



25 november 2016: NERASS Najaars 5^e lustrum congres "Ziekmakend werk".

De centrale vraag in dit congres was: "hoe houden we mensen aan het werk, ondanks de aandoening die ze (opgelopen) hebben?"

Veel mensen worden ziek door hun werk of kunnen door hun ziekte niet werken. Volgens de sprekers kan er veel gedaan om dit te voorkomen. Dat begint bij vroeg signaleren. Hiervoor pleit Annelies Boonen, die het woord presenteïsme introduceert, een vroege voorspeller van verzuim. Preventie ligt ook in het kennen en verminderen van risicofactoren voor beroepsziekten, aldus Gerrit Jan van der Meent. Dat varieert van grote investeringen in machines die het zware werk overnemen, tot het vergroten van autonomie van degene die het werk verricht. Dat laatste geldt zeker ook voor artsen volgens Carmen Vleggeert-Lankamp: "Verminder stress en frustratie en verhoog het werkplezier". Maar werken is ook gezondheid bevorderend volgens Antal Sanders en de reden waarom arbeidsreïntegratie een belangrijk onderdeel is van de behandeling van Winnock Zorg. De impact van klachten van het bewegingsapparaat voor mensen die hun identiteit aan hun werk ontlenen is enorm. Artiesten, zoals dansers en musici, willen ondanks dat hun werk hun lichaam aantast, toch doorgaan met dansen of muziek maken. Dan is het de taak van de dokter daarin mee te gaan en medisch in te grijpen om dat mogelijk te maken. Het verhaal van danseres Barbara d'Agostino en orthopedisch chirurg Boni Rietveld is daar een mooi voorbeeld van. Dat pijn en blessures veel voorkomen bij jonge musici en dansers en dat psychische klachten daarbij een belangrijke rol spelen, vertellen Riekje Kattenbusch en Ananidi van Loon-Felter. Paul Kuijer sloot het congres op interactieve wijze af met de cijfers na een totale knieprothese op het gebied van o.a. werk en sport. Maar liefst 28% keert niet terug naar werk. Kuijer pleit voor preoperatieve arbeid gerichte zorg om meer mensen aan het werk te kunnen houden. Als intermezzo gaven Paul van 't Pad Bosch en Kirsten Veenstra hun bespiegelingen over de NERASS en hun visie op de toekomst van deze interdisciplinaire vereniging rond de reumapatiënt.

Beroepsziekten van het bewegingsapparaat: liever voorkomen

25% van de mensen met een WIA of WAO uitkering heeft problemen van het bewegingsapparaat. Deze mensen hebben niet allemaal een beroepsziekte, aldus Gerrit van Jan van de Meent, bedrijfsarts bij Preventix. Je spreekt van pas van een beroepsziekte als de ziekte het gevolg is van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden. Alleen mensen die in loondienst een beroepsziekte oplopen worden geregistreerd, zelfstandigen niet. En er is een duidelijke onder registratie door de bedrijfsartsen. Dat betekent dat het werkelijke aantal mensen met beroepsziekte waarschijnlijk veel hoger is.

De meest voorkomende klachten van het bewegingsapparaat ten gevolge van arbeid zijn repetetive strain injury (RSI), lumbago en epicondylitis lateralis. 41 % van de mensen met een beroepsziekte zijn ambachtslieden. 71% is man en 11 % is blijvend (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt. Risicofactoren voor het ontwikkelen van een beroepsziekte aan het bewegingsapparaat zijn: repetitief werk, monotoon werk, een statische werkhouding of een dynamische werkhouding, waarbij mensen vaak de armen moeten heffen, de romp moeten draaien, moeten hurken of zware lasten moeten dragen, duwen of trekken.

Relaties tussen klachten en arbeid zijn over het algemeen slecht onderzocht. Met goed wetenschappelijk onderzoek is een relatie gevonden tussen knieartrose en zeer veelvuldig knielen en

hurken. Ook is er een relatie gevonden tussen heup en knie artrose en starten met werken op jonge leeftijd.

Belangrijkste preventie van beroepsziekten ligt in het herkennen van risico's, zorgen voor afwisseling in het werk, arbeid hygiënische maatregelen en ontwikkeling van apparatuur, die het fysieke werk van mensen overneemt. Een voorbeeld is een bestratingsmachine, die een klinkerstraat aanlegt zonder dat er één stratenmaker op zijn knie hoeft te zitten. Maar dan moet de werkgever wel bereid zijn veel geld te investeren.

Verminder stress en frustratie en verhoog het werkplezier

Neurochirurgen opereren niet alleen hernia's, ze krijgen ze ongeveer tien keer zo vaak in vergelijking met de normale populatie. Dit constateerde Carmen Vleggeert-Lankamp, neurochirurg LUMC, na een klein, heel globaal onderzoek onder haar collega neurochirurgen in Nederland. Dat het vaker voorkomt heeft waarschijnlijk te maken met toch vaak niet ergonomische houding tijdens (delen van) de vaak lange operaties. Daarbovenop is het goed positioneren van de patiënt op de operatietafel fysiek behoorlijk belastend. Ook bij andere beroepen die gepaard gaan met een vergelijkbare niet ergonomische houding, zoals bij tandartsen, of bij werk waarbij zwaar gesjouwd wordt, zoals in de bouw, komen vaker hernia's voor.

Vleggeert-Lankamp benadrukt dat met ziekmakend werk niet alleen moet worden gedacht aan niet-ergonomische houdingen tijdens het werk zelf, maar juist ook aan ziekmakende werkomstandigheden. De mate van autonomie om zelf het werk in te kunnen delen en de werkomgeving bepalen voor een groot deel de werkdruk die je ervaart. Daarom zijn initiatieven die stress en frustratie verminderen en werkplezier vergroten zo belangrijk. Een voorbeeld is een recent ontwikkelde app, waarbij huisartsen en medisch specialisten elkaar direct kunnen bereiken voor overleg. Dit zorgt voor het wegnemen van de irritatie elkaar niet goed te pakken kunnen krijgen. Door het wegnemen van de bekende frustratie elkaar niet te kunnen bereiken, wordt het werken efficiënter en leuker. Verder zou er meer aandacht mogen zijn voor het veraangemen van de werkomstandigheden van de arts, zoals een goede douche op de OK en een kopje koffie in de spreekkamer.

Arbeid en reuma: de reumatoloog kan het verschil maken.

Als aan reumapatiënten gevraagd wordt welke rollen zij in hun leven belangrijk vinden, komen intieme relaties en relaties met kinderen als belangrijkste naar voren, maar komt werk snel hier achteraan. 17 % van de reumapatiënten vindt werk zelfs het belangrijkste. Annelies Boonen, reumatoloog Maastricht Universitair Medisch Centrum, pleit voor het beter doorvragen naar effecten van reuma op arbeid.

In 2015 is er een nieuwe richtlijn vastgesteld "Reumatoïde artritis en participatie in arbeid".

Vragen naar welk werk iemand doet is onvoldoende. Doorvragen over arbeid is echter niet iets wat in de dagelijkse praktijk van de reumatoloog gebeurt. In een pilot Target@work werden reumatologen en reumaverpleegkundigen getraind om beter door te vragen en gericht te verwijzen bij problemen in arbeid als het probleem te complex is om zelf in te adviseren. Er is een e-learning gemaakt over hoe een goede arbeidsanamnese af te nemen.

Arbeidsongeschiktheid is het uiterste van een arbeidsprobleem. Hiervoor zitten eerdere stadia zoals presenteïsme of tijdelijke uitval (verzuim). Presenteïsme betekent dat de werknemer wel aanwezig is, maar moeite heeft zijn werk te doen of zelfs onder de maat presteert door zijn aandoening.

Presenteïsme voorspelt tijdelijke verzuim, en verzuim voorspelt uiteindelijke arbeidsuitval. Belangrijk is daarom om al in dat stadium te kijken of er een interventie nodig is.

Presenteïsme is met een goede arbeidsanamnese boven water te krijgen. Determinanten van presenteïsme en arbeidsuitval zijn biomedische aspecten zoals pijn, stijfheid moeheid, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden) en persoonlijke factoren (autonomie). Grootste risico op arbeidsongeschiktheid is het hebben van mentale problemen, maar hiernaast ook leeftijd en

multimorbiditeit.

Sinds 2000 gaat het beter met de arbeidsparticipatie van mensen met reumatoïde artritis en schuift het richting de getallen van de gezonde populatie. Dit komt door effectieve behandelingen, zoals de combinatie van meerdere tweede lijns anti-reumatische medicijnen (DMARDs) of biologicals. Er blijft echter wel een verschil tussen mensen met reuma en een adequate behandeling en gezonde mensen zonder reuma. De vraag is hoe die kloof te overbruggen, maar ook hoe het komt dat die kloof er is. Mogelijk heeft het te maken met de belasting binnen specifieke beroepen. Werk is goed maar is alle werk goed voor iedereen?

Reumatologen of reumaverpleegkundigen zijn in de positie om problemen op het gebied van werk vroeg te signaleren. Wij kunnen het verschil maken door deze problemen goed uit te vragen, onze behandeling te richten op behoud van werk en door te verwijzen naar aanvullende hulp waar de problematiek het expertisegebied van de reumatoloog overschrijdt. Target@Work beoogt daarbij ook wetenschappelijk bewijs te verzamelen dat deze strategie 'werkt' en gezonde arbeidsparticipatie daadwerkelijk ondersteunt. [Lees ook het artikel hierover in Medidact Reumatologie.](#)



Lustrumlezing: NERASS 25 jaar: van interdisciplinair kennis delen naar een navigatie middel

Paul van 't Bosch , reumatoloog en bestuurslid van het eerste uur en Kirsten Veenstra orthopedisch chirurg reflecteren op 25 jaar NERASS maar richten ook de blik op de toekomst.

Er wordt een mooi overzicht gegeven van de geschiedenis van de vereniging die in 1991 werd opgericht. Voor de oprichting was er al in Amsterdam een eerste bijeenkomst geweest tussen orthopedisch chirurgen en reumatologen in het Slotervaart ziekenhuis.

Doel van de vereniging was vooral begrip kweken voor elkaars professionele behandelmogelijkheden. Er zijn inmiddels verschuivingen in de reumazorg. Er is een verschuiving van care naar cure. Er wordt steeds meer gestuurd op uitkomstmaten en één van de belangrijkste voor patiënten is maatschappelijke participatie. De patiënt centraal stellen, het elan van de afgelopen jaren, is niet langer alléén voldoende om de beste zorg te leveren. Wordt "Do your job and improve it" het nieuwe elan? De NERASS kan hierbij een rol spelen, omdat de vereniging kennis bundelt rondom aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat vanuit verschillende disciplines en nieuwe ontwikkelingen volgt. De NERASS organiseert congressen rondom een thema, maar kan ook door een actieve rol te spelen in het opstellen van richtlijnen, zoals bijvoorbeeld medicatie rond operaties. In tijden van superspecialisatie, waarbij expertise centra zullen ontstaan ten aanzien van reumachirurgie, is onderlinge organisatie zoals de NERASS juist van toenemend belang. De NERASS zou kunnen fungeren als navigatie middel, die kennis heeft van de problemen van reumapatiënten, de beschikbare kennis steeds weer van een update voorziet, de weg wijst naar de beste behandeling en de richting naar de toekomst aangeeft. [Lees ook het artikel in Medidact Reumatologie.](#)

Als muziek verandert in ziek en pas de deux in pas de danse kan medisch ingrijpen het verschil maken

Boni Rietveld, orthopedisch chirurg en oprichter van het Medisch Centrum voor Dansers en Musici (MCDM) in Den Haag en zelf trompettist, en danseres van het Nederlands Danstheater Barbara

d'Agostino namen het publiek mee in de wereld van dansers en musici die door klachten van het bewegingsapparaat belemmerd worden in hun functioneren als artiest.

Van alle musici (recreatief of professioneel) krijgt 60 % in zijn of haar leven een blessure.

Van de verwezen musici naar het MCDM speel 30 % viool en 20 % piano. Opvallend veel voorkomend bij musici is ulnaropathie. Goede analyse van het probleem van een musicus is alleen mogelijk als het muziekinstrument meegenomen wordt naar de polikliniek. Belangrijk onderdeel van een goede anamnese en lichamelijk onderzoek is goede observatie tijdens het muziek maken. Kennis van de verschillende muziekinstrumenten is hierbij vereist.

Een regelmatig gezien probleem bij musici is focale dystonie, een taakspecifiek pijnvrij controle probleem. In een video werd geïllustreerd hoe dat probleem eruit kan zien. Hierna volgde een video waarbij het probleem veroorzaakt werd door locking swanneck waarbij een pianiste haar PIP's net iets te ver kon overstrekken door laxiteit in het betreffende gewrichtje. Dit probleem is makkelijk op te lossen met een spalkje. Focale dystonie is veel moeilijker op te lossen, omdat de oorsprong soms niet geheel duidelijk is. Het kan een lokaal probleem zijn door verbindingen tussen buig en strekpezen maar het kan ook een probleem zijn bij het aansturen vanuit de hersen en mogelijk spelen er ook psychologische factoren.

Balletvoeten doen volgens Boni Rietveld altijd zeer. 80 tot 85 % van de dansers krijgt in zijn carrière een blessure 77 % in de onderste extremiteit. Om de klachten goed te begrijpen is ook kennis van dans en bepaalde dansposities nodig. Samen met danseres d'Agostino geeft Rietveld hiervan een demonstratie. Een lastig probleem bij dansers is bijvoorbeeld de hallux rigidus die vaak bij dansers eerder optreedt maar ook bij dansers grote problemen geeft. Hierdoor kan de hallux niet volledig in dorsoflexie, wat essentieel is voor bepaalde posities zoals de grand pli . Om volledige dorsoflexie weer mogelijk te maken verricht Rietveld soms een Mann cheilectomie waarbij hij ook uitgebreid de dorsale osteofyt weghaalt. Alles is er op gericht om ondanks het euvel een oplossing te vinden, waardoor er toch gemusiceerd of gedanst kan worden, zelfs als het erdoor het veroorzaakt is.

Zeg n oit tegen een artiest te stoppen met dansen of muziek maken, maar zoek altijd naar mogelijkheden om w l door te kunnen gaan. Dat is de belangrijkste boodschap die Rietveld en d'Agostino het publiek mee wilden geven.



Let op psychische klachten bij dansblessures

Dansers ervaren veel stress, aldus Anandi van Loon-Felter, revalidatiearts en voormalig professioneel danseres. Dat komt door de grote competitie tussen dansers die al begint in de kwetsbare periode van de puberteit en adolescentie tijdens de dansopleiding. Daarnaast ontlenen dansers hun identiteit aan

het vak, waardoor een wezenlijke blessure impact heeft op wie zij zijn, namelijk danser en artiest.

Bij 154 dansers die de polikliniek van het MCDM bezochten werd de SCL-90 vragenlijst afgenomen, een zelfbeoordelingschaal die lichamelijke en psychische klachten meet voor het screenen van psychopathologie. 80% van de dansers kon nog wel dansen ondanks klachten. 60% voldeed aan criteria van psychopathologie en dus aan criteria om te verwijzen naar de psycholoog of psychiater. Dat is een uitzonderlijk hoog percentage. Van Loon-Felter onderstreept het belang van aandacht voor de psychologische factoren in de revalidatiegeneeskunde. Het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is hierbij behulpzaam. model. In het ICF-model staat de gehele patiënt en zijn omgeving centraal. Als bij de behandeling van dansers rekening wordt gehouden met de psychologische stress kan dat vermindering van specifieke symptomen zoals angst, somatisatie, boosheid en paranoia opleveren. Heb dus aandacht voor de psychologische factoren bij de behandeling van dansers en musici, drukt van Loon-Felter het publiek op het hart.

Pijn bij jonge musici en de relatie met catastroferen

Riekje Kattenbusch heeft tijdens haar opleiding tot revalidatiearts een prevalentie onderzoek gedaan naar het voorkomen van pijnklachten bij jonge musici.

106 studenten tussen de 12 en 19 jaar, die op de vooropleiding zaten van het conservatorium hebben een vragenlijst ingevuld. Gemiddelde leeftijd van de studenten was 15 jaar, gemiddelde speelduur per week 13,5 uur. 54% van de studenten had pijnklachten in de afgelopen 2 weken. Intensiteit van de pijn was echter laag. De meeste pijn werd aangegeven in de nek en schouder regio. Hoe langer de studenten hun instrument speelden, des groter de kans op het voorkomen van pijnklachten. De pijn is geassocieerd met ervaren hopeloosheid en beperkingen in het spelen van het 1ste instrument (hoofdvak). De pijnintensiteit neemt toe met het spelen van meerdere instrumenten. Verder is de pijnintensiteit geassocieerd met piekeren en gevoelens van hopeloosheid. En hoe intenser de pijn, des te meer beperkingen in dagelijkse activiteiten en in het spelen van het eerste instrument.

Kortom, pijnklachten komen veelvuldig voor bij de jonge musici, maar in lage intensiteit. De pijnklachten hangen echter samen met piekeren en gevoelens van hopeloosheid en beperkingen in het spelen van hun (hoofd) instrument. Daarom is het belangrijk om aandacht te hebben voor preventie van pijnklachten en ook rekening te houden met psychologische factoren, met name catastroferen.

Arbeid is ook gezondheidsbevorderend

Antal Sanders, revalidatiearts van Winnock Zorg, geeft een overzicht van de werkwijze en doelgroepen van Winnock Zorg. De organisatie kreeg zijn huidige naam in 2002 en kwam voort uit het in 1987 door een aantal orthopeden opgerichte Rugadviescentrum. Winnock Zorg is een van de eerste zelfstandige behandelcentra die medisch-specialistische revalidatie bieden.

De zorg binnen Winnock is vooral gericht op chronische pijn- en vermoeidheidsklachten, zowel bij duidelijke diagnoses als bij onvoldoende verklaarde aandoeningen waarbij behandeling in de curatieve sector afgerond is. Behandeling richt zich op gedragsverandering. De top-3 van problemen die behandeling krijgen zijn: rugklachten, vermoeidheid en nek- en hoofdpijn (inclusief 'whiplash'). Belangrijkste verwijzers zijn de bedrijfsartsen, maar in toenemende mate verwijzen ook andere medisch specialisten en huisartsen.

Vergeleken met reguliere revalidatiecentra zijn wachttijden voor intake en de behandeling kort. Het behandeltraject is intensief, waarbij de behandeling één tot drie weken duurt met een follow up van één jaar om de gedragsverandering in te laten slijpen. De behandeling verloopt in groepsverband waarbij lotgenotencontact van belang is.

Arbeidsre-integratie vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling. Al in de eerste paar weken maken cliënten zelf hun re-integratieplan. Dit komt voort uit de visie dat arbeid ook gezondheid bevorderend is.

Hou meer patiënten na een totale knie prothese aan het werk door pre-operatieve arbeid gerichte zorg

Volgens Paul Kuijer, bewegingswetenschapper en werkzaam in het AMC bij de Polikliniek Arbeid en Gezondheid, laten de cijfers zien dat maar liefst 28% van de mensen die een totale knieprothese heeft gekregen niet meer terugkeert naar werk. Dat kan een groot maatschappelijk probleem worden, omdat de populatie die geopereerd wordt steeds jonger wordt, mede ten gevolge van obesitas. Een derde van de mensen herstart zijn werk weer binnen 3 maanden, een kwart tussen 3 en 6 maanden en 9% gaat pas na 6 maanden weer aan het werk.

Het besturen van een voertuig en lopen op gelijke ondergrond verbeteren het meest na een totale knieprothese. 20% van de mensen, die een totale knieprothese krijgen, verwachten echter geen verbetering in hun functioneren. Terugkeer naar sport blijkt geen groot probleem te zijn. 94% van de mensen gaat weer low impact sporten (o.a. wandelen, fietsen, golf, dansen) en 40% gaat weer high impact sporten (o.a. voetbal, handbal, hardlopen, karate, tennis). 72% van de mensen met een totale knieprothese haalt de norm gezond bewegen (vijf keer per week dertig minuten matig intensief bewegen). Dat is boven het Nederlandse gemiddelde van 67%.

Twee belangrijke voorspellers van het niet meer aan het werk komen na een totale knieprothese is twee of meer weken ziekteverzuim voorafgaand aan de operatie en de relatie die iemand legt tussen het werk en het ontstaan van de knieartrose. Deze patiënten dienen bij voorkeur pre-operatief verwezen te worden voor aanvullende arbeidsgerichte zorg. Mogelijke voorbeelden zijn door in de fysiotherapie een specifiek behandeldoel voor werk te formuleren met behulp van 'Goal Attainment Scaling' of het gebruik van ergonomische hulpmiddelen om voor de knie belastend werk te verlichten. Een volgende stap in de verbetering van de werkgerichte zorg voor deze patiënten is om in de bedrijfsgezondheidszorg deze interventies toe te passen en te evalueren zodat meer TKP-patiënten weer aan het werk gaan na hun operatie.



Om iedereen bij de les te houden verpakte Kuijer zijn verhaal in een quiz, die gewonnen werd door Riekje Kattenbusch.