klinische arbeidsgeneeskunde stijgt. Ter illustratie is dit in onderstaand kader uitgewerkt voor longaandoeningen.

Casus

De maatschappelijke kosten voor chronische respiratoire aandoeningen zijn in kaart gebracht in een rapport (Suijkerbuik, NTvG, 2013), waarin ook een projectie van de zorguitgaven voor deze aandoeningen tot 2032 wordt gegeven. De belangrijkste conclusies uit dit rapport waren dat de kosten van zorggebruik van astma in deze periode zullen verdubbelen en die voor COPD verdrievoudigen. Daarnaast leiden deze aandoeningen tot aanzienlijke productieverliezen vanwege ziekteverzuim en ook speelt arbeidsongeschiktheid een grote rol (deze overtreffen de kosten van het medisch zorggebruik). De komende 25 jaar zal het aantal patiënten stijgen, waarbij door vergrijzing het aantal oudere patiënten flink toeneemt en ook de zorgkosten fors zullen stijgen. Gezien de omvang van de productiviteitsverliezen is het belangrijk aandacht te hebben voor de relatie werk en longpatiënt. Daarnaast is in het artikel van Pal e.a. in Medisch contact 2013 geschat dat er heden ongeveer 500 gevallen per jaar van beroepslongaandoeningen in aanmerking komen voor verwijzing naar een klinisch arbeidsgeneeskundig centrum. Door de verschuiving van de pensioengerechtigde leeftijd zal de behoefte aan klinische arbeidsgeneeskunde dus ook stijgen.

Conclusie

In het artikel van Pal e.a. in Medisch contact 2013 schatten de auteurs dat op dit moment ca 10.000 verwijzingen in aanmerking komen voor verwijzing naar een klinisch arbeidsgeneeskundig centrum per jaar. Dit zou leiden tot een extra uitgave van 10 tot 20 miljoen euro zorgkosten/jaar. Het is te verwachten dat met de toenemende gemiddelde leeftijd van de werkzame bevolking ook de behoefte aan klinische arbeidsgeneeskunde in de komende jaren zal stijgen en daarmee de kosten.

5. Conclusie en aanbevelingen

5.1 Conclusie

In dit rapport zijn de resultaten van de verkenning over de stand van zaken van de klinisch arbeidsgeneeskunde in Nederland beschreven.

Klinische arbeidsgeneeskunde is een specialisme dat zich bezighoudt met het diagnosticeren en behandelen van ingewikkelde beroepsziekten, complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek en problematisch verzuim of arbeidsfunctioneren. Overigens is er nog geen door alle geconsulteerde partijen onderschreven sluitende definitie van de klinische arbeidsgeneeskunde.

Diagnostiek en behandeling van patiënten met complexe arbeidsgerelateerde problematiek, ingewikkelde beroepsziekten of problematisch verzuim of arbeidsfunctioneren, in een multidisciplinair team in de 2e lijns geneeskunde zijn de meest genoemde kenmerken van de klinische arbeidsgeneeskunde. Het gaat in de klinische arbeidsgeneeskunde altijd om diagnostiek/beoordeling en behandeling bij een **complexe** relatie tussen factoren in de arbeid en gezondheid, waarvoor aanvullende 2e lijns diagnostiek en een multidisciplinaire expertise vereist is. De relatie tussen gezondheid en arbeid is dus niet op voorhand duidelijk, maar kan alleen door specialistisch onderzoek van de patiënt in samenhang met specialistisch onderzoek van (belastende factoren uit) de werksituatie beoordeeld worden. Daarmee onderscheidt de klinische arbeidsgeneeskunde zich van de bedrijfsgeneeskunde en van de medische specialismen.

Er zijn klinisch arbeidsgeneeskundigen werkzaam voor tal van medisch specialismen. Naar verwachting zal zich dat uitbreiden. Zij behandelen naar hen verwezen patiënten met gezondheidsklachten van velerlei aard. Het gaat dan om het zoeken van een antwoord op de vragen zoals: of deze klachten veroorzaakt worden door het werk, of de patiënt met deze klachten geschikt is voor specifieke werkzaamheden of kan terugkeren naar werk en of er belemmerende factoren zijn in het werk voor herstel of terugkeer naar het werk. De beantwoording van deze vragen vergt specialistische klinische deskundigheid, diagnostische faciliteiten een multidisciplinaire benadering en toegang tot onderzoek op de werkplek en kennis van arbowetgeving en verzekeringsgeneeskundige wetgeving en procedures.

De zorg die klinisch arbeidsgeneeskundigen leveren draagt bij aan de juiste diagnose en aan het herstel van de patiënten met complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en bespoedigt de terugkeer naar het werk. Het levert een belangrijke bijdrage aan het signaleren van beroepsziekten door de gedegen diagnostiek bij complexe gevallen. De klinische arbeidsgeneeskunde heeft ook positieve preventieve effecten op derden, vanwege de advisering over interventies op de werkplek.

Om de professionalisering van de klinisch arbeidsgeneeskundigen te stimuleren en het vakgebied inhoudelijk verder te ontwikkelen is in 2007 de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) opgericht. De NVKA heeft op dit moment geen beleid gericht op systematische kwaliteitszorg (een zogenaamde PDCA- of kwaliteitscirkel). Onlangs zijn wel een competentieschets en -profiel opgesteld in opdracht van de NVKA, die de aanzet moeten geven tot opleidingseisen en een register, professionele standaarden, en criteria voor toetsing en evaluatie.

Nederland kent op dit moment slechts op een beperkt aantal plaatsen voorzieningen voor klinisch arbeidsgeneeskundige zorg. Ook het aantal bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde geregistreerde klinisch arbeidsgeneeskundigen is nog zeer beperkt in omvang. De komst van de klinisch arbeidsgeneeskundige expertise centra, gelieerd of onderdeel van UMC's, of zelfstandige behandelcentra (ZBC's), is een belangrijke ontwikkeling in het leveren van zorg die is toegesneden op complexe arbeidsgeneeskundige problematiek. Hun aantal is echter te gering om aan de potentiële vraag te kunnen voldoen.

De huidige klinisch arbeidsgeneeskundige centra beschikken over het algemeen over de noodzakelijke diagnostische en therapeutische faciliteiten en multidisciplinaire teams om de klinische arbeidsgeneeskundige zorg verantwoord uit te oefenen. Zij hebben bovendien toegang tot de werkplek, als dat noodzakelijk is voor diagnostiek en behandeling.

Voor huisartsen, bedrijfs- en verzekeringsartsen en medisch specialisten zou er de mogelijkheid moeten zijn om te verwijzen naar een tweede- dan wel derdelijns voorziening van klinische arbeidsgeneeskundige centra. Hiervoor dienen duidelijke verwijscriteria te worden opgesteld en de bekendheid met de klinische arbeidsgeneeskunde vergroot.

Er is wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van klinische arbeidsgeneeskunde voor een beperkt aantal aandoeningen, maar de meeste aandoeningen zijn nog onvoldoende of niet onderzocht.

Voor een aantal aandoeningen zijn ook positieve economische resultaten aangetoond, voor een aantal andere aandoeningen niet, maar wel positieve gezondheidseffecten. Positieve opbrengsten in kosten-baten worden gevonden bij die aandoeningen die een duidelijk effect/relatie hebben met verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Op dit moment is de financiering van de klinisch arbeidsgerelateerde zorg een lappendeken en wordt meestal niet door zorgverzekering betaald. Voor de financiering zijn de meeste patiënten derhalve aangewezen op de werkgever, die vaak alleen betaalt wanneer deze te overtuigen is van de noodzaak of een eigen belang heeft (expertise). Voor de beroepsbevolking zonder werkgever is geen financiering geregeld. De financiering van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg in het kader van problematisch verzuim is in de huidige praktijk geen probleem. Dit geldt ook voor inzet van klinisch arbeidsgeneeskundige expertise op verzoek van een belanghebbende opdrachtgever.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van de uitgevoerde verkenning (documenten analyse, interviews en consultatie van stakeholders) bevelen de onderzoekers aan om:

1. De beschikbare klinisch arbeidsgeneeskundige expertise effectiever in te zetten ten behoeve van patiënten met complexe arbeidsgerelateerde problematiek.
2. Te komen tot eenduidige financiële inbedding en regulering van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorgverlening.
3. De Klinische arbeidsgeneeskunde verder te professionaliseren.

Om dit te realiseren volgen hier enkele specifieke aanbevelingen:

Expertise centra

Uitbreiding van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg kan het best plaats vinden vanuit de huidige expertise centra. Met het oog op regionale spreiding zou goed in kaart moeten worden gebracht waar welk klinisch arbeidsgeneeskundig specialisme ontbreekt. De lacunes zouden kunnen worden opgevuld door UMC's en topklinische ziekenhuizen te stimuleren expertise centra op te richten.

Verwijscriteria

Voor huisartsen, bedrijfs- en verzekeringsartsen en klinisch specialisten zou er de mogelijkheid moeten zijn om te verwijzen naar een tweede- dan wel derdelijns voorziening van klinische

arbeidsgeneeskundige centra. Hiervoor dienen duidelijke verwijscriteria te worden opgesteld in samenwerking met de klinisch arbeidsgeneeskundigen.

Wetenschappelijk onderzoek

Voor een aantal aandoeningen is de effectiviteit van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg geëvalueerd in wetenschappelijke trials. Deze onderzoeken lieten positieve resultaten zien op gezondheidsuitkomsten, participatie en economische uitkomsten. Om de effectiviteit van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg voor andere aandoeningen te kunnen bevestigen is verder wetenschappelijk onderzoek nodig.

Financiering

Op termijn zou volgens de geconsulteerde organisaties de financiering van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg, voor zover die zorg medische zorg is, moeten vallen onder de zorgverzekering. Tot die tijd zouden klinische arbeidsgeneeskundige zorg vanuit pilots en experimenten in de zorgverzekering kunnen worden gefinancierd. Deze moeten dan goed worden geëvalueerd op de gezondheidseffecten en kosteneffectiviteit van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg. De financiering van klinisch arbeidsgeneeskundige zorg ten behoeve van expertises, veelal in het kader van problematisch verzuim, kan ten laste blijven komen van de opdrachtgever (werkgever/UWV/inkomensverzekeraar).

Professionalisering

De verdere professionalisering van de klinisch arbeidsgeneeskundigen is in eerste instantie een taak voor de NVKA. Zij zouden kunnen overwegen een eigen register op te stellen. In het rapport van de profielcommissie zijn voldoende aanknopingspunten voor het opstellen van criteria voor opname in een dergelijk register, waarin kwaliteitszorg en opleiding ook geregeld worden.

6. Literatuurverwijzingen

- Arbouw. Visidocument Arbouw t.b.v. SER, 8 oktober 2013.
- Batenburg RS, van Hassel D, van der Lee I. (2012). Knelpunten in de samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg .
- Bouwsma EV, Anema JR, Vonk Noordegraaf A, Knol DL, Bosmans JE, Schraffordt Koops SE, van Kesteren PJ, van Baal WM, Lips JP, Emanuel MH, Scholten PC, Mozes A, Adriaanse AH, Brölmann HA, Huirne JA. (2014). The cost effectiveness of a tailored, web-based care program to enhance postoperative recovery in gynecologic patients in comparison with usual care: protocol of a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc*, 18;3(2):e30.
- Buijs P, Bongers P, van der Klauw D, van Genabeek J, van Putten D & Wevers C. (2014). Zorg voor werk: Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?, TNO Hoofddorp.
- Elders, LAM. (2009). Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde TBV 17 (nr 10), 458-462.
- van Gils RF, Bosmans JE, Boot CR, Rustemeyer T, van Mechelen W, van der Valk PG, Anema JR. (2013). Economic evaluation of an integrated care programme for patients with hand dermatitis. *Contact Dermatitis*, 69(3):144-52.
- van Gils RF, Boot CR, Knol DL, Rustemeyer T, van Mechelen W, van der Valk PG, Anema JR. (2012a). The effectiveness of integrated care for patients with hand eczema: results of a randomized, controlled trial. *Contact Dermatitis*, 66(4):197-204.
- van Gils RF, Groenewoud K, Boot CR, Rustemeyer T, van Mechelen W, van der Valk PG, Anema JR. (2012b). Process evaluation of an integrated, multidisciplinary intervention programme for hand eczema. *Contact Dermatitis*, 66(5):254-63.
- Goorden M, Vlasveld MC, Anema JR, van Mechelen W, Beekman AT, Hoedeman R, van der Feltz-Cornelis CM, Hakkaart-van Roijen L. (2014). Cost-utility analysis of a collaborative care intervention for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *J Occup Rehabil*, 24(3):555-62.
- Groene GJ de & Pal TM. (2009). Klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland anno 2009: Volop kansen en uitdagingen. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*; 17(3): 112-115.

- Gussenhoven AH, Anema JR, Goverts ST, Bosmans JE, Festen JM, Kramer SE. (2012). Cost-effectiveness of a vocational enablement protocol for employees with hearing impairment; design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 1;12:151.
- Lambeek LC, Bosmans JE, Royen BJ van, Tulder MW van, Mechelen W van, Anema JR.(2010). Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial *BMJ*;341:c6414
- Lambeek LC, van Mechelen W, Buijs PC, Loisel P, Anema JR. (2009). An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*, 30;10:147.
- Marku, van der Weide, Kroon & Spreeuwers (2012). Eindrapport voorstudie project "Klinische Arbeidsgeneeskunde"
- Noben, C. (2015). Investing in employability interventions? Methodological challenges and economic evaluation results. (thesis). Universiteit van Maastricht, Maastricht.
- NVKA (2015). Beroepsprofiel klinische arbeidsgeneeskunde.
- Penders J, van Vliet C, Pal TM & Elders LAM. (2013). Gezondheidszorg voor werkenden moet beter. *Medisch contact*, 18:966-969.
- Piebenga WP, Dijk F van, Frings-Dresen MHW. (2006). Is er behoefte aan klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland? *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd*; 3: 126-129.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).(2007). Ziekte last van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland.
- Sociaal-Economische Raad (SER). Betere zorg voor werkenden. SER advies nr. 2014/07: 19 september 2014 (Commissie Arbeidsomstandigheden / Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg).
- Suijkerbuijk AWM, de Wit GA, Wijga AH, Heijmans MJWM, Hoogendoorn M, Rutten-van Mülken MPMH, Maurits EM, Hoogenveen RT & Feenstra TL. (2013). Maatschappelijke kosten van astma, COPD en respiratoire allergie *Ned Tijdschr Geneeskd.*, 157:A6562.
- Van Dongen D, van der Starre RE, Schaafsma FG & Anema JR. (2013). Evaluatie pilot Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (IKA-Ned). VU medisch centrum, Amsterdam.
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT. Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *Br J Psychiatry*. 2012 Jun;200(6):510-1. doi: 10.1192/bjp.bp.111.095687. Epub 2011 Nov 24.
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT. (2013). Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med*,70(4):223-30.

- Volker, et al. (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 17(5):1.
- Witkamp, Oploo & Ruig. (2013). Aandacht voor arbeid in de zorg, Panteia/research voor beleid. Aandacht voor arbeid in de zorg: Effectieve interventies met het oog op werkherleving voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten, Zoetermeer 2013.

Afkortingen

BACO – Bedrijfsarts consulent oncologie

DOT – DBC's op weg naar transparantie

FMS – Federatie Medisch Specialisten

NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap

NVAB – Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

NVKA- Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde

NVVG- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

ZBC – Zelfstandig behandelcentrum

Bijlage 1 Overzicht centra

Centrum	Plaats	Dienstverlening
Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde Nederland (IKA-Ned)	Vestigingen in Amsterdam, Leusden en Den Haag. www.ika-ned.nl	Breed aanbod alle disciplines
Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL)	Utrecht www.nkal.nl	Werkgebonden aandoeningen luchtwegen
Polikliniek Mens en Arbeid (PMA)	Gevestigd bij AMC Amsterdam www.mensenarbeid.nl	Breed aanbod alle disciplines
Solvent Team Enschede	MST Enschede www.mst.nl	Gericht op diagnostiek van CTE
Centrum voor Huid en Arbeid	Velp www.huidenarbeid.nl	Werkgebonden huidaandoeningen
Centrum voor Arbeidsgerelateerde luchtweg-, huid- en allergische aandoeningen Rotterdam (CALHAR)	Gevestigd bij Erasmus MC Rotterdam www.erasmusmc.nl/dermatologie/patiëntenzorg/info-calhar/	Beroepsgebonden allergieën
Ergatis, Medisch Expertise Centrum op het gebied van Arbeid en Gezondheid	Hoofdkantoor in Nijmegen, een nevenvestiging in Breda en diverse spreekuurlocaties verspreid over het land. www.ergatis.nl	Breed aanbod alle disciplines
Medisch Centrum voor Dansers & Musici (MCDM)	Gevestigd bij MCH Westeinde in Den Haag www.mchaaglanden.nl/mcdm	Musici en dansers
ArbeidsDermatologisch Centrum VUmc (ADC)	Gevestigd bij VUMC Amsterdam www.vumc.nl	Werkgebonden huidaandoeningen
ACAG	Gevestigd bij UMCG Groningen www.umcg.nl	Arbeidsdermatologie en allergologie
Integraal Centrum voor Arbeidsrelevante Aandoeningen (ICARA)	Gevestigd bij Sint Maarten Kliniek Nijmegen www.maartenskliniek.nl	Werkgebonden aandoeningen van het bewegingsapparaat
Expertise Centre Environmental Medicine (ECEM)	Gevestigd bij Rijnstate Ziekenhuis Arnhem www.ecem.nl	(Arbeids)toxicologie

Tabel 1: Overzicht bestaande klinische arbeidsgeneeskundige centra

Bijlage 2 Samenstelling van de verkenningscommissie

Prof. dr. J.R. Anema MD PhD, projectleider

Hoogleraar Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, VUmc, betrokken bij onderzoek naar effectiviteit en implementatie van onder andere Klinisch Arbeidsgeneeskundige zorg.

Voorzitter Profielcommissie klinische arbeidsgeneeskunde

Drs. H. Hoekstra MSc, projectadviseur

Onderwijskundige, VUmc

Prof. dr. M.J. Lombarts, projectadviseur

Hoogleraar professional performance, AMC

Drs. M. van Til MD, mede projectleider

Bedrijfsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige gehoor en werk, audiologie VUmc en IKA

Lid profielcommissie klinische arbeidsgeneeskunde

Drs. Laura Viester MSc, wetenschappelijk medewerker Arbeid en Gezondheid, VUmc

Bijlage 3 Geraadpleegde personen

Wij danken de volgende experts voor hun deelname aan de verkenning.²

Jan Bakker	Klinisch Arbeidsgeneeskundige, AMC
Jacintha van Balen	Wetenschappelijk medewerker, NHG
Natasja Bovee	Partner Zorg, APE Public Economics
Ernst Brand	Psychiater, AMC
Teus Brand	Bedrijfsarts, OVAL
David Bruinvels	Bedrijfsarts- klinisch arbeidsgeneeskundige, OVAL
Joke Brinkhuis	Bedrijfsarts, ArboVitale
Sylvia van der Burg-Vermeulen	Directeur, NVVG
Han Ceulen	Bestuurslid, NVAB
Ben Crul	Senior medisch adviseur zorginkoop, Achmea
Cule Cucic	Coördinator, ZonMw
Henny Eeman	Manager, Rijndam Arbeidsrevalidatie
Leo Elders	Voorzitter, NVKA
Hanneke Hoekstra	Projectadviseur, VUmc
Carel Hulshof	Bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en Verzekeringsgeneeskunde, AMC
Philip de Jong	Directeur, APE Public Economics
Sophia Kramer	Hoogleraar audiologie, VUmc
Belinda Lagemaat	Senior Adviseur Beroepsbelangen, FMS
Jos Manders	Senior adviseur, NVAB
Meike Manders	Programma-assistent, ZonMw
Harald Miedema	Coördinator Klinische Arbeidsgeneeskunde, Ergatis
Cobi Oostveen	Bedrijfsarts(consulent oncologie), Medicum Consult
Teake Pal	Bestuurslid, NVKA
Tomas Rejda	Bedrijfsarts, MetaPlanning
Aleid Ringelberg	Senior beleidsadviseur, Ministerie van SZW
Jos Rooijackers	Longarts, Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen
Vivienne Schelfhout	Directeur Opleidingen, FMS
Bas Sorgdrager	Bedrijfsarts, Bas BGZ
Dick Spreeuwers	Medisch Directeur, Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde
Frits Stam	Bedrijfsarts, Bedrijfsarts@work
Erik Stigter	Klinische Arbeidsgeneeskundige, Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen
Bas Tomassen	Directeur, Ergatis
Wim van Veelen	Beleidsadviseur, FNV
Koos van der Velden	Hoogleraar Publieke Gezondheid, Radboud UMC
Lidwien Verweij	Senior beleidsmedewerker, Ministerie van VWS
Kees van Vliet	Directeur, NVAB

² Gesprekspartners (geïnterviewden en geconsulteerden) hebben input gegeven voor dit verslag. In een consultatiebijeenkomst is de mogelijkheid gegeven om de concepttekst en conclusies van commentaar te voorzien. De opstellers van dit rapport blijven verantwoordelijk voor de inhoud.

Bijlage 4 Commentaar (groeps)interview klinisch arbeidsgeneeskundigen en beroepsverenigingen

Hoofdstuk 3

Commentaar van de stakeholders op onderscheid met andere specialisten

NVKA (Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde)

De NVKA voegt hieraan nog toe dat andere medisch specialisten zoals ook de revalidatiearts behandelen tot herstel van algemeen dagelijks functioneren (ADL), maar de klinisch arbeidsgeneeskundige ook de stap en vertaalslag naar werk kan maken, met andere medisch specialisten samenwerken en daardoor toegevoegde waarde heeft.

FMS (Federatie Medische Specialisten)

De toegevoegde waarde van de klinisch arbeidsgeneeskundige ten opzichte van de specialist ligt vooral in de meer complexe of chronische aandoeningen in relatie tot werk. Vooral daar waar het gaat om participeren in werk, waar op dit moment lang niet altijd genoeg aandacht voor is.

NVVG (Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde)

De klinische arbeidsgeneeskunde vanuit het domein arbeid en gezondheid is een gewenste ontwikkeling. De arbeidsgeneeskunde is breder dan de bedrijfsgeneeskunde. De NVVG ziet een duidelijke rol voor de verzekeringsgeneeskunde in de klinische arbeidsgeneeskunde. Vaak spelen er bij de patiënten die verwezen (kunnen) worden naar de klinisch arbeidsgeneeskundige ook verzekeringsgeneeskundige aspecten mee. Bijvoorbeeld als het gaat om het nauwkeurig vaststellen van de belasting en belastbaarheid, de mogelijkheden en beperkingen van een patiënt met complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek.

Commentaar van de stakeholders op inbedding in de zorg

NVAB

De NVAB geeft aan dat vooral de toegang tot de werkplek van belang is bij gezondheidsproblemen die in relatie met arbeid staan. Daarom heeft de NVAB ook het standpunt dat verwijzing naar de klinisch arbeidsgeneeskundige altijd met de bedrijfsarts van de patiënt moet worden overlegd en de rapportage en eventuele advisering aan de werkgever ook altijd naar de eigen bedrijfsarts moet worden gestuurd (ongeacht wie de verwijzer is).

De NVAB benadrukt dat de bedrijfsarts voldoende geëquipeerd is zelfstandig, of in overleg met de curatieve sector, de meeste arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen te behandelen. Als het echter om complexe problematiek gaat, ziet de NVAB zeker een rol voor de klinisch arbeidsgeneeskundige. De bedrijfsarts dient de centrale verwijzende (poortwachters)rol te hebben in de toegang naar de klinisch arbeidsgeneeskundige. Ook als het intercollegiale verwijzing van de ene specialist naar de andere betreft en ook als het verwijzing van de huisarts naar de specialist betreft. De specialist of huisarts moet dus volgens de NVAB voor verwijzing eerst de bedrijfsarts consulteren. Daar moeten verwijscriteria voor worden ontwikkeld.

NHG

De huisarts is beperkt wat betreft tijd en kennis om bedrijfsgeneeskundige taken uit te voeren. Voor de huisarts is op dit moment de klinisch arbeidsgeneeskundige niet zichtbaar. Er is dus onbekendheid met de klinisch arbeidsgeneeskundige. In het algemeen voor de arbo-curatieve samenwerking geldt dat een knelpunt is dat er weinig terugkoppeling vanuit de bedrijfsarts naar de huisarts is.

Commentaar van de stakeholders op de toegevoegde waarde:

NVKA

De stap naar functionele geschiktheid van een patiënt wordt nu niet gemaakt. Een medisch specialist mag geen uitspraken doen over werk en werkhervatting. Indien patiënten sneller aan het werk kunnen, en participeren in de samenleving zullen ze daarmee ook minder zorgkosten genereren. Het betrekken van de factor arbeid in de 2^e lijn zou daar een meerwaarde hebben omdat het een zorg-transitie betekent van algemeen dagelijks functioneren naar participeren. Dat maakt ook gerichtere behandeling noodzakelijk.

Dit is met name van belang bij:

- complexe problematiek van patiënten in relatie tot werk (arbeidsrelevante aandoeningen)
- beroepsziekten door middel van etiologische diagnostiek
- arbeidsgeneeskundige interventies (bijvoorbeeld in de zin van werkplek interventies bij bepaalde aandoeningen)
- Het vaststellen van functionele belastbaarheid (bijvoorbeeld voor oncologische patiënten)
- Arbeidsrevalidatie
- Follow-up na interventies

[Voorbeelden uit het groepsinterview]

-De klinisch arbeidsgeneeskundige kan een rol spelen bij die problemen bij het uitvoeren van werk, waar bedrijfsartsen, specialisten en huisartsen niet uitkomen. Dus ook voor en bij de organisatie waar iemand in moet functioneren

-Een voorbeeld uit de psychiatrie: "Coping is een belangrijk begrip bij het kunnen functioneren in werk bij diverse problematiek. Een psycholoog is niet per se de aangewezen specialist om hier mee aan de slag te gaan. De patiënt moet met een aandoening leren omgaan, maar ook aan de kant van de werkgever kan er winst behaald worden omdat het terugkeer naar werk bevordert. Hier heb je een klinisch arbeidsgeneeskundige voor nodig met kennis van en toegang tot de werkplek.

-De kapperspoli is nadrukkelijk tot stand gekomen omdat in deze branche behoefte was aan een bedrijfsarts met kennis van de bedrijfstak, chemie, arbeidsdermatologie en omgekeerd een dermatoloog met meer kennis van werk.

FMS

De FMS vindt het lastig om de precieze inzet van de klinisch arbeidsgeneeskundige te beoordelen, maar kan zich voorstellen dat de klinisch arbeidsgeneeskundige van toegevoegde waarde kan zijn in bijvoorbeeld in de oncologie (met als voorbeeld ONCO-POL) en in bepaalde centra (CF, reuma), maar dan wel complementair aan behandeling door de medisch specialist. Ook de situatie waarbij de klinisch arbeidsgeneeskundige op consultatie kan komen in de ziekenhuizen, zoals op de Poli Mens en Arbeid (PMA) is een toegevoegde waarde. De ontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde zal bij voorkeur geleidelijk van vanuit specialistische centra moeten ontstaan en niet van bovenaf moeten worden opgelegd (groeimodel).

NHG

Mede door de vergrijzing komen er meer chronisch zieken. Bij huisartsen groeit het besef dat werk en participatie bijdraagt aan gezondheid, waarmee de behoefte aan de klinisch arbeidsgeneeskunde zou groeien.

NVVG

In de 2e lijn en bij complexe gevallen kan een tijdige inbreng van de klinisch arbeidsgeneeskundige re-integratie bevorderen of arbeidsongeschiktheid voorkomen. Diagnostiek ten aanzien van belastbaarheid in de werksetting is complex. Bijvoorbeeld voordat de relatie met de werkgever verbroken is of tijdig in het poortwachtertraject. Behoud van arbeid of participatief vermogen is ook over het algemeen bevorderend voor herstel van gezondheid. In die zin kan klinische arbeidsgeneeskundige zorg ook noodzakelijke zorg zijn.

Commentaar opleiding, scholing en registratie:

NVKA

Het is de wens van de NVKA dat op de langere termijn de klinisch arbeidsgeneeskundige een medisch specialisme wordt, met het oog op professionalisering en kwaliteitsbewaking. Echter dit zal met een gefaseerde ontwikkeling moeten gaan, waarbij de eerste stap de ontwikkeling van een profiel na de bestaande opleiding tot bedrijfsarts of medisch specialist is.

NVAB

De NVAB spreekt zich ook uit voor de BIG registratie van de klinisch arbeidsgeneeskundige als uiteindelijk doel, met als kanttekening dat er rekening moet worden gehouden met de twee stromen (de route van de bedrijfsarts naar de klinisch arbeidsgeneeskundige en de route van de medisch specialist naar de klinisch arbeidsgeneeskundige), waarbij mogelijk andere opleidingsvormen nodig zijn.

Groepsinterview klinisch arbeidsgeneeskundigen

De meeste aanwezigen vonden een BIG registratie een goede zaak. Enkele deelnemers aan het groepsinterview waren van mening dat een BIG registratie voor de klinische arbeidsgeneeskundigen op dit moment geen noodzaak is, omdat het voor hen dan een extra registratie betreft. Wel is het volgens hen nodig dat er een multidisciplinair team is waar een bedrijfsarts en een medisch specialist naast andere deskundigen deel van uit maken.

Ook werd aandacht gevraagd voor het goed omschrijven van de juridische context waarin de klinisch arbeidsgeneeskundige werkt (is de WGBO volledig van toepassing of zijn er situaties waarin dit niet het geval is). Met name vanuit klinische arbeidsgeneeskunde in de psychiatrische setting werd dit punt naar voren gebracht.

FMS

De klinisch arbeidsgeneeskundige is in het profiel nog voornamelijk neergezet vanuit de medisch specialist, maar de FMS ziet juist de klinisch arbeidsgeneeskundige in aanvullende consulten (met de verbinding tussen ziekte/behandeling/werk/sociale omgeving) als toegevoegde waarde. Hoewel klinische arbeidsgeneeskunde als specialisatie van belang kan zijn voor de zichtbaarheid en herkenbaarheid voor patiënten/werknemers, is het de vraag of een aparte BIG registratie echt noodzakelijk is. De opleiding zou ook de vorm kunnen hebben van een aantekening (“superspecialisatie”) vanuit bestaande specialisaties, analoog aan die bij kinderoncologen, of van

vanuit de specialisatie als bedrijfsarts. Daarnaast plaatsen zij nog de kanttekening dat als je medici in een apart profiel gaat opleiden er wel op de langere termijn ook specifiek vraag naar moet zijn.

NVVG

De NVVG is voorstander van een integraal domein Arbeid en Gezondheid. Een gemeenschappelijke opleiding is hier dan onderdeel van. De noodzaak mensen langer gezond te laten werken, de hoge kosten van verzuim, de noodzaak om een veel grotere groep mensen met een arbeidsbeperking mee te laten doen in betaald werk vraagt om een vergroting van effectiviteit, professionaliteit en efficiënte inzet van middelen. Om de kansen die hier liggen maximaal te benutten is structurele samenwerking en krachtenbundeling van de medisch specialisten op het terrein van arbeid en gezondheid van groot belang. De rollen van verzekeringsarts en bedrijfsarts zijn in het huidige sociale zekerheidssysteem fundamenteel verschillend en gestrikt gescheiden ingevuld. De geschetste uitdagingen ten aanzien van de Nederlandse arbeidsmarkt én de beroepsbevolking vragen om een integraal domein arbeid en gezondheid met o.a. een gemeenschappelijke (wetenschappelijke) kennisbasis, een goede kennisinfrastructuur en gezamenlijke protocol-, richtlijn- en instrumentontwikkeling.

De NVVG is voorstander van een gemeenschappelijke opleiding in het domein van de arbeid en gezondheid van verzekeringsartsen en bedrijfsartsen. Vanuit deze basis kunnen er vervolgens verschillen in focus dan wel specialisatie zijn. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan:

- 1 Focus op preventie
- 2 Focus op beoordeling van belastbaarheid en advisering/begeleiding bij re-integratie
- 3 Specialisatie als een klinisch arbeidsgeneeskundige

De NVVG ziet geen noodzaak voor aparte BIG registratie van een klinisch arbeidsgeneeskundige. In de kliniek is dit overigens ook niet het geval bij medisch specialisten die een super specialisatie binnen hun vakgebied hebben. Daarnaast brengt een dubbele registratie een hoop werk met zich mee.

Hoofdstuk 4

Commentaar van de geconsulteerde organisaties op verwijzing en toegankelijkheid

NVKA

Er is ook de mogelijkheid dat klinisch arbeidsgeneeskundigen bij complexe arbeidsgerelateerde problematiek op consult worden geroepen in de 1^e lijns praktijk, vergelijkbaar met specialisten die op een poli komen bij de huisarts.

NVVG

Ook in de eerste lijn kan er behoefte zijn aan verzekeringsgeneeskundige expertise. Dus zou er zeker plaats zijn voor een consulent op het gebied van arbeid en gezondheid. Dat hoeft niet per se een bedrijfsarts te zijn.

NHG

Waar mensen tegen problemen in hun werk aanlopen is er behoefte aan consultatiemogelijkheid. Veel problematiek waarbij bedrijfsgeneeskundige kennis van belang is, zou met de bedrijfsarts opgelost kunnen worden, voor meer complexe problematiek zou de klinisch arbeidsgeneeskundige een toegevoegde waarde kunnen zijn.

Commentaar van de geconsulteerde stakeholders op de kosten en baten

NVKA

Er zou ook een preventieve werking uit kunnen gaan van vergoeding van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg. Dit omdat werknemers/patiënten nu vaak veel te laat beoordeeld worden. Als beoordeling in een eerder stadium plaatsvindt, kan preventief te werk worden gegaan waardoor er bijvoorbeeld minder mensen in een arbeidsongeschiktheidsverzekering terechtkomen. Daarnaast kan het gebruiken en toepassen van klinisch arbeidsgeneeskundige kennis in zorgpaden en richtlijnen zorgen dat op een eerder moment de zorg kwalitatief kan verbeteren.

FMS

De toegevoegde waarde van de klinisch arbeidsgeneeskundige voor de werkgever/werknemer zal nog meer geëvalueerd moeten worden. Het is denkbaar dat er andere baten zijn zoals bij de physician assistant die niet alleen zorg overneemt van de specialist, maar ook extra/nieuwe zorg levert.

NVVG

De NVVG ziet zeker een taak voor de klinisch arbeidsgeneeskundige als het gaat om expertise bij complexe arbeidsgerelateerde gezondheidsproblematiek. De financiering daarvan is in het domein

van de verzekeringsgeneeskunde geen probleem. Zowel in de private als de publieke sector van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen wegen de kosten van een klinische arbeidsgeneeskundige expertise ruimschoots op tegen de baten van een verminderde schadelast.

Bijlage 5. Vragenlijst- semi-gestructureerd interview

a) Omvang van de klinisch arbeidsgeneeskunde

- Kunt u een schatting geven van de omvang van de door u geleverde klinisch arbeidsgeneeskundige zorg in Nederland in uw specialisme?
Het gaat om de volgende gegevens: (indien deze gegevens niet voorhanden zijn, kunt u aangeven hoe die zijn te verzamelen?)
 - Hoeveel patiënten per jaar ziet u?
 - Hoeveel tijd besteedt u per patiënt?
- Welke andere specialisten zijn betrokken bij het onderzoek en de behandeling van uw patiënten?
- Hoe vaak doet u werkplekonderzoek?
- Welke klachten of diagnoses hebben uw patiënten?
- Hoeveel KAG's zijn werkzaam in uw specialisme?

b) Positie en afbakening t.o.v. ander specialismen

- Hoe verhoudt de zorg geleverd door klinisch arbeidsgeneeskundigen zich tot wat door andere zorgaanbieders wordt geleverd?
- Hoe is deze zorg ingebed in de reguliere bedrijfskundige zorg en de medisch specialistische zorg?
- Hoe verhoudt de klinische arbeidsgeneeskundige zich tot andere beroepen en functies in het domein van arbeidsgerelateerde problematiek?
- Wat is de toegevoegde waarde van de klinisch arbeidsgeneeskundigen?
- Is er ook plaats voor de KAG buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld in de 1^e lijn of in ZBC's?
- Hoe is deze groep professionals ontstaan, vanuit welke zorgvraag, welke problemen lossen ze op, hebben ze hierin een toegevoegde waarde en is er sprake van noodzakelijke zorg?
- Kan uitbreiding van de capaciteit van de klinisch arbeidsgeneeskunde bijdragen aan de oplossing van het alom geconstateerde probleem van de samenwerking tussen arbozorg en curatieve zorg?

c) Opleiding:

- Op dit moment is klinische arbeidsgeneeskunde geen geneeskundig specialisme in de zin van de wet BIG art. 14, de vraag is of ze dat moeten worden en wat is er voor nog nodig. Is een professionele ontwikkeling waarbij kennis over (zeer complexe) arbeidsgerelateerde problematiek wordt geconcentreerd in een klein groep specialisten te verkiezen boven het borgen van die kennis in alle (of de meest betrokken) geneeskundig specialismen?
- Welke achtergrond hebben de klinisch arbeidsgeneeskundigen in uw specialisme. Bedrijfsarts, medisch specialist of anders?
- Welke aanvullende opleiding en bijscholing heeft u gevolgd voor uw specialisme (hoe intensief, hoe lang). Welke werkervaring heeft u in uw specialisme?

d) Voor welke patiënten?

- Vindt u dat de KAG zich moet beperken tot werknemers, en eventueel zzp'ers? Of zouden ook andere categorieën van patiënten verwezen moeten kunnen worden bijvoorbeeld potentiële werknemers zoals werklozen, bijstandgerechtigden, toetreders tot beroepsopleidingen en gepensioneerden in geval van vragen over later optredende beroepsziekten?

e) Financiering en kosten/baten:

- Zijn de kosten van de klinisch arbeidsgeneeskundige zorg naar uw mening vergelijkbaar met de kosten van een vergelijkbare behandeling door een specialist of eerder vergelijkbaar met die van een huisarts of bedrijfsarts?
- Hoe wordt de zorg die u levert in uw specialisme betaald? Wat zijn de vergoedingen? Bijvoorbeeld uurtarief of consult (telefonisch, face to face) administratief/rapportage? Kosten van faciliteiten? Werkplekbezoek?
- Welke financieringsbronnen zijn er in de praktijk? Een DBC, eigen bijdrage van de patiënt, van de werkgever? Mengvormen hiervan? Zijn er ook subsidies? En zo ja van wie?
- Zijn er problemen met de financiering, welke het opzetten van een aparte financiële regeling vereisen (wel een regeling die geen aanzuigend effect zal hebben voor zorg die gepast door anderen aangeboden kan worden en die verantwoordelijkheid van werkgevers voor ziekteverzuim handhaaft)?
- Heeft u de ervaring dat patiënten die wel uw zorg nodig hebben dat niet krijgen omdat de financiering niet rond komt. En als dat op een of andere wijze wordt opgelost ziet u dan wel eens onnodige verwijzingen?
- Levert uw zorg besparingen op in de zorgconsumptie of baten in de inzetbaarheid en productiviteit of algemener in de participatie van patiënten? Is er kwantitatief onderzoek daarnaar bekend? Of heeft u concrete voorbeelden hiervan?

f) Overige vragen:

- Draagt de klinische arbeidsgeneeskunde bij aan de (toekomstige) zorg voor oudere werknemers, werknemers met chronische ziekten en re-integratie arbeidsongeschikten?

Tot slot:

Zijn er nog andere aspecten van de klinische arbeidsgeneeskunde die u wilt vermelden?