



Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met

Lage-Rugklachten

Geautoriseerde
richtlijn 2 april 1999



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met

Lage-Rugklachten

Geautoriseerde richtlijn
2 april 1999

© NVAB 1999



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Voorwoord

De belangstelling voor de kwaliteit en de opbrengst van de gezondheidszorg in Nederland is groot. Dit geldt zeker ook voor de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, die deel uitmaakt van de gezondheidszorg op het snijvlak van arbeid en gezondheid. Deze interesse komt voor een deel voort uit de discussie rond kosten en baten van het medisch handelen.

Maar eveneens uit de snel veranderende wetenschappelijke inzichten die vervolgens hun weerslag moeten hebben op het praktisch werk van de (bedrijfs)arts. Voor de vertaling van wetenschappelijke kennis (bewezen effect) naar de dagelijkse praktijk van de bedrijfsarts in de arbodienst zijn professionele richtlijnen van grote betekenis. Daarmee spelen ze een belangrijke rol bij intercollegiale toetsing en bij samenwerking en afstemming met huisartsen, specialisten, verzekeringsartsen en anderen zoals psychologen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten.

Voor de bedrijfsarts en de NVAB, de wetenschappelijke beroepsvereniging van bedrijfsartsen in Nederland is richtlijnontwikkeling daarom van eminent belang. Het verbindt vrijwel alle centrale doelstellingen van de vereniging: de zorg voor het professioneel handelen van de bedrijfsarts, de kwaliteitsbevordering en de kennisverspreiding. Maar een bedrijfsarts kan uiteraard ook zelf aangesproken worden op persoonlijke verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening en de kwaliteit van handelen. Het Professioneel Statuut (bedoeld om de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts te borgen) stelt hierbij randvoorwaarden, onder andere in de bepaling dat "de bedrijfsarts zich mede baseert op richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep, die kunnen fungeren als inhoudelijke toetssteen van de professionele onafhankelijkheid".

Met grote voldoening publiceert de NVAB hierbij haar eerste geautoriseerde richtlijn, door en voor de beroepsgroep. In goede samenwerking met de Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB) is deze richtlijn tot stand gekomen. De start van een hopelijk lange reeks, die de bedrijfsarts in zijn dagelijkse werk gaat ondersteunen.

In de NVAB/SKB-uitgave 'Professionele richtlijnen voor artsen: een gezamenlijk belang' (Weel en Fortuin, 1998) worden richtlijnen omschreven als "schriftelijk vastgelegde regels die sturing beogen te geven aan het professioneel handelen van artsen die betrokken zijn bij de gezondheidskundige behandeling, begeleiding en beoordeling van personen, door voor concrete situaties een optimale aanpak aan te geven".

Die optimale aanpak zal in de loop van de tijd ongetwijfeld discussie oproepen en weer bijgesteld moeten worden. Dat hoort ook zo. Met open oog voor maatschappelijke ontwikkelingen en de stand van de wetenschap, met inbegrip van de inzichten van onze curatieve collega's: huisartsen en specialisten, is de dynamiek in de richtlijnontwikkeling gewaarborgd. Die dynamiek moet ook in de toekomst zijn weerslag krijgen in een hoge kwantiteit en kwaliteit van richtlijnen voor bedrijfsartsen.

Jan Casper van Beek, voorzitter NVAB

RICHTLIJN

Handelen van de bedrijfsarts
bij werknemers met

Lage-Rugklachten

Geautoriseerde richtlijn
2 april 1999



Inleiding

Het doel van de in deze richtlijn beschreven begeleiding door de bedrijfsarts is te voorkomen dat werknemers die zich hebben ziek gemeld met rugklachten, onnodig lang hun werk verzuimen en daardoor langdurig arbeidsongeschikt worden.

De bedrijfsarts voert een probleem-georiënteerde begeleiding uit door te inventariseren welke factoren werkhervatting belemmeren, en door gerichte interventies uit te voeren. Tijdens de begeleiding evalueert de bedrijfsarts op gezette tijden het effect van de interventies aan de hand van de gestelde doelen. De bedrijfsarts draagt er zorg voor dat zijn beleid wordt afgestemd met dat van de huisarts en/of de specialist.

Gezien de grote kans op natuurlijk herstel is het weinig zinvol om de begeleiding aan te bieden aan alle werknemers die met rugklachten verzuimen. Vooralsnog lijkt het meest geschikte moment voor de start van de begeleiding tussen 2 en 4 weken ziekteverzuim te liggen.

Indien er sprake is van een recidief wordt in principe hetzelfde beleid gevolgd.

De hier beschreven aanpak wordt verder uitgewerkt en toegelicht in een bij deze richtlijn behorend achtergronddocument.

Waar 'hij' 'hem' 'zijn' staat dient men ook 'zij' 'haar' te lezen.

I Probleeminventarisatie

Bij een werknemer met rugklachten

- stelt de bedrijfsarts op grond van eigen anamnese en lichamelijk onderzoek of op grond van de gegevens van andere artsen de diagnose specifieke rugpijn, lumbosacraal radiculair syndroom of specifieke rugpijn
- maakt de bedrijfsarts in de spreekkamer een globale beoordeling van:
 - de adequaatheid van het ziektegedrag van de werknemer
 - de aanwezigheid van psychosociale problemen
 - de ervaren beperkingen ten gevolge van de rugklachten
 - de adequaatheid van de behandeling; is deze conform de NHG-Standaarden of CBO-consensusrichtlijnen?
 - de werksituatie met name wat betreft lichamelijke belasting en organisatorische belemmeringen voor werkhervatting
 - de arbeidsgeschiktheid op grond van een afweging van beperkingen, ziektegedrag en de belasting in het werk.

2 Interventies

Bij werknemers met specifieke rugklachten

- wijst de bedrijfsarts bij alle werknemers op de gunstige prognose zowel voor het verdwijnen van de klachten als voor werkhervatting
- wijst de bedrijfsarts bij alle werknemers op het belang van het zoveel mogelijk volhouden van normale activiteiten in tegenstelling tot ‘rusten’
- benadrukt de bedrijfsarts dat beweging geen schade veroorzaakt

6

...en bij de afwezigheid van verdere problemen

- geeft de bedrijfsarts het advies om uiterlijk binnen twee weken het werk te hervatten en in overleg met de patiënt zoveel mogelijk eerder

...en bij ervaren beperkingen in het werk of organisatorische belemmeringen

- adviseert de bedrijfsarts tot vermindering van de belasting door tijdelijke werkaanpassingen in uren of taken
- adviseert de bedrijfsarts de werkomgeving over het te voeren beleid

...en bij een niet adequate behandeling

- neemt de bedrijfsarts contact op met de behandelaar
- legt de bedrijfsarts aan de behandelaar voor welke problemen herstel en werkhervatting belemmeren
- worden in overleg met de behandelaar oplossingen geformuleerd en een gezamenlijk beleid afgesproken

...en bij inadequaat ziektegedrag

- zoekt de bedrijfsarts samen met de patiënt naar de achterliggende redenen van dat gedrag zoals angst voor bewegen
- bespreekt de bedrijfsarts deze redenen met de patiënt
- formuleert de bedrijfsarts concrete oplossingen zoals een programma van activiteiten met toenemende belasting dat aansluit bij de eigen ervaring en het eigen activiteitenpatroon van de patiënt

...en bij psychosociale problemen

- zoekt de bedrijfsarts naar signalen van depressiviteit, problematische levensgebeurtenissen, conflicten en andere werkproblemen
- bespreekt de bedrijfsarts deze signalen met de patiënt
- zoekt de bedrijfsarts samen met de patiënt naar oplossingen, zoals antidepressieve behandeling, psychosociale begeleiding en conflictbemiddeling.

Bij werknemers met een lumbosacraal radiculair syndroom

- maakt de bedrijfsarts een onderscheid in patiënten met ernstige klachten dat wil zeggen heftige pijn, en/of motorische uitval en/of veel beperkingen en in patiënten met lichte klachten.

Bij werknemers met een lumbosacraal radiculair syndroom en lichte klachten

- voert de bedrijfsarts hetzelfde beleid als bij werknemers met specifieke rugpijn
- wijst de bedrijfsarts op de gunstige prognose met name voor het verdwijnen van de klachten voortvloeiend uit de radiculare prikkeling
- wijst de bedrijfsarts er bij alle werknemers op dat werkhervatting in de oude functie na behandeling in principe mogelijk is.

Bij werknemers met een lumbosacraal radiculair syndroom en ernstige klachten

...en bij de afwezigheid van verdere problemen

- ziet de bedrijfsarts toe op adequate diagnostiek en behandeling
- adviseert de bedrijfsarts eventueel tot tijdelijke werkaanpassingen in uren of taken

...en bij een inadequate behandeling

- neemt de bedrijfsarts contact op met de behandelaar
- legt de bedrijfsarts aan de behandelaar voor welke problemen herstel en werkhervatting belemmeren
- worden in overleg met de behandelaar oplossingen geformuleerd en een gezamenlijk beleid afgesproken

...en bij inadequaat ziektegedrag

- zoekt de bedrijfsarts samen met de patiënt naar de achterliggende redenen van dat gedrag zoals angst voor bewegen
- bespreekt de bedrijfsarts deze redenen met de patiënt
- formuleert de bedrijfsarts concrete oplossingen zoals een programma van activiteiten met toenemende belasting dat aansluit bij de eigen ervaring en het eigen activiteitenpatroon van de patiënt

...en bij psychosociale problemen

- zoekt de bedrijfsarts naar signalen van depressiviteit, problematische levensgebeurtenissen, conflicten en andere werkproblemen
- bespreekt de bedrijfsarts deze signalen met de patiënt
- zoekt de bedrijfsarts samen met de patiënt naar oplossingen, zoals antidepressieve behandeling, psychosociale begeleiding, en conflictbemiddeling.

Bij werknemers met specifieke lage-rugklachten

- ziet de bedrijfsarts toe op adequate diagnostiek en behandeling door de curatieve sector
- wordt in overleg met de werknemer gezocht naar een voor hem aanvaardbare belasting in het werk.

3 Evaluatie

8

Bij een werknemer met aspecifieke rugklachten en bij een werknemer met een licht lumbosacraal radiculair syndroom

- evalueert de bedrijfsarts bij aanwezigheid van problemen het beleid binnen 2 weken na het eerste contact hetzij telefonisch, hetzij mondeling
- verwijst de bedrijfsarts bij ernstige twijfel over de juistheid van de diagnose de patiënt, in overleg met de huisarts, naar een neuroloog of orthopeed met een gerichte vraagstelling
- zoekt de bedrijfsarts, indien binnen twee weken geen vooruitgang is geboekt, naar de redenen daarvoor, en verwijst hij eventueel, in overleg met de huisarts, naar een fysiotherapeut met ervaring in een programma met opklimmende belasting
- overweegt de bedrijfsarts, indien 12 weken na ziekmelding geen vooruitgang is geboekt, een verwijzing naar een revalidatie-instelling of rugadviescentrum.

Bij een werknemer met een lumbosacraal radiculair syndroom en ernstige klachten en bij een werknemer met specifieke rugklachten

- evalueert de bedrijfsarts het beleid op het moment dat diagnostiek en behandeling daar aanleiding toe geven, maar in ieder geval binnen 4 weken na het eerste contact.

ACHTERGRONDSTUDIE BIJ DE RICHTLIJN

Handelen van de bedrijfsarts
bij werknemers met

Lage-Rugklachten

NVAB
2 april 1999



Inhoudsopgave

Inleiding	11
------------------	-----------

1 Werkwijze	13
--------------------	-----------

2 Probleembeoordeling	15
------------------------------	-----------

2.1 Aard rugklachten	15
----------------------	----

2.2 Bijkomende problemen	16
--------------------------	----

2.3 Beperkte belastbaarheid	17
-----------------------------	----

2.4 Evaluatie van de curatieve behandeling	17
--	----

2.4.1 <i>Aspecifieke rugpijn</i>	17
----------------------------------	----

2.4.2 <i>Lumbasacraal radiculair syndroom</i>	18
---	----

2.4.3 <i>Specifieke rugpijn</i>	19
---------------------------------	----

2.5 Beoordeling werksituatie	19
------------------------------	----

2.6 Beoordeling arbeidsgeschiktheid	20
-------------------------------------	----

3 Begeleidingsplan	21
---------------------------	-----------

3.1 Voorlichting en werkhervattingsadvies	21
---	----

3.2 Overleg over behandeling	22
------------------------------	----

3.3 Overleg met leidinggevende	22
--------------------------------	----

4 Vervolg	24
------------------	-----------

4.1 Vervolgconsulten	24
----------------------	----

4.2 Doorverwijzing: een tweede lijn voor de bedrijfsarts	24
--	----

Bijlage 1: Differentiaal diagnose	25
--	-----------

Bijlage 2: Psychosociale problemen, inadequaat ziektegedrag en andere prognostische factoren	29
---	-----------

Bijlage 3: Tijdgebonden advisering	33
---	-----------

Bijlage 4: Overleg met en verwijzing naar curatieve sector	34
---	-----------

Literatuur	37
-------------------	-----------

Begrippenlijst	39
-----------------------	-----------

Inleiding

11

Het ontwikkelen en invoeren van richtlijnen voor het handelen van artsen staat momenteel sterk in de belangstelling. In de bedrijfsgezondheidszorg zullen richtlijnen als instrument in de nabije toekomst zeer waarschijnlijk een belangrijke plaats in gaan nemen bij de kwaliteitsbeoordeling van de zorgverlening door arbodiensten, naast bijvoorbeeld de intercollegiale toetsing. Richtlijnen vormen namelijk een uitstekende manier om een gestandaardiseerde werkwijze in te voeren, die gebaseerd is op recente wetenschappelijke kennis. Het uitvoeren van onnodige en ineffectieve interventies zal daarmee verminderd kunnen worden.

Voor u ligt het resultaat van de ontwikkeling van richtlijnen voor sociaal-medische begeleiding van werknemers met lage-rugklachten. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op literatuurstudie, consensusbijeenkomsten met bedrijfsartsen, gebruik in de praktijk en reacties uit het veld. De richtlijnen sluiten zoveel mogelijk aan bij de onlangs verschenen NHG-standaarden Lage-Rugpijn en Lumbosacraal Radiculair Syndroom, met name wat betreft diagnostiek en mogelijkheden voor curatieve interventies^{1,2}). De richtlijnen zijn met name bedoeld voor bedrijfsartsen. Bepaalde onderdelen lenen zich echter uitstekend voor overdracht aan andere disciplines binnen de dienst. Uitgangspunt is dat de bedrijfsarts de ‘casemanager’ is voor de begeleiding van de werknemer met lage-rugklachten. De richtlijnen zijn geschreven voor een verzuimsituatie, maar zijn ook goed toepasbaar voor werknemers met lage-rugklachten, die nog (deels) aan het werk zijn. De richtlijnen zijn in een eerdere versie getest en geëvalueerd in een onderzoeksproject. Een van de uitkomsten van dat project was dat naarmate bedrijfsartsen zich beter aan de richtlijnen hielden, de betrokken werknemers eerder aan het werk waren en meer tevreden waren over de begeleiding³).

Concrete en zo gedetailleerd mogelijke richtlijnen kunnen het proces van sociaal-medische begeleiding structureren en beheersen. Toch is het niet mogelijk om voor alle momenten in het begeleidingsproces vooraf concrete richtlijnen op te stellen. Dat gaat bijvoorbeeld wel op voor de diagnostiek. Daarvoor is een vrij concreet stappenplan opgesteld, met een voorschrijvend karakter, dat zoveel mogelijk gebaseerd is op de literatuur. De beoordeling van de werksituatie en het opstellen van het begeleidingsplan hebben echter een meer beslissingsondersteunend karakter. De diversiteit aan (werk)omstandigheden en de veelal multidisciplinaire begeleiding maken het nodig om per situatie te beslissen over de te ondernemen activiteiten.

De juridische aspecten, zoals de communicatie met de werkgever en curatieve sector en de rechten en plichten van de werknemer, worden hier grotendeels buiten beschouwing gelaten. Het zijn namelijk problemen die niet specifiek voor de begeleiding van werknemers met rugklachten gelden. We verwijzen hiervoor naar andere literatuur⁴).

De richtlijnen beginnen op het moment dat de bedrijfsarts een werknemer op het spreekuur ziet. In hoofdstuk 1 wordt kort de werkwijze tijdens het begeleidingsproces geïntroduceerd.

In hoofdstuk 2 wordt het eerste deel van de richtlijnen, de probleembeoordeling op diverse terreinen - belastbaarheid werknemer, belasting in werk, curatieve behandeling - beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderdelen van het begeleidingsplan en in hoofdstuk 4 wordt ingegaan op het vervolg van het eerste spreekuurcontact en opties voor verwijzing. In de bijlagen wordt een aantal aspecten uit de diverse hoofdstukken verder uitgewerkt.

I Werkwijze

13

Het beginpunt van de richtlijnen is het eerste spreekuurcontact met een werknemer met lage-rugklachten. Een eerste beslissingsmoment is dan al gepasseerd, n.l.: Welke werknemers met rugklachten worden opgeroepen voor het spreekuur? In de literatuur wordt vaak het onderscheid gehanteerd tussen acute (0 tot 6 weken), subacute (6 tot 12 weken) en chronische rugpijn (meer dan 12 weken). Bij 10-20% van de patiënten duurt de rugpijn langer dan 6 weken, 5% heeft na 3 maanden nog rugpijn⁵⁾. Risicofactoren voor chronische rugpijn worden gezocht in duur van de huidige klachten, de mate van beperkingen, de intensiteit van de pijnklachten, psychosociale factoren, eerdere episodische rugklachten en vereisten op het werk. Het belang van vroegtijdige interventie is gelegen in het voorkomen van chroniciteit^{6,7)}. Daartegenover staat dat er in veel gevallen sprake is van spontaan herstel, onafhankelijk van de inbreng van professionele zorg. Om de capaciteit van de arbodienst zo efficiënt mogelijk in te zetten wordt aangeraden om werknemers na ongeveer 2 tot 4 weken verzuim op te roepen. Verder kunt u frequent verzuim wegens rugklachten ook als indicatie voor een oproep gebruiken, omdat een geschiedenis van rugklachten een risicofactor is voor de duur van het verzuim. Bij het afsluiten van contracten dient de arbodienst de begeleiding op deze wijze mogelijk te maken.

Het doel van het spreekuurcontact is om met de werknemer op basis van een probleembeoordeling van de klachten en het werk tot een begeleidingsplan te komen⁸⁾. De probleembeoordeling begint met uw oordeel over de aard van de rugklachten. Dit kunt u met vrij grote nauwkeurigheid krijgen door een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek. Daarnaast maakt u een inschatting van de ziektebeleving en eventueel bijkomende psychosociale problemen en het gedrag van de werknemer. Het gesprek moet u verder informatie opleveren over de behandeling door de curatieve sector. U vormt zich een indruk over de taken en belasting in de werksituatie, die (tijdelijk) problemen opleveren, en over aanpassingen die zinvol zouden zijn om de onbalans tussen belasting en belastbaarheid op te heffen. Tenslotte moet u duidelijk krijgen welke factoren in de organisatie van het bedrijf terugkeer naar het werk belemmeren.

Uw conclusies over het probleem van de werknemer met rugklachten en zijn werk is de basis voor een plan dat u samen met de werknemer opstelt. Dit begeleidingsplan bevat uw interventies en de activiteiten van de kant van de werknemer. De interventies, gericht op het opheffen van de belemmeringen voor terugkeer naar het werk, kunnen zich over de volgende terreinen uitstrekken: voorlichting en advies aan de werknemer, overleg over de behandeling met de curatieve sector, voorlichting en overleg met de werkgever, en werkplekonderzoek, gericht op aanpassing(en). U kunt daarbij andere disciplines inschakelen. U spreekt een moment van evaluatie af, zodat u zicht houdt op de voortgang van het proces.

Gesprekstechnisch wordt aanbevolen om in elk consult dezelfde volgorde aan te houden. Het is van belang om de klachten van de patiënt te erkennen en aandacht te besteden aan het verhaal van de patiënt. Goede gesprekstechniek houdt ook in dat u open vragen stelt en het voorafgaande samenvat. Na uw onderzoek formuleert u gezamenlijk het probleem waarvoor de werknemer op uw spreekuur aanwezig is. Het gaat erom om samen met de werknemer tot een plan van aanpak te komen. U checkt of u met de werknemer op hetzelfde spoor zit. Door een dergelijke systematische werkwijze te volgen voorkomt u dat u de controle over de loop van de gebeurtenissen kwijtraakt.

14

Naar de werknemer toe wordt veel gevraagd van uw gesprekstechnische vaardigheden en het vertrouwen dat hij in u en de arbodienst stelt. Voor de werknemer zijn uw adviezen immers niet vrijblijvend maar hebben een zeker dwingend karakter. U kunt gemakkelijk in een machtsstrijd verzeild raken. De werknemer ‘gebruikt’ daarbij zijn klachten om zijn onvermogen tot enige activiteit aan te tonen tegenover de arts die niet van de ernst van zijn klachten overtuigd is. Alle factoren voor verdergaande somatische fixatie zijn hierbij aanwezig. Het is goed om daar met uw aanpak rekening mee te houden. Soms is het zinvol om een conflict aan te gaan. Vaker is het effectiever om eerst mee te gaan in de ernst van de klachten om vervolgens gezamenlijk een oplossing voor de problemen te kunnen formuleren.

2 Probleembeoordeling

2.1 Aard rugklachten

Een onderscheid in verschillende categorieën rugklachten is van belang omdat u uw begeleiding daarop afstemt. Ofwel u wacht verdere diagnostiek af, ofwel u kunt zonder risico tot (geleidelijke) werkhervatting besluiten. Bij de overgrote meerderheid van de patiënten met rugpijn zijn we niet in staat om een concrete oorzaak voor de klachten aan te wijzen. De therapeutische benadering van die groep patiënten kan dan ook slechts symptomatisch zijn. De belangrijkste therapeutische optie is het bevorderen van lichamelijke activiteit, eventueel na een korte rustperiode en pijnstillende medicatie. Deze periode zal veelal al gepasseerd zijn als u de werknemer ziet.

Er bestaan twee problemen die bij rugpijn kunnen optreden. De eerste is dat de pijnklachten blijven en een chronisch karakter krijgen met vérstreckende gevolgen voor het werk en arbeidsgeschiktheid. Het doel van uw begeleiding is om dit chronisch karakter van de pijnklachten juist te voorkómen, door naast lichamelijke ook andere aspecten te bekijken ^{9,10}. Het tweede probleem is dat u een belangrijke lichamelijke oorzaak over het hoofd ziet die een medische behandeling vereist. Door een zorgvuldige anamnese en lichamenlijk onderzoek kunt u vrijwel altijd tussen deze twee problemen differentiëren. Bij klachten die korter dan 6 weken duren is dit voldoende. Het is natuurlijk goed mogelijk dat de werknemer al met één of meerdere artsen of therapeuten contact heeft gehad. Als u vindt dat de werknemer u een plausibel verhaal vertelt, kunt u besluiten geen nader lichamenlijk onderzoek te verrichten, met name als de uitkomst uw verdere beleid niet zal veranderen.

Probleembeoordeling

- 1 Aard rugklachten
- 2 Bijkomende problemen
- 3 Belastbaarheid
- 4 Curatieve behandeling
- 5 Werksituatie
- 6 Beoordeling arbeidsgeschiktheid

Voor uw differentiaal diagnose kunt u rugklachten verdelen in drie groepen ^{11,12}. De eerste groep wordt gevormd door patiënten met specifieke rugpijn waarbij de rugpijn op de voorgrond staat en waarbij er geen andere ziekteverschijnselen aanwezig zijn. Deze diagnose wordt vaak gesteld bij uitsluiting van andere ziektebeelden. Dit vergroot echter de kans op een te medische aanpak, die niet gunstig is voor het beloop.

Het is daarom goed om te zoeken naar positieve kenmerken van de verschillende diagnosecategorieën, ook van specifieke rugpijn. Wanneer er alleen sprake is van pijn in de rug zonder uitstraling of andere ziekteverschijnselen en de pijn verergert bij bepaalde houdingen of bewegingen is dat voldoende voor de diagnose specifieke rugpijn. Er is dan geen reden om uitgebreidere diagnostiek te verrichten.

Dan is er een categorie patiënten waarbij vooral uitstraling vanuit de rug op de voorgrond staat, het lumbosacraal radiculair syndroom ^{2,13}. Uitstraling in het verloop van een lumbale zenuw kan daarbij gepaard gaan met motorische- en gevoelsstoornissen, en reflexverminderingen. Bij 90-98% van deze patiënten betreft dit de zenuwwortel L5 of S1.

15

De derde categorie patiënten heeft specifieke pijnklachten waarbij ook algemene ziekteverschijnselen aanwezig kunnen zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een infectie of bot-metastase in een wervel.

Bij een lumbosacraal radiculair syndroom waarbij sprake is van ernstig of progressief verlies van spierkracht, bij een cauda equina syndroom, en bij zeer ernstige, voortdurende pijnklachten is het zinvol dat nadere diagnostiek wordt verricht. In dat geval verwijst u patiënten gericht terug naar de curatieve sector.

Bij aspecifieke rugpijn heeft de patiënt baat bij bevordering en instandhouding van lichamelijke activiteit. In uitzonderingsgevallen kan dit voorafgegaan worden door een paar dagen bedrust. Dit geldt ook voor de meerderheid van de patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom, waarbij in de eerste 6 weken geen wezenlijk ander beleid wordt gevolgd dan bij aspecifieke rugklachten. In bijlage 1 worden de anamnese en lichamelijk onderzoek nader uitgewerkt.

16

Op grond van de anamnese en het lichamelijk onderzoek moet u besluiten tot één van de drie diagnosecategorieën. Het zal zelden voorkomen dat u niet tot een bepaalde categorie kunt besluiten. U vraagt dan om nadere informatie bij de curatieve sector, bijvoorbeeld de uitslag van een bepaald onderzoek, of u neemt contact op met de huisarts met het voorstel om aanvullend onderzoek uit te laten voeren. Dit doet u uiteraard met instemming van de patiënt. Ook is het verstandig om uw lichamelijk onderzoek later nog eens te herhalen mede omdat de symptomen en verschijnselen in de loop van de tijd kunnen veranderen. Op grond van deze nadere informatie besluit u tot een indeling in één van de drie diagnosecategorieën ^{1,14,15,16}.

2.2 Bijkomende problemen

Het is mogelijk dat pijnklachten in stand worden gehouden door psychosociale problemen of inadequaat ziektegedrag. Bij rugpijn gaat het vaak om vermijdingsgedrag. Patiënten gaan activiteiten vermijden vaak in combinatie met het vermijden van verantwoordelijkheden, stressvolle gebeurtenissen en conflicten. Voor een deel is dit vergelijkbaar met het proces van somatische fixatie dat bij allerlei medische klachten kan optreden. Het langdurig vermijden van fysieke activiteiten maakt het bewegen op den duur pijnlijker. Het voortduren van de pijn kan leiden tot gevoelens van machteloosheid en depressiviteit. Daarom is het van belang om al in een vroeg stadium te beoordelen of deze aspecten een rol spelen.

Ook bijkomende depressieve klachten ten gevolge van scheiding of rouw kunnen het beloop van rugklachten ongunstig beïnvloeden. U moet zich realiseren dat gedrag niet alleen door intrinsieke individu-gebonden factoren wordt veroorzaakt maar ook door reacties uit de omgeving. De chef die zijn werknemer adviseert om vooral thuis te blijven tot alle klachten over zijn versterkt het inadequate gedrag van zijn werknemer.

Voor het beoordelen van psychosociale problemen en inadequaat ziektegedrag kunt u klachten en symptomen gebruiken, vragenlijsten en signalen van somatische fixatie. Deze worden in bijlage 2 verder uitgewerkt.

2.3 Beperkte belastbaarheid

Bij de vaststelling van rugklachten en bijkomende problemen is het voor u als bedrijfsarts vooral van belang welke mogelijkheden en beperkingen iemand heeft. U stelt vast of er bij de werknemer sprake is van ervaren beperkingen of afwezigheid van vaardigheden om bepaalde activiteiten te verrichten die normaal gesproken wel verricht kunnen worden ¹⁷⁾.

In feite is uw vraag wat de belastbaarheid is van een persoon: de maximale belasting die iemand gedurende een bepaalde tijd kan doorstaan, met volledig fysiek en mentaal herstel binnen een gedefinieerde periode na afloop van de belasting. Er bestaat helaas geen objectieve methode waarmee de belastbaarheid van iemand met rugklachten voor diverse werkaspecten eenvoudig bepaald kan worden. Beperkingen worden vooral ervaren bij houdingen en bewegingen die klachten provoceren. Voor de vaststelling bent u vooral afhankelijk van hetgeen de werknemer hierover naar voren brengt. Bij sommige werknemers is dat zitten en bij andere het tillen of moeten werken in een bepaalde houding.

17

2.4 Evaluatie van de curatieve behandeling

Patiënten met rugpijn kunnen op veel verschillende manieren worden behandeld. Sommige van de behandelingen zijn contraproductief, dat wil zeggen dat de duur van de klachten of het verzuim er door verlengd wordt. U beoordeelt daarom of er sprake is van een adequate behandeling door de curatieve sector. Dit betekent dat u inschat of op grond van de diagnose van de rugklachten de juiste behandeling is ingezet en of een inadequate behandeling de terugkeer naar het werk belemmert.

2.4.1 Aspecifieke rugpijn

Bij de behandeling van aspecifieke rugpijn verschuift het accent van rust en pijnstilling - waarbij paracetamol eerste keuze is - gedurende de eerste dagen naar activering en bevorderen van actief gedrag. De verschillende therapeutische opties zijn legio. Echter, de werkzaamheid hiervan is veelal niet aangetoond of onderzocht. Wel is aangetoond dat bij aspecifieke rugklachten bedrust vermeden dan wel geminimaliseerd moet worden ¹⁸⁾. Bedrust die langer duurt dan twee dagen heeft een negatief effect op de klachten. Patiënten kunnen baat hebben bij pijnstillers die op vaste tijdstippen worden ingenomen. Er is echter geen effect op de duur van het verzuim aangetoond. Injecties met lidocaïne of corticosteroiden in of rond de facetgewrichten, de discus of op drukpijnlijke plaatsen hebben in gecontroleerde studies tot tegenstrijdige resultaten geleid. De effectiviteit van de meeste fysiotherapeutische behandelmethoden is niet aangetoond. Wel blijkt over het algemeen dat manuele therapie tot een snellere vermindering van de klachten leidt. Op langere termijn blijven de resultaten hetzelfde als bij andere therapievormen ¹⁹⁾. Van therapievormen zoals UKG of massage is aangetoond dat die de duur van de klachten verlengen ten opzichte van alleen advisering door de huisarts.

Evaluatie behandeling

1

aspecifieke rugpijn:

- activering

2

lumbosacraal radiculair syndroom:

- *na rustkuur: geleidelijke mobilisering*

- *operatie: alléén op indicatie*

3

specifieke rugpijn:

- nader onderzoek

Langdurige passieve fysiotherapie en korsetten kunnen een belangrijk somatiserend effect hebben. Actieve behandeling waarbij patiënten zelf oefenen en waarin ook terugkeer naar het werk wordt betrokken verdient zeker bij subacute en chronische patiënten de voorkeur. Een rugschool waarbij activering wordt gecombineerd met voorlichting over houdingen en bewegingen heeft in sommige studies wel effect op de intensiteit en duur van de rugklachten en op de duur van het verzuim, in andere studies niet en wordt daarom niet aanbevolen.

Kortom, bij de werknemer die 2 weken verzuimt met aspecifieke rugpijn dient de begeleiding gericht te zijn op activering, ongeacht de medicatie die de werknemer gebruikt. Deze activering kan het beste zoveel mogelijk aansluiten bij de dagelijkse bezigheden. Er is weinig reden om bepaalde behandelingen in te zetten⁶⁾. Als de werknemer toch besluit tot een bepaalde behandeling, lijkt manuele therapie de beste optie.

2.4.2 Lumbosacraal radiculair syndroom

Bij het lumbosacraal radiculair syndroom is de structuur in het beleid in de eerste 6 weken vergelijkbaar met het beleid bij aspecifieke rugpijn. Echter bij progressieve parese en het cauda equina syndroom dient direct naar de curatieve sector verwezen te worden.

Wanneer er sprake is van lichte klachten, bijvoorbeeld alleen pijnklachten zonder neurologische uitvalsverschijnselen, kan het beleid gericht zijn op activeren en terugkeer naar het oude niveau van functioneren. De klachten duren over het algemeen langer, maar ook hier is het natuurlijk beloop veelal gunstig. Binnen 4 weken is het functioneren bij 70% van de patiënten aanzienlijk verbeterd en 80% kan conservatief behandeld worden.

In de huidige praktijk wordt nog vaak een bedrustkuur van 1 à 2 weken voorgeschreven. Een alternatief is afwachten van het natuurlijk beloop en tijdens deze fase goede pijnstilling en actief blijven voor zover mogelijk. Als het lumbosacraal radiculair syndroom na zes weken nog onveranderd aanwezig is, kan worden besloten tot operatief ingrijpen.

Operatie levert sneller resultaat op dan conservatieve behandeling maar op lange termijn (4 jaar) zijn er geen verschillen meer^{20,21)}. Bij een goede operatie indicatie zou een operatie kosten-effectiever kunnen zijn. De beenklachten zijn na behandeling bij vrijwel alle patiënten verdwenen maar de rugklachten blijven bij de helft aanwezig. Na operatieve of conservatieve behandeling mogen patiënten alle werkzaamheden weer verrichten. Na behandeling gaat u daarom ten aanzien van werkhervatting te werk als bij aspecifieke rugklachten.

Het operatieresultaat is succesvoller naarmate patiënten voor de operatie minder gepreoccupeerd zijn met hun klachten en een adequater gedrag tonen. Daarom is het ook bij deze patiënten van belang om aandacht te besteden aan de manier waarop met de pijn wordt omgegaan.

In het geval er sprake is van toenemende uitvalsverschijnselen of uitval in het zogenoemde rijbroekgebied (cauda equina syndroom) is wel spoedig operatief ingrijpen vereist. Bij een lumbale kanaalstenose wordt eerst conservatieve therapie aanbevolen voordat operatief wordt ingegrepen.

2.4.3 Specifieke rugpijn

Bij specifieke rugpijn, dus rugpijn met een andere onderliggende oorzaak, moet overeenstemming zijn over verdere diagnostiek met de curatieve sector, of door overleg bereikt worden. Wanneer u denkt aan een ernstig lichamelijk ziektebeeld is de enige mogelijkheid om de resultaten van verdere diagnostiek af te wachten en de werknemer niet te belasten.

2.5 Beoordeling werksituatie

Het is zinvol om de specifieke taken, die een werknemer moet verrichten, met hem of haar in de spreekkamer door te nemen. U kunt op basis daarvan een oordeel vormen over de belasting in de werksituatie, die problematisch zou zijn bij terugkeer naar het huidige werk. Duidelijke criteria voor verantwoorde belasting voor iemand met rugklachten zijn

moeielijk te geven. Risicofactoren voor rugklachten liggen in het draaien met de romp, het zijwaarts en ver vooroverbuigen van de romp, krachtsuitoefening bij deze bewegingen, de tilfrequentie, asymmetrische belasting en de versnelling van de beweging. Voor tillen wordt de zo-genoemde NIOSH-methode gebruikt voor het beoordelen van de belasting. In het gunstigste geval mag maximaal 23 kg getild worden door gezonde werknemers om schade aan de gezondheid te voorkomen. Het is vanzelfsprekend dat bij een werknemer met rugklachten die normen zeker niet overschreden mogen worden. Er zijn geen medische of gezondheidskundige argumenten die een acceptabel tilgewicht voor mensen met rugklachten kunnen onderbouwen.

Als u niet in staat bent tot een adequate beoordeling van de werksituatie besluit u tot het uitvoeren van een werkplekonderzoek, door bedrijfsverpleegkundige of arbeidshygiënist, liefst samen met de werknemer. Tijdens het werkplekonderzoek kan gekeken worden naar de handelingen die voor de werknemer niet uitvoerbaar zijn in verband met de rugklachten. In het algemeen komen in de werkanamnese aspecten aan de orde zoals noodzakelijke houdingen en bewegingen, werk- en rusttijden, specifieke kennis en vaardigheden (bijvoorbeeld tiltechnieken) en gebruik van hulpmiddelen. De taakinhoud (verantwoordelijkheden, problemen met samenwerking) en de sociale omgeving (sfeer op het werk, conflicten) zijn onderdelen van de functie, die een inschatting van de psychosociale belasting in het werk mogelijk maken. Als u uit uw inventarisatie inschat dat de huidige belasting in het werk te hoog is, bespreekt u met de werknemer welke oplossingen toepasbaar zouden

zijn. U kunt denken aan het tijdelijk vermijden van bepaalde handelingen, het verminderen van verantwoordelijkheden, het inzetten van mechanische hulpmiddelen en het onder-richt geven in tiltechnieken. U moet u wel bedenken dat het effect van het geven van tiltechnieken, zonder verdere aanpassingen, gering is ²²⁾.

19

Werkanamnese

I

bespreken van taken:

- houdingen en bewegingen
- werk- en rusttijden
- kennis en vaardigheden
- taakinhoud
- omgeving

2

inschatten van belasting

3

werkplekonderzoek

4

organisatie werk:

- houding leiding
- praktische problemen

5

oplossingsmogelijkheden:

- hulpmiddelen
- taakverlichting/roulatie
- aanpassing werktijden

2.6 Beoordeling arbeidsgeschiktheid

Door de veranderde wetgeving is de beoordeling van arbeidsgeschiktheid voor iedere bedrijfsarts relevant geworden. In bovenstaande aanpak in het proces van sociaal-medische begeleiding is de beoordeling van arbeidsgeschiktheid slechts een onderdeel. U concludeert op basis van het gezondheidsprobleem en de beperkingen enerzijds en het werk, de mogelijkheden en niet-werkgebonden factoren anderzijds waarvoor, voor welk deel van de werktijd en voor hoelang de werknemer arbeidsongeschikt is. Dit is de basis voor verdere actiepunten voor patiënt, bedrijf en bedrijfsarts.

Samenvatting probleembeoordeling

20

Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek benoemt u de rugklachten als specifiek, lumbosacraal radiculair syndroom of specifiek. U geeft aan of er daarnaast sprake is van psychosociale problemen en maakt een inschatting van de beperkingen van de werknemer. Verder beslist u of de behandeling een belemmering vormt voor de terugkeer naar het werk, welke belasting (tijdelijk) te hoog is, welke aanpassingen op de werkplek nodig zijn en welke factoren in het bedrijf werkhervatting zullen bemoeilijken. U vormt zich op basis hiervan een oordeel over de arbeidsgeschiktheid.

3 Begeleidingsplan

Het begeleidingsplan formuleert u op grond van de probleembeoordeling. Als bedrijfsarts kunt u voorlichting en advies aan de werknemer geven, met de behandelende sector overleggen, en met de werkgever overleggen, eventueel met een advies over aanpassing van de werkplek. Het plan bevat ook een concreet advies over werkhervatting, gebaseerd op de arbeidsgeschiedheidsbeoordeling. Het schriftelijk vastleggen van het plan vergemakkelijkt de evaluatie.

3.1 Voorlichting en werkhervattingsadvies

21

U stelt de patiënt met specifieke rugklachten gerust over het verloop van rugklachten. De klachten verdwijnen na kortere of langere tijd eigenlijk altijd: 80% is na 3 weken en 90% na 6 weken pijnvrij. Als het de patiënt helpt kunnen pijnstillers gebruikt worden. Ondanks de pijn is het belangrijk om zo normaal mogelijk te bewegen. U informeert naar het houden van veel rust of ondernemen van weinig activiteit. Wanneer dat het geval is legt u uit dat veel rusten slecht is bij rugklachten en geeft concreet advies over een steeds toenemend activiteiten-niveau. U kunt eventueel advies geven over oefeningen voor

spierversterking en het vergroten van de beweeglijkheid van de lage rug. U kunt een folder met informatie over rugklachten meegeven.

Voorlichting

1

altijd:

- geruyststellende prognose
- niet rusten, maar bewegen

2

bij specifieke rugpijn / licht lumbosacraal radiculair syndroom:

- korte rustperiode
- dagelijkse activiteiten
- opklimmende belasting
- werkhervatting binnen

2 weken

3

bij vermijdingsgedrag:

- relatie rugpijn bespreken
- naar psycholoog verwijzen

4

in het werk:

- vermindering rugbelasting
- contact werkplek

Het is niet nodig dat mensen met specifieke rugklachten of een licht lumbosacraal radiculair syndroom wachten tot de klachten geheel verdwenen zijn alvorens naar het werk terug te keren. Bij de afwezigheid van verdere problemen krijgt de werknemer het advies om het werk binnen twee weken of zoveel eerder als gewenst is te hervatten. De werksituatie kan gebruikt worden voor het herstel. Een vooraf vastgesteld programma, met concrete afspraken over de belasting, geeft betere resultaten dan een ‘let the pain be the guide’ programma, waarin de patiënt zelf bepaalt wanneer hij of zij stopt met een bepaalde taak of oefening (zie bijlage 3)¹⁾.

Vraag de patiënt waar hij zelf aan denkt, welke taken er binnen het bedrijf door hem of haar gedaan zouden kunnen worden en welke oplossingen er zijn voor te zware taken. Zelf meedenken werkt motiverend. Als u, samen met de werknemer, een concreet werkhervattingsadvies opstelt, is het zaak om op een niveau te starten dat de werknemer zeker aan kan. U vertelt de werknemer dat de geleidelijke opvoering van de belasting gepaard kan gaan met rugpijn, wat op zich geen reden is om de belasting te verlagen. Pijn betekent niet dat er schade ontstaat.

U overlegt tevoren met de werkgever of er voldoende gelegenheid is om geleidelijk terug te keren. Als terugkeer naar het werk praktisch niet mogelijk is, adviseert u de werknemer om het contact met de werkplek te onderhouden. Als de weerstand om naar het werk terug te keren niet te overwinnen is geeft u in ieder geval een concreet advies voor het opbouwen

van het activiteiten-niveau in de thuissituatie. Dat kan bestaan uit wandelen, fietsen, zwemmen of huishoudelijke activiteiten. U spreekt af hoe lang de activiteit wordt volgehouden en dat die elke dag een stukje wordt uitgebreid.

Als mensen vermijdingsgedrag vertonen, geeft u aan dat er een samenhang kan bestaan met het voortduren van de rugklachten. Bij ernstig vermijdingsgedrag of psychosociale problemen kunt u de bedrijfspsycholoog of het bedrijfsmaatschappelijk werk inschakelen.

Het effect van voorlichting over vermindering van de rugbelasting in de werksituatie is het grootst als u dat op de werkplek en in een groepssituatie organiseert. U heeft dan veel meer kans dat de acceptatie van collega's groter is. Bovendien is een vermindering van rugbelastend werk veelal voor iedereen zinvol. Het inschakelen van andere disciplines, zoals een fysiotherapeut of ergonom, verdient hier de voorkeur.

22

Voor patiënten met een licht lumbosacraal radiculair syndroom kunt u dezelfde weg bewandelen als met specifieke rugpijnpatiënten: geleidelijke terugkeer naar het werk. Bij ernstiger vormen van wortelcompressie doet u dat wanneer de behandeling is afgerond ²⁾.

Met patiënten met specifieke rugklachten zult u moeten afwachten tot er meer duidelijkheid is over de diagnose of prognose. Ook hier adviseert u om zoveel mogelijk het contact met de werkplek te onderhouden.

3.2 Overleg over behandeling

Het is van belang dat uw begeleidingsplan is afgestemd op het beleid van de behandelende sector. Het beleid van de huisarts die volgens de NHG-standaard werkt is conform uw beleid: geleidelijke opbouw van activiteiten, waarvan terugkeer naar het werk onderdeel is. U overlegt telefonisch met de behandelend arts of fysiotherapeut als u vindt dat de behandeling de terugkeer naar het werk belemmert. Het is van belang om dat in een vroeg stadium te doen en tot een gezamenlijk standpunt te komen. Huisartsen lopen overigens ook vaak vast met patiënten met chronische pijnklachten. Een gezamenlijk overleg kan in dit verband voor beiden positief uitpakken. In bijlage 4 wordt het overleg met huisarts en fysiotherapeut verder uitgewerkt.

3.3 Overleg met leidinggevende

Technische aanpassingen op de werkplek kosten tijd. Daarom laat u de terugkeer naar het werk niet van deze aanpassingen afhangen, maar zoekt u naast deze aanpassingen naar eenvoudigere oplossingen die wel op korte termijn gerealiseerd kunnen worden. Bij terugkeer naar de werkplek is de medewerking van collega's en chef cruciaal. Het is noodzakelijk dat u daar de nodige tijd in investeert. Uit onderzoek bleek een positief effect van het geven van informatie aan leidinggevenden over werknemers met rugklachten.

Verder werd daardoor de begeleiding van de leidinggevende positief gewaardeerd, zowel voorafgaand als na werkhervatting. In het contact met de leidinggevende maakt u duidelijke afspraken over wat de werknemer wel en wat hij niet kan bij terugkeer en u bespreekt de organisatorische problemen^{23,24}). U kunt de werkgever wijzen op zijn verantwoordelijkheden bij aanpassingen op de werkplek. Voor grotere investeringen is er veelal sprake van een éénmalige kostenpost, die terugverdiend kan worden op langere termijn. In een kosten-batenanalyse moeten deze lange termijn effecten (efficiënter werken, minder ziekteverzuim) meegewogen worden.

23

U stuurt hem of haar een schriftelijke bevestiging van uw afspraken. Ook als u de bedrijfsverpleegkundige/arbeidshygiënist een werkplekonderzoek wilt laten uitvoeren is het zaak dat de leidinggevende daar vooraf van op de hoogte is. Als uit het gesprek met de werknemer blijkt dat de werkgever niets van zich laat horen, wijst u de werkgever op zijn verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld tijdens een vergadering van het sociaal-medisch-team.

4 Vervolg

4.1 Vervolgconsulten

Het is de vraag of u in een kortdurend consult alle problemen afgehandeld krijgt. Bovendien kost het opbouwen van een vertrouwensrelatie enige tijd, zodat bepaalde problemen pas in latere instantie aan de orde kunnen komen. Bij werknemers met specifieke rugpijn evalueert u de resultaten van de afspraken uit het eerste contact in een vervolgconsult, maximaal twee weken later. Een verdere uitwerking van het begeleidingsplan kan dan plaatsvinden. U kunt ook afspreken dat u elkaar telefonisch op de hoogte houdt. Spreekt u dan een duidelijke tijd af waarop u bereikbaar bent. Bij werknemers die een rustkuur ondergaan, spreekt u een (telefonisch) vervolgcontact af direct na de kuur. U kunt dan in uw begeleiding de richtlijnen vanaf het begin volgen. Met patiënten die voor nadere diagnostiek naar de specialist gaan of die een operatie ondergaan, spreekt u af om contact te houden over de voortgang. Als er meer duidelijkheid is over de prognose, maar in ieder geval niet meer dan een maand later, maakt u een afspraak voor het spreekuur met de werknemer.

4.2 Doorverwijzing: een tweede lijn voor de bedrijfsarts

Het is zaak om niet in een stagnerende situatie verzeild te raken. Risicofactoren hiervoor zijn psychosociale problemen en somatische fixatie. Een belangrijk beslismoment ligt er als de begeleiding niet het gewenste resultaat oplevert. In verband met mogelijke medicalisering van een zichzelf oplossend probleem moet dat moment niet te vroeg liggen. Maar met het oog op een verder vastlopende somatisering moet dat ook niet te laat liggen. Wanneer is de begeleiding niet gelukt? Enigszins arbitraire maar voor de praktijk bruikbare criteria aan de hand waarvan zo'n beslissing genomen kan worden zijn:

- ernstige twijfel over mogelijke aanwezigheid van wortelprikkeling of specifieke lage rugpijn
- communicatie met patiënt verloopt volgens het model somatisering (zie bijlage 2), problemen zijn niet bespreekbaar of oplosbaar
- gezamenlijk met de patiënt afgesproken activiteiten worden bij herhaling niet uitgevoerd of kunnen niet worden uitgevoerd
- het activiteiten-niveau van de patiënt is in 4 weken niet toegenomen
- ondanks uitvoering begeleidingsplan na drie maanden geen werkhervatting, in ieder geval na 12 weken ziekteverzuim.

De patiënt moet naar een instelling verwezen worden waar er sprake is van een discipline-overstijgende aanpak bijvoorbeeld een revalidatie-instelling of een specifiek rugadviescentrum en waar zeker aandacht is voor somatisatie-problemen. Bij ernstige twijfel over een specifieke somatische oorzaak verdient een eenmalig consult bij een neuroloog de voorkeur (zie verder bijlage 4).

Bijlage 1: Differentiaal diagnose

Anamnese

Bij het afnemen van de anamnese differentieert u tussen specifieke rugpijn, lumbosacraal radiculair syndroom en specifieke lage-rugpijn. Allereerst is daarvoor een zorgvuldige anamnese belangrijk. In het kader is aangegeven welke aspecten u in de anamnese aan de orde stelt.

Aspecifieke rugpijn wordt gekenmerkt door lage rugpijn die op de voorgrond staat en de klachten die geprovoceerd worden door bepaalde houdingen, bewegingen en externe belasting. Verder kunnen de klachten in episoden verlopen en kan er sprake zijn van ochtendstijfheid. De eerste episode begint meestal tussen de 20 en 55 jaar. Uitstraling in het been kan optreden, echter zelden voorbij de knie. Het onderscheid met een lumbosacraal radiculair syndroom kunt u op basis van het lichamenlijk onderzoek maken. Bij pijn die over een groot onbegrensd gebied wordt aangegeven, moet u aan bijkomende psychosociale problemen denken.

Als er verder géén sprake is van algemene ziekteverschijnselen zoals koorts of gewichtsverlies kunt u met vrij grote zekerheid besluiten tot de diagnose ‘aspecifieke rugpijn’. Wanneer de uitstraling van de pijn in één been, meestal tot voorbij de knie, op de voorgrond staat, denkt u aan een lumbosacraal radiculair syndroom en vraagt u naar de invloed van hoesten, niezen en persen op de pijnklachten in het been. Ook kunnen mensen klagen over krachtsverlies, gevoelsstoornissen of tintelingen. Wanneer er klachten zijn over de mictie of defaecatie, moet u denken aan een cauda-syndroom, waarbij met spoed moet worden gehandeld. Pijnklachten die ontstaan in één of beide benen bij langer lopen of staan en verminderen bij voorovergebogen houding, bijvoorbeeld bij gehurkt zitten of fietsen, wijzen op een lumbale kanaalstenose of een recessus lateralis stenose. Naast prikkeling van de wortel door een discusletsel is er ook wortel-compressie mogelijk door vernauwing van de zogenoemde recessus lateralis door artrotische bot-woekering van de facetgewrichten.

Zelden zult u op uw spreekuur mensen aantreffen waarbij de onderliggende oorzaak een ernstige ziekte is. Toch is het goed hierop bedacht te blijven. Het verloop is anders dan bij aspecifieke rugpijn of lumbosacraal radiculair syndroom. Deze derde categorie is daarom de categorie specifieke rugpijn. U moet denken aan een fractuur, tumor, infectie en een oorzaak buiten de rug. Progressie van de pijn in een aantal weken, met vooral ‘s nachts pijn, bij een oudere werknemer met een carcinoom in de voorgeschiedenis en zonder voorgeschiedenis van rugpijn, suggereert een maligniteit. Verder onderzoek is dan aangewezen. Ook is het mogelijk dat de wervel of discus hematogeen geïnfecteerd is.

25

Anamnese

1

rugpijn:

- aard en ontstaan huidige klachten/beloop
- lokalisatie/uitstraling
 - beperkingen
- duur huidige klachten
 - vorige episodes
 - invloed hoesten, niezen, persen

2

motorische/sensibele uitval:

- spierzwakte
- gevoelsstoornissen
- mictie-stoornissen

3

algemeen ziek-zijn:

- gewichtsverlies, koorts

4

leeftijd

Er is dan altijd sprake van bijkomende ziekteverschijnselen of problemen, zoals temperatuurverhoging, diabetes, gebruik van immuno-suppressiva, drugsverslaving, recente retro-peritoneale ontsteking, of operatie aan wervelkolom. Niet in de rug gelegen oorzaken die met specifieke rugpijn gepaard gaan zijn nierstenen, galstenen en extra-uteriene graviditeit ¹⁾.

Lichamelijk onderzoek

Een lichamelijk onderzoek is in de eerste drie weken niet strikt noodzakelijk bij werknemers onder de 50 jaar met een recidief, zonder uitstralende pijn en zonder aanwijzingen voor een maligniteit. Als u wel besluit tot een lichamelijk onderzoek om een indruk te krijgen van de beweeglijkheid van de rug en de effecten op de pijn onderzoekt u flexie, extensie, lateroflexie en rotatie van de rug. U stelt met name vast welke houdingen en bewegingen problemen opleveren in het kader van een mogelijke werkhervatting en u let op verschillen tussen links en rechts. De mate waarin een patiënt beperkt is, voorspelt overigens niets over het verdere beloop of ziekteverzuim. Houdingsafwijkingen in de zin

van scoliose, kyfose of bekkenscheefstand zijn bij volwassenen meestal geen oorzaak van rugklachten. Het is met name vanwege het feit dat u vrijwel uitsluitend te maken heeft met volwassenen dat het weinig productief is om een minutieus houdingsonderzoek uit te voeren.

Wel kunt u bij een lumbosacraal radiculair syndroom een scoliose aantreffen ter ontlasting van de aangedane kant. Als u een houdingsafwijking vindt, dan is het belangrijk dat u de patiënt geruststelt en aangeeft dat zoiets ook bij veel mensen zonder klachten voorkomt.

Het belangrijkste onderdeel van het lichamelijk onderzoek bij uitstralende pijn wordt gevormd door de proef van Lasègue (L4 t/m S2). Deze proef, ook wel straight leg raising (SLR) genoemd, voert u uit in rugligging. Als de patiënt pijn beneden de knie aangeeft of totaal fixeert bij het minder dan 70° heffen van het been, en als deze pijn verergert bij dorsaalflexie van de voet, is de proef positief. In buikligging voert u de omgekeerde proef van Lasègue uit (L3), ofwel de rekest voor de n.femoralis. U buigt de knie tot 120° en brengt dan het bovenbeen naar extensie.

Bij uitstralende pijn is deze proef positief. Verder test u bij uitstralende pijn de kniepees- en achillespeesreflexen, de aan- of afwezigheid van spierzwakte en gevoelsstoornissen. Op basis van de anamnese en deze proeven is het mogelijk te differentiëren tussen specifieke rugklachten en een lumbosacraal radiculair syndroom. Bij uitstralende pijn en een positieve proef of omgekeerde proef van Lasègue besluit u tot de diagnosecategorie lumbosacraal radiculair syndroom. Verminderde reflexen, spierzwakte en gevoelsstoornissen zijn extra signalen, die de diagnose lumbosacraal radiculair syndroom bevestigen. In de tabel staan de specifieke testen op een rij.

Als u de klachten van de patiënt niet in de rug kunt lokaliseren, besluit u tot onderzoek van de heup.

Wij verwijzen u voor verdere informatie over de diverse testen naar specifieke boeken ²⁵⁾.

26

Lichamelijk onderzoek

1

rug-functie en effecten op pijn

2

bij uitstralende pijn:

- (omgekeerde) Lasègue

- KPR, APR







- motoriek

- sensibiliteit

3

eventueel:

- heuponderzoek

Ruggemergswortel	L4	L5	S1
Pijn			
Gevoelloosheid			
Spierzwakte	extensie van m.quadriceps	dorsaalflexie van grote teen en voet	plantair flexie van grote teen en voet
Lichamelijk onderzoek	hurken en terug	op hakken lopen	op tenen lopen
Reflexen	kniespeesreflex verminderd	geen betrouwbare test	achillespeesreflex verminderd

27

Aanvullende diagnostiek

Röntgenonderzoek is alleen geïndiceerd als er aanwijzingen zijn voor een specifieke oorzaak van de rugpijn, bijvoorbeeld een fractuur of bij oudere mensen in verband met maligniteiten. De meeste tumoren worden op een röntgenfoto gezien. Een MRI-opname biedt de meeste zekerheid. Het is belangrijk om te beseffen dat niet is aangetoond dat degeneratieve verschijnselen op de foto zoals discusversmalling of artrose van de facetgewrichten vaker voorkomen bij mensen met dan bij mensen zonder rugpijn. Voor uw beleid maken dergelijke afwijkingen dus niet veel uit. Wanneer men overweegt operatief in te grijpen is het zinvol de plaats van het lumbosacraal radiculair syndroom in beeld te brengen door een MRI-opname, CT-scan, of evt. een myelogram. Een botscan is vooral van belang bij ontstekingsprocessen, waar gedurende de eerste weken niets op een röntgenfoto te zien is. Als u de mogelijkheid van een tumor of infectie niet uitsluit, wordt in eerste instantie een bepaling van de BSE aangeraden.

Aspecifieke rugpijn

- rugpijn staat op de voorgrond
- klachten worden geprovoceerd door bepaalde houdingen, bewegingen en mechanische factoren
- er zijn geen klachten of bevindingen bij lichamelijk onderzoek die wijzen op zenuwstoornissen (spierzwakte, gevoelsstoornissen).

Verder kunnen de volgende kenmerken aanwezig zijn:

- de klachten verlopen in episoden
- ochtendstijfheid
- uitstralende pijn zonder wortelprikkeling. Deze straalt zelden uit voorbij de knie
- psychosociale problemen (vermijdingsgedrag, geringe arbeidssatisfactie, angst, depressie).

Lumbosacraal radiculair syndroom (3 categorieën)

- uitstralende pijn aan de voorzijde van het bovenbeen óf uitstralende pijn langs achter-buitenkant van het bovenbeen naar zijkant of achterkant van onderbeen tot in voet
- positieve proef van Lasègue of positieve omgekeerde proef van Lasègue.

Mogelijk zijn ook de volgende kenmerken:

- invloed van drukverhoging (hoesten, niezen, persen)
 - verminderde reflexen
 - spierzwakte
 - gevoelsstoornissen in dermatomen
 - psychosociale problemen
 - Cauda equina syndroom:
 - mictie- of defaecatiestoornissen
 - parese in 'rijbroekgebied'
 - progressieve of ernstige neurologische uitvalsverschijnselen in benen
 - Lumbale kanaalstenose:
 - pijnklachten of gevoelsstoornissen die, al dan niet met uitstraling, ontstaan in één of beide benen bij langer lopen of staan:
klachten verminderen bij voorovergebogen houding, bijvoorbeeld bij gehurkt zitten of fietsen.
- N.B. Proef van Lesègue kan negatief zijn.

Specifieke rugpijn

Tumor:

- carcinoom in voorgeschiedenis, patiënt boven 50 jaar zonder voorgeschiedenis van rugklachten, slechte gezondheidstoestand of onverklaard vermagerd, progressie van de pijn in een aantal weken, pijnen vooral 's nachts hevig.

Infectie:

- temperatuurverhoging, diabetes, gebruik van immunosuppressiva, drugsverslaving, recente retro-peritoneale ontsteking, operatie aan wervelkolom.

Trauma/spontane fractuur:

- acute, zeer hevige pijn, postmenopauze of na ongeluk (val), lokalisatie meestal laag thoracaal.

Bijlage 2: Psychosociale problemen, inadequaat ziektegedrag en andere prognostische factoren

Het vaststellen van psychosociale problemen of inadequaat ziektegedrag die het beloop van rugklachten ongunstig kunnen beïnvloeden is lastig.

29

Vooraf is het belangrijk om op te merken dat het vaststellen van psychosociale problemen en/of inadequaat ziektegedrag geen moreel oordeel inhoudt. Dergelijke problemen kunnen bij iedereen voorkomen. Dus ook werknemers die goed gemotiveerd zijn of bekend staan als harde werkers kunnen met hun rug in de knoop raken. Ook bij hen kan er sprake zijn van angst voor invaliditeit of onherstelbare beschadiging van de rug, waardoor ze in een vicieuze cirkel van inactiviteit raken. Daarnaast is het zo dat een lage arbeidssatisfactie en weinig motivatie om te werken het vanzelfsprekend moeilijker maken om, ondanks de rugpijn, toch aan het werk te gaan. Het is goed om een gebrek aan motivatie te onderscheiden van psychosociale problemen en/of inadequaat ziektegedrag. De laatste problemen kunnen op veel verschillende manieren aan bod komen. Er is weinig onderzoek dat de superioriteit van de ene boven de andere methode aantoonst. Wel blijkt de aanwezigheid van problemen door de huisarts even goed te kunnen worden vastgesteld in een gesprek met de patiënt als met behulp van een vragenlijst met pijnomschrijvingen (Nederlandse Pijnwoordenlijst). Van andere vragenlijsten is een dergelijke vergelijking niet bekend²⁶⁾.

I Inadequaat ziektegedrag en somatische fixatie

Inadequaat ziektegedrag kan het beste gedefinieerd worden als gedrag dat de klachten en symptomen van een aandoening in stand houdt of verergert. Door Waddell, een orthopeed uit Glasgow, is onderzoek gedaan naar het vaststellen van inadequaat ziektegedrag, en het verband tussen inadequaat ziektegedrag en het succes van behandeling²⁷⁾. Inadequaat ziektegedrag werd door hem gepresenteerd als een totaalscore gebaseerd op de uitkomsten van een pijntekening, pijnbeschrijving, specifieke symptomen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek. Bij een score van 0, *dus afwezigheid* van tekenen van inadequaat ziektegedrag is de prognose van behandeling veel gunstiger dan bij de aanwezigheid van dergelijke tekenen.

Het belangrijkste voordeel van het gebruik van de Waddell-score is dat het onderzoek gemakkelijk te integreren is in de normale anamnese en onderzoek en niet een aparte vragenlijst vereist. Het nadeel is dat de validiteit van de testen beperkt is. Het gebruik van een vragenlijst om inadequaat ziektegedrag vast te stellen, heeft het voordeel van een objectieve benadering van subjectieve symptomen. Bovendien kunnen vragenlijsten gebruikt worden om vooruitgang vast te stellen bij herhaalde invulling. Maar het gebruik ervan is soms lastig in te passen in een spreekursituatie.

Het vermijden van pijn en daarmee gepaard gaande angst om te bewegen wordt een belangrijke rol toegekend bij het ontstaan van arbeidsongeschiktheid op grond van rugklachten. Diverse vragenlijsten zijn ontwikkeld om angst-om-te-bewegen vast te stellen. De voorspellende waarde voor het chronisch worden van klachten is onbekend. Wel wordt er door arbeidsongeschikte patiënten op dergelijke vragenlijsten significant hoger gescoord.

In Nederlands onderzoek is de zogenaamde Tampa-Scale-for-Kinesiophobia gebruikt²⁸⁾. De 17 vragen zijn weergegeven in onderstaande tabel. De totaalscore bestaat uit de som van de scores op de individuele vragen, waarbij vraag 4, 8, 12 en 16 omgekeerd gecodeerd worden. Omdat er nog geen prospectief onderzoek met deze lijst is gedaan is het moeilijk om aan te geven bij welke score er een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid bestaat. Een score vergelijkbaar met die van chronische patiënten (score = 38) moet wel als een zeker risico worden beschouwd.

Tampa-Scale-for-Kinesiophobia (TSK)

- 1 Ik ben bang om bij het doen van lichaams oefeningen blessures op te lopen.
- 2 Als ik zou proberen om me over de pijn heen te zetten, dan zou hij erger worden.
- 3 Mijn lichaam zegt me dat er iets gevaarlijk mis mee is.
- 4 Mijn pijn zou waarschijnlijk minder worden als ik aan oefeningen zou doen.
- 5 Mijn gezondheidstoestand wordt door anderen niet serieus genoeg genomen.
- 6 Door mijn ongeluk loopt mijn lichaam de rest van mijn leven gevaar.
- 7 Pijn houdt altijd in dat er sprake is van een blessure.
- 8 Als mijn pijn erger wordt van iets dan betekent dat nog niet dat dat gevaarlijk is.
- 9 Ik ben bang om per ongeluk blessures op te lopen.
- 10 De veiligste manier om te voorkomen dat mijn pijn erger wordt is eenvoudig door er voor te zorgen dat ik geen onnodige bewegingen maak.
- 11 Ik zou niet zoveel pijn hebben als er mogelijk niet iets gevaarlijks aan de hand was met mijn lichaam.
- 12 Hoewel ik pijn heb, zou ik er beter aan toe zijn als ik lichamelijk actief zou zijn.
- 13 Pijn zegt me wanneer ik moet stoppen met oefeningen doen om geen blessures op te lopen.
- 14 Voor iemand in mijn toestand is het bepaald af te raden om lichamelijk actief te zijn.
- 15 Ik kan niet alles doen wat gewone mensen doen.
- 16 Ook al krijg ik ergens veel pijn van, dan geloof ik niet dat dat eigenlijk gevaarlijk is.
- 17 Niemand zou oefeningen hoeven te doen wanneer hij of zij pijn heeft.

Bij elke vraag wordt de volgende antwoordmogelijkheid geboden:

helemaal mee oneens | 1 | 2 | 3 | 4 | *helemaal mee eens*.

Gemiddelde score bij Nederlandse chronische rugpijnpatiënten: $38,4 \pm 7,8$.

De bovenstaande keuze voor een vragenlijst is overigens arbitrair, ook andere keuzen zijn mogelijk.

Signalen van somatische fixatie

1

Vanuit patiënt/werknemer

- vage functionele klachten en/of symptomen
- sterk emotionele reactie op de klachten
- levensproblemen en -gebeurtenissen zoals rouw, crisis, overgangsfase of stress.
- vermijdingsgedrag, overmatige ziekenrol

31

2

Vanuit werk-, privé-omgeving

- paniek, bezorgdheid, weerstand anderen
- patiënt is gestuurd door anderen
- overbelasting in werksituatie
- ziekte winst buiten proportie

3

Vanuit arts

- presentatie van de klacht onduidelijk
- gevoel bij arts: irritatie, machteloosheid, berusting, ambivalentie, onzekerheid

3 Andere prognostische factoren

Psychosociale factoren en inadequaate ziektegedrag worden van belang geacht voor de prognose. De bedrijfsarts diagnosticeert de aanwezigheid van deze problemen, maakt ze bespreekbaar en probeert ze door middel van gerichte advisering of verwijzing tot een oplossing te brengen. Ook andere factoren zijn echter duidelijk met de prognose van rugklachten verbonden. Ze bieden echter minder of geen aanknopingspunten voor een gerichte interventie. Toch is het van belang prognostische factoren vast te stellen omdat u dan weet welke patiënten u in ieder geval moet vervolgen vanwege het risico op arbeidsongeschiktheid.

Op vergelijkbare manier als bij het hier beschreven inadequaate ziektegedrag is er in het verleden onderzoek verricht naar het ontstaan van somatische fixatie bij patiënten in de huisartsenpraktijk²⁹⁾. Somatische fixatie wordt gedefinieerd als een proces van voortdurend inadequaate omgaan met en reageren op ziekte, onlustgevoelens, klachten of problemen, door mensen zelf, door hun sociale omgeving of door vertegenwoordigers van de gezondheidszorg, waardoor mensen meer dan nodig afhankelijk worden van anderen, met name van (medische) hulpverlening of zelfs gaan vastlopen in het medisch kanaal.

In dat onderzoek zijn niet zozeer factoren naar voren gekomen die het risico vergroten, maar is meer inzicht ontstaan in de processen die tot somatische fixatie leiden. Die inzichten kunnen natuurlijk ook goed gebruikt worden bij de begeleiding van werknemers met rugpijn. In de tabel zijn de verschillende actoren en factoren die in het somatiseringsproces werkzaam kunnen zijn weergegeven, enigszins aangepast voor de situatie van de bedrijfsarts.

Hierbij wordt ervan uitgegaan dat het proces van somatisering ontstaat of versterkt wordt in de interactie tussen patiënt, omgeving en (bedrijfs)arts. Een sterk vereenvoudigd voorbeeld mag dit verduidelijken. Een patiënt met vage rugklachten wordt door een paniekerige chef naar het spreekuur van de bedrijfsarts verwezen. De bedrijfsarts reageert geïrriteerd, waardoor de patiënt zich verder in zijn klachten vastbijt. Gaandeweg ontstaat een steeds moeilijker oplosbaar communicatieprobleem. Het is belangrijk om als bedrijfsarts signalen van een dergelijk somatiseringsproces waar te nemen en bespreekbaar te maken.

2 Psychosociale problemen

Voor het opsporen en begeleiden van psychische en sociale problemen wordt in afwachting van het gereedkomen van de NVAB-richtlijn voor handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten verwezen naar 'Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten' van Van Erp en Bijl (1996)³⁰⁾.

Van den Hoogen onderzocht recent welke factoren op het moment van binnenkomst in de huisartsenpraktijk prognostische betekenis hadden voor de duur van de rugklachten. Hij vond de volgende vier: duur van de pijn voorafgaand aan het consult, langer dan vijf weken fysiotherapie, een hoge pijnscore en het doorgemaakt hebben van een rugoperatie. In dit onderzoek werd echter niet gekeken naar voorspellende factoren voor de duur van het verzuim. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat er ook nog andere factoren zijn, die de duur van het verzuim voorspellen. Een van de terugkerende voorspellers voor langdurig verzuim is ontevredenheid over het werk.

32

De pijnscore speelt slechts een beperkte rol bij de behandeling of begeleiding van rugklachten. In het kader van de communicatie met andere artsen is het goed om de pijnintensiteit objectief vast te leggen door middel van bijvoorbeeld een *Visual Analogue Scale*, een lijnstuk van 10 cm, waarop de patiënt zijn pijn kan scoren met als extremen 'geen pijn' en 'de ergst denkbare pijn'. Als alternatief worden ook wel de cijfers 1 tot en met 10 aangeboden waarop de patiënt zijn pijnintensiteit scoort.

Ongunstige prognostische factoren rugklachten

Door Von Korff is een betrekkelijk simpele, klinische scoringsmethode ontwikkeld die een gradering van chronische pijn en beperkingen in vier klassen aangeeft ³¹⁾. Op grond hiervan waren pijnpatiënten in de eerste lijn door hem goed te classificeren als meer of minder ernstig. Naarmate de score op de lijst hoger is, is de prognose slechter.

- 1
Lange duur en/of groot aantal voorafgaande pijnepisodes
- 2
Uitstraling in het been
- 3
Ernstige beperkingen
- 4
Geleidelijk begin
- 5
Hoge pijnintensiteit
- 6
Langdurige fysiotherapie
- 7
Rugoperatie doorgemaakt
- 8
Ontevredenheid over het werk
- 9
Lichamelijk zwaar werk

Bijlage 3: Tijdsgebonden advisering

Een advies met duidelijke afspraken en in kleine stappen opbouwend met haalbare doelen heeft de voorkeur boven een programma dat gerelateerd wordt aan de pijnklachten van de werknemer. Het eerste doel kiest u op een niveau dat falen uitsluit.

Voorbeeld:

	Tijdsgebonden	Pijnggebonden
Behandeling	6 keer oefentherapie, gericht op activiteiten in het werk, met een opbouwend karakter en ergonomische advisering	verwijzing naar een therapeut
Activiteiten thuis	dagelijks tweemaal een half uur wandelen of fietsen	probeer te zwemmen als de pijn het toelaat
Werk	over 1 week halve dagen zonder zware belasting (niet tillen), na 2 weken voltijd en per week opvoeren van tilbelasting	ga aan het werk als de pijn over is
Vervolg	u belt over 2 weken om te vertellen hoe het gaat	als het niet gaat, moet u maar terugkomen

Bijlage 4: Overleg met en verwijzing naar curatieve sector

Overleg met de huisarts

De twee NHG-Standaarden over rugpijn, namelijk ‘Lage-Rugpijn’ en ‘Lumbosacraal Radiculair Syndroom’ bieden aanknopingspunten voor overleg met de huisarts. Hieronder worden de meest relevante passages uit deze standaard samengevat.

34 Bij acute aspecifieke lage-rugpijn geeft de huisarts in eerste instantie het advies om in beweging te blijven. Bij hevige klachten adviseert de huisarts ‘voorzichtig’ te zijn met gelijktijdig bukken en draaien, met zwaar tillen en met langdurig autorijden. De huisarts adviseert, ondanks de pijn en met vaste termijnen, over een geleidelijke opbouw van activiteiten waaronder werkhervatting. De mogelijkheid dat er een relatie is met psychische problemen of problemen op het werk of thuis wordt ook door de huisarts naar voren gebracht. Indien de klachten blijven wordt verwacht dat de patiënt na 1 week, 3 weken en 6 weken weer op het spreekuur komt. Op die tijdstippen wordt het onderzoek herhaald en opnieuw de vraag gesteld wat de belemmerende factoren zijn bij het herstel van de klachten. Bij zes weken wordt deze handelwijze in sterkere mate door de huisarts uitgevoerd. Belemmeringen om weer aan het werk te gaan worden door de huisarts besproken en er wordt samen met de patiënt naar oplossingen gezocht. Er kan verwijzing volgen naar de fysiotherapeut voor een *activerende* behandeling.

Bij drie maanden kan bij twijfel over de mogelijke aanwezigheid van een specifieke oorzaak verwezen worden naar de tweede lijn. Indien de problemen daartoe aanleiding geven kan overlegd worden met de bedrijfsarts. Bij ernstig disfunctioneren of grote medische consumptie kan verwezen worden naar een multidisciplinair behandelteam.

Opvallend in deze richtlijnen voor de huisarts is de ruime aandacht voor het hervatten van het werk en de geheel zelfstandige rol die de huisarts daarin speelt. Huisarts en bedrijfsarts handelen in feite op vergelijkbare wijze. Wanneer de diagnose aspecifieke lage rugpijn is gesteld wordt de patiënt geactiveerd en wordt actief onderzocht of er eventuele belemmeringen voor werkhervatting zijn. De bedrijfsarts wordt geacht een specialist te zijn op dit terrein. Het overleg met de huisarts dient dan ook daarbij aan te sluiten. Vragen als *wat is uw diagnose en behandeling* of *wat is uw oordeel over haar arbeidsongeschiktheid* lijken weinig zinvol. Een betere formulering is: *“Op mijn spreekuur als bedrijfsarts zag ik mevrouw A. (geb 15-3-1955) omdat zij momenteel 4 weken vanwege rugklachten van haar werk verzuimt. Zij doet administratief werk bij de afdeling inkoop van firma B. Mijn diagnose is aspecifieke lage rugpijn. Op dit moment zie ik als belemmering voor werkhervatting dat mevrouw A. erg bang is om te bewegen i.v.m. haar pijnklachten. Zij onderneemt vrijwel geen activiteiten. Gezien het hoge pijnintensiteitsniveau en het hoge beperkingenniveau is de prognose op werkhervatting erg somber als er niets gebeurt. Ik bel u voor uw visie en overleg over dit probleem. Bijgesloten treft u een informed consent van mevrouw A. aan.”*

Ook voor de huisarts is dit geen gemakkelijk oplosbaar probleem, vandaar dat u wellicht in staat bent om elkaar hierbij aan te vullen. Een mogelijke oplossing zou een activerende behandeling door de fysiotherapeut kunnen zijn, waarmee de huisarts samenwerkt of een fysiotherapeut van de arbodienst.

Overleg met de fysiotherapeut

In de Standaard 'Lage-Rugpijn' voor de huisarts wordt 'behandeling' door de fysiotherapeut afgeraden. Wel kan de fysiotherapeut eventueel ergonomische adviezen en voorlichting geven. Doorverwijzing naar een fysiotherapeut voor een activerende behandeling wordt door de NHG-Standaard pas na zes weken voorgeschreven. Dat beleid is echter gebaseerd op onderzoek dat gekeken heeft naar het effect van klassieke fysiotherapie, bestaande uit massage en applicaties in combinatie met oefeningen. Het is uit het oogpunt van verzuim onverstandig om pas na zes weken een activerende behandeling in te zetten. Zeker wanneer er sprake is van rugklachten waar inactiviteit of angst om te bewegen een grote rol speelt, kan de fysiotherapeut een oefenprogramma voor de patiënt opstellen. Gedurende een aantal weken of maanden wordt de intensiteit van de oefeningen steeds verder opgevoerd, los van de pijnklachten of beperkingen van de patiënt. Een dergelijk programma wordt ook wel aangeduid als 'graded activity'. Door de arbodiensten zijn hiermee positieve ervaringen opgedaan. Een belangrijk voordeel van een binnen of bij de arbodienst georganiseerde fysiotherapie is dat de werkhervatting een duidelijker rol kan spelen. Er is niets bekend over de kosten-baten-verhouding van deze aanpak.

35

De tweede lijn voor de bedrijfsarts

Doel van de verwijzing is psychosociale problemen of inadequaat ziektegedrag bespreekbaar te maken, alsnog een oefenprogramma te realiseren of een specifieke diagnose uit te sluiten. Wanneer het gaat om psychosociale problemen of problemen die te maken hebben met inadequaat ziektegedrag is het belangrijk om daar bij verwijzing rekening mee te houden. Verwijzing naar een orthopedisch chirurg met als mogelijk resultaat: 'Op mijn terrein geen afwijkingen', draagt dan niet bij aan een oplossing. Verwijs in zo'n geval naar een deskundige of instantie waar sprake is van een discipline-overstijgende aanpak zoals in het hieronder beschreven rugadviescentrum of revalidatie-instelling.

Daarnaast is het van belang dat degene naar wie verwezen wordt voldoende aandacht heeft voor de gevolgen van rugpijn op het werk. Het doel van de behandeling is immers het herstel van het normale functioneren. Hoewel dat door de huisarts inmiddels tot standaard is verheven, is dat in de rest van de gezondheidszorg vaak nog niet het geval. Daarom bestaat bij verwijzing het risico dat een door de bedrijfsarts moeizaam opgebouwde gedeeltelijke werkhervatting door de specialist in een keer teniet wordt gedaan doordat de patiënt als volledig arbeidsongeschikt wordt beoordeeld. Om deze verrassingen te voorkomen is het bij verwijzing belangrijk dat de bedrijfsarts duidelijk het doel van zijn plan van aanpak en de daarbij optredende problemen aangeeft. Dit kan op vergelijkbare wijze zoals boven bij het overleg met de huisarts aangegeven.

De volgende mogelijkheden voor een tweede lijn zijn aanwezig.

1 **Rugadviescentrum**

Door particuliere rugadviescentra wordt diagnostiek en behandeling van chronische rugpijn patiënten aangeboden. Er bestaat een mogelijkheid van een eenmalig multidisciplinair consult. Er is deskundigheid op zowel orthopedisch, psychologisch als ergonomisch terrein aanwezig. Er is ruim aandacht voor problemen in het werk en werkhervatting. De vraag is in hoeverre deze deskundigheid bij verschillende patiënten nodig is en of er niet vaker volstaan kan worden met een goed opgebouwd oefenprogramma door de fysiotherapeut. Een belangrijk nadeel zijn de hoge kosten die aan de verschillende behandelprogramma's verbonden zijn. Met de uitvoeringsinstellingen bestaan overeenkomsten voor de vergoeding van diagnostiek en behandelingsprogramma's. Het is verstandig om in een vroeg stadium overleg te plegen met de Adviserende VerzekeringsArts (AVA) van de UitvoeringsInstelling (UVI).

2 **Revalidatie-instellingen**

Door de meeste revalidatie-instellingen worden behandelprogramma's voor patiënten met rugpijn aangeboden, alhoewel dat meestal niet zo expliciet geformuleerd wordt. Ook is er meestal een multidisciplinair behandelteam. Vervelender is dat de behandeling nogal eens niet aansluit bij de hier besproken richtlijnen. Niet het herstel van het normale functioneren is dan het behandeldoel, maar meer het verminderen van de pijn of het verzachten van de gevolgen ervan. Dat heeft tot gevolg dat werkhervatting soms weinig aandacht krijgt. Het is daarom verstandig om alvorens naar het revalidatiecentrum te verwijzen een goed contact op te bouwen en uw wensen kenbaar te maken. Zo kunt u bijvoorbeeld vragen om een eenmalig diagnostisch consult door een multidisciplinair team. Ook hier is er een financieringsprobleem tenzij de verwijzing via de huisarts gebeurt.

3 **Neuroloog**

Met name uitstralende rugpijn kan soms een lastig diagnostisch probleem opleveren. Wanneer er geen sprake is van neurologische uitval maar wel van pijnklachten die zich beperken tot een dermatoom is het onderscheid tussen specifieke lage rugpijn en wortelprickeling lastig. Aangeraden wordt om in zulke gevallen een eenmalig consult bij een neuroloog te organiseren in overleg met de huisarts. Belangrijke overwegingen hierbij zijn: hoe gaat de patiënt met zijn klachten om en in hoeverre bent u als bedrijfsarts zeker van uw diagnose. Onzekerheid van de bedrijfsarts in combinatie met inadequaat ziektegedrag kunnen aanleiding vormen tot somatische fixatie. De volgende criteria worden *door de huisarts* gehanteerd voor verwijzing naar de specialist van patiënten met uitstralende rugpijn: verdenking op een cauda equina-syndroom, progressieve parese, ernstige radicaire pijn ondanks bedrust en medicatie, ernstige parese, twijfel aan de diagnose of het ontbreken van vermindering van de klachten bij conservatieve therapie.

Literatuur

- 1) Faas A, Chavannes AW, Koes BW, van den Hoogen JMM, Mens JMA, Smeele LJM, et al. *NHG-Standaard Lage-Rugpijn*. Huisarts en Wetenschap 1996; 39:18-31.
- 2) Smeele LJM, van den Hoogen JMM, Mens JMA, Chavannes AW, Faas A, Koes BW, et al. *NHG-Standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom*. Huisarts en Wetenschap 1996; 39:78-89.
- 3) Van der Weide WE. *Quality of occupational rehabilitation for low back pain; measurement of process and outcome*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam 1998.
- 4) Gevers JKM. *De rechtspositie van de werknemer bij de sociaal-medische begeleiding*. Amsterdam: Sectie Gezondheidsrecht, Universiteit van Amsterdam, 1996.
- 5) Coste J, Delecoeuillerie G, Cohen de Lara A, Le Parc JM, Paolaggi JB. *Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice*. BMJ 1994; 308:577-580.
- 6) Nachemson AL. *Newest knowledge of low back pain. A critical look*. [Review]. Clinical Orthopaedics & Related Research 1992; 8-20.
- 7) Frymoyer JW. *Back pain and sciatica*. [Review]. New England Journal of Medicine 1988; 318:291-300.
- 8) Verbeek JHAM, Smits PBA, Docter HJ. *Beoordeling van arbeidsgeschiktheid door bedrijfsartsen*. In: Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde Amsterdam, editor. Nascholing Patiëntgerichte bedrijfsgezondheidszorg, programma 1993-1994. Amsterdam, 1993.
- 9) Linton SJ, Bradley LA. *An 18-month follow-up of a secondary prevention program for back pain: help and hindrance factors related to outcome maintenance*. Clinical Journal of Pain 1992; 8:227-236.
- 10) Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M. *Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians*. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12 supplement: 1-59.
- 11) Bigos S, Bowyer O, Braen G, Brown KC, Deyo RA, Haldeman S. *Acute low back problems in adults*. Clinical practice guideline, quick reference guide number 14. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR. 95-0643, 1994.
- 12) Bigos SJ, Battie MC. *Acute care to prevent back disability. Ten years of progress*. [Review]. Clinical Orthopaedics & Related Research 1987; 121-130.
- 13) Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. *Consensusbijeenkomst lumbosacrale radiculaire syndroom*: vrijdag 9 juni 1995. Jaarbeurscongrescentrum Julianahal, Utrecht. Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, 1995.
- 14) Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM (red). *Low back pain in primary care*. Effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions. Amsterdam: EMGO Institute, 1996.
- 15) Rosen M, Breen A, Hamann W, Harker P, Jayson MIV, Kelly E. *Report of a Clinical Standards Advisory Group Committee on Back Pain*. London: HMSO, 1994.
- 16) Van den Hoogen HM, Koes BW, van Eijk JT, Bouter LM. *On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice*. A criteria-based review of the literature. Spine 1995; 20:318-327.
- 17) Willems JHBM, Korten J-W, Croon NT. Willems JHBM, Croon NT, Korten J-W, editors. *Bepaling belastbaarheid voor arbeid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

- 18) Malmivaara A et al. *The treatment of acute low backpain – bedrest, exercises or ordinary activity?* The New England Journal of Medicine. Vol.332. No.6. Feb. 9, 1995
- 19) Van der Weide WE, Verbeek JHAM, van Tulder MW. *Vocational outcome of interventions for low-back pain.* Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 1997;23:165-78
- 20) Weber H. *The natural history of disc herniation and the influence of intervention.* [Review]. Spine 1994; 19:2234-8.
- 21) Weber H, Holme I, Amlie E. *The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in a doubleblind placebo-controlled trial evaluating the effect of piroxicam.* Spine 1993; 18:1433-1438.
- 22) Buckle P, Stubbs D. *The contribution of ergonomics to the rehabilitation of back pain patients.* [Review]. Journal of the Society of Occupational Medicine 1989; 39:56-60.
- 23) Gates LB. *The role of the supervisor in successful adjustment to work with a disabling condition: issues for disability policy and practice.* Journal of occupational rehabilitation 1993; 3:179-190.
- 24) Linton SJ. *The manager's role in employees successful return to work following back injury.* Work & Stress 1991; 5:189-195.
- 25) Wolf AN de. *De lumbosacrale wervelkolom.* In: Wolf AN de. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Fysische diagnostiek in de algemene praktijk. Alphen a/d Rijn/Brussel: Samson Stafleu, 1987: 171-189.
- 26) Zant JL. *Psychogene rugpijn, dat is andere taal.* Lisse: Swets & Zeitlinger, 1987.
- 27) Waddell G, Somerville D, Henderson I, Newton M. *Objective clinical evaluation of physical impairment in chronic low back pain.* Spine 1992;17:617-28
- 28) Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boere RGB, van Eek H. *Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance.* Pain 1995; 62:363-372.
- 29) Grol RPTM (ed). *Huisarts en somatische fixatie.* Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghem, 1983.
- 30) Van Erp N, Bijl R. *Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten.* Utrecht: Nederlands Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1996.
- 31) Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. *Grading the severity of chronic pain.* Pain 1992; 50:133-149.

Begrippenlijst behorend bij de geautoriseerde richtlijn

Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Lage-Rugklachten

Acute lage-rugpijn: bestaat < 6 weken

Subacute lage-rugpijn: bestaat 6 - 12 weken

Chronische lage-rugpijn: bestaat > 12 weken

Dysfunctioneren: niet kunnen voldoen aan de eisen die de cliënt of diens omgeving stelt aan het dagelijks functioneren met betrekking tot ADL en het eigen, normale werk.

Aspecifieke lage-rugpijn: lage-rugpijn staat op de voorgrond; de klachten worden geprovoceerd door bepaalde houdingen, bewegingen en mechanische factoren; er zijn geen klachten of bevindingen bij lichamelijk onderzoek die wijzen op zenuwstoornissen (spierzwakte, gevoelsstoornissen).

Lumbosacraal radiculair syndroom: pijn of neurologische stoornissen (partieel of volledig) in het verzorgingsgebied van een ruggemergswortel in het onderbeen, meestal gepaard gaand met rugpijn, veroorzaakt door irritatie en compressie (tractie) van een ruggemergswortel.

Licht lumbosacraal radiculair syndroom: uitstralende pijn tot in het onderbeen, met een segmentale stoornis herleidbaar tot één ruggemergswortel en/of een positieve proef van Lasègue; geen motorische uitval.

Ernstig lumbosacraal radiculair syndroom: één of meer van de volgende symptomen zijn aanwezig: heftige pijn, motorische uitval, uitval in het rijbroekgebied (caudasyndroom), of veel ervaren beperkingen.

Specifieke (lage) rugpijn: rugpijn met een specifieke lichamelijke oorzaak, bijvoorbeeld oncologisch, infectieus, urologisch of gynaecologisch. Het betreft hier rugpijn en/of uitstralende pijn met bijkomende verschijnselen zoals koorts, gewichtsverlies of nachtelijke pijn. Deze klachten en verschijnselen dienen aanleiding te zijn tot onderzoek naar een specifieke oorzaak.

Werkhervatting: opnieuw beginnen, na een periode van ziekteverlof, met het eigen werk, eventueel met aanpassingen in taken of werktijd, of met ander passend werk.

Somatiseren: gedrag (van cliënt en/of diens omgeving) dat de beperkingen in stand houdt of verergert door fixatie op de aanwezige pijn.