

STECR Werkwijzer

Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden

3

STECR

PLATFORM REÏNTEGRATIE



Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Verantwoording	7
3	Uitgangspunten	11
4	Synopsis	13
4.1	Wetenschap, richtlijnen en wetgeving	14
4.1.1	Stand van de wetenschap, basis voor beroepsrichtlijnen	14
4.1.2	NVAB-richtlijn verwijst naar CBO-richtlijn	15
4.1.3	Wetgeving	15
4.1.4	Conclusie uit de gecombineerde aanbevelingen uit richtlijnen en wetgeving: één Werkwijzer is mogelijk	16
4.2	Inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking	16
4.2.1	Probleeminventarisatie	16
4.2.2	Relatie met het werk, het deskundig oordeel	19
4.2.3	Welke interventies kunnen op basis van de wetenschap worden aanbevolen?	21
4.2.4	Evaluatie	23
4.2.5	Definitieve conclusie richtlijnenvergelijking; inhoudelijk is een consistente Werkwijzer mogelijk die voldoet aan alle richtlijnen	23
4.3	Intakecriteria en interventies	24
4.3.1	Dreigend langverzuim of niet?	24
4.3.2	De aanpak bij beginnende klachten	24





Vervolg Inhoudsopgave

4.3.3	Interventievormen (tabel) voor toepassing in eerste drie maanden	25
4.3.4	Nadere vaststelling intakecriteria mogelijk?	30
4.4	Leidinggevende	31
4.5	Attitude	32
4.6	Infrastructuur aanwezig?	32
4.7	Werkwijzer routingmodel	33
5	Achtergrond/beschouwing	35
6	Literatuurlijst	37
7	Bijlage	39
	Checklist werkplekonderzoek ter voorbereiding van rugreïntegratie-interventies	
8	Samenvatting	44





1 Inleiding

Lage rugklachten – specifieke en aspecifieke – komen veel voor. Ze zijn vaak werkgerelateerd en vormen een beperking bij het uitvoeren van de eigen werkzaamheden. Het grote aantal aspecifieke klachten veroorzaakt hoge directe en indirecte kosten voor de werkgever, de gezondheidszorg en de maatschappij. Deze Werkwijzer richt zich op de aspecifieke lage rugklacht.

De verscheidenheid waarmee rugklachten zich kunnen manifesteren en de sterk wisselende duur ervan, heeft geresulteerd in een breed scala van therapieën en interventies. De laatste jaren is vanuit verschillende beroepsgroepen geprobeerd systematischer met deze klacht om te gaan. Dat heeft geleid tot een aantal protocollen en richtlijnen die vaak op essentiële punten van elkaar verschillen, maar elkaar ook grotendeels ondersteunen. In de bestaande richtlijnen waren arbeid en arbeidsomstandigheden nog geen onderwerpen die uitgebreid aan de orde kwamen. Voor STECR was dit reden om een Kenniskring ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ te starten. De Kenniskring diende aspecifieke rugklachten te verbinden met de werkomstandigheden, zowel qua mogelijke ontstaansgrond als qua problematiek rond de werkhervatting en voorkoming van recidive. Het doel was te komen tot een multidisciplinaire, praktische benadering (door inschakeling van arboprofessionals zoals bedrijfsartsen, ergonomen, psychologen en bedrijfsfysiotherapeuten) waarmee arboprofessionals de klacht en het daarmee samenhangende verzuim en mogelijke WAO-instroom, kunnen beïnvloeden.

Opdracht Kenniskring ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’

De bestaande richtlijn ‘Lage rugklachten’ (auteurs [J. Verbeek](#) en [M. Bakker](#)) gaat in hoofdzaak over diagnostiek van lage rugklachten en passende begeleiding door de bedrijfsarts. Het ontstaan van lage rugklachten is niet alleen een medische aangelegenheid maar heeft ook te maken met:

- de werkplek;
- de belasting;
- de arbeidsmiddelen;
- individueel gedrag van de werknemer (inclusief psychisch functioneren);
- bij de werknemer aanwezige kennis;
- collectief gedrag / de organisatie.

Naast de bedrijfsarts beschikken ook andere disciplines over deskundigheid om lage rugklachten te voorkomen, het risico erop te beheersen en om bij bestaande rugklachten te interveniëren. Dit zijn bijvoorbeeld ergonomen,





Vervolg inleiding

bedrijfsfysiotherapeuten, trainers-fysiotherapeuten, psychologen, arbeidsdeskundigen, A&O-deskundigen, arboadviseurs en werkplekdeskundigen.

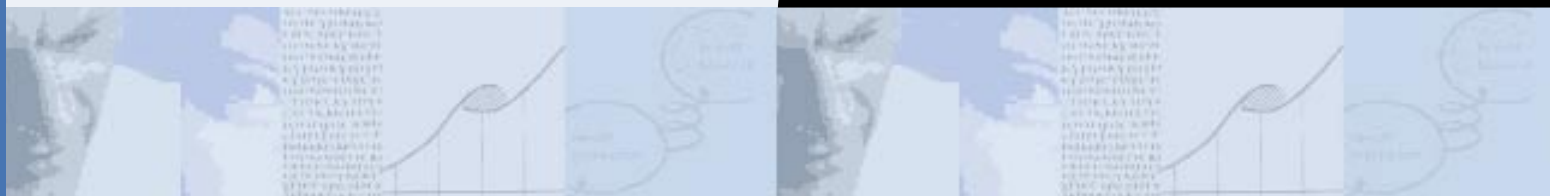
Binnen de doelstellingen van STECR wordt aan de Kenniskring ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ gevraagd om succesvolle interventiemethodieken op te sporen en zo mogelijk verder te brengen (bijvoorbeeld multidisciplinaire interventieprogramma’s). Voor concrete output van de Kenniskring wordt verwezen naar de algemene informatie van STECR over de kenniskringen. De Kenniskring wordt verzocht om zowel aandacht te besteden aan preventieve, secundair preventieve als aan curatieve interventies. Daarnaast wordt de Kenniskring gevraagd om extra aandacht te besteden aan de implementatie van de output, gezien de beperkte impact van de bestaande richtlijn ‘Lage rugklachten’.

Op het spreekuur van de bedrijfsarts, de arboverpleegkundige, de verzekeringsgeneeskundige, de huisarts en in meerdere mate op het spreekuur van bedrijfsfysiotherapeuten en bij interventiebedrijven, wordt geadviseerd over de lage rugklacht. Het is dan ook van groot belang dat zowel de diagnose als de advisering eenduidig tot stand komen en alle onderscheiden beroepsgroepen dezelfde taal hanteren bij de begeleiding van een patiënt/cliënt. Vragen als: ‘Welke onderzoeksmethoden worden er gehanteerd, wat zijn insluitcriteria voor interventies, wat is de duur van de interventie, is er werkhervatting mogelijk?’ vereisen een eenduidig antwoord. Good Practices kunnen hierbij behulpzaam zijn.

De Kenniskring heeft getracht een beeld te krijgen van de protocollen en richtlijnen die al voorhanden zijn en op welke literatuur deze zijn gestoeld. Bovendien is door inleidingen en demonstraties inzicht verkregen in de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen en de praktische vertaling daarvan naar interventies. De vertaling naar en vanuit de werksituatie was daarbij de rode draad. Om die reden zijn de ‘good practices’ opgenomen.

De Kenniskring verwacht dat de Werkwijzer ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ een praktisch instrument is voor alle arboprofessionals binnen de arbodiensten. Het moet houvast en richting geven bij zowel de diagnostiek als de interventie; een praktische beslisboom vergroot de bruikbaarheid. Daarnaast is de Werkwijzer een poging om meer disciplines op één lijn te brengen inzake de beste zorg voor de lage rugklachten. Te denken valt hierbij aan verzekeringsgeneeskundigen, maar ook aan huisartsen, paramedici of tweedelijnspecialisten. Ter introductie van deze Werkwijzer zijn een congres en een workshop gepland die de implementatie zullen vereenvoudigen.





Vervolg inleiding

Niet in de laatste plaats is de patiënt/cliënt gebaat bij een duidelijke begeleiding en advisering. Mogelijk kan deze Werkwijzer ertoe bijdragen om de verschillen in inzicht en behandeling te verkleinen of zelfs weg te nemen. In ieder geval beoogt de Werkwijzer daartoe een aanzet te geven.



2 Verantwoording

De Werkwijzer ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ is een feit; er is door acht arboprofessionals een klein jaar aan gewerkt. Naast zes bijeenkomsten van de volledige Kenniskring, was er intensief contact via e-mail, het virtuele kantoor, tijdens de workshop en het openbare debat. De Kenniskring werd daarbij uitmuntend ondersteund door STECR.

De Werkwijzer ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ is tot stand gekomen op initiatief van STECR, het Platform Reïntegratie. Het platform heeft tot doel om expertise over reïntegratie in kaart te brengen. STECR is een initiatief van de Brancheorganisatie Arbodiensten (BOA), met steun van het ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid.

Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden zijn een belangrijke bron van ziekteverzuim en vormen een relevante beperking bij het verrichten van arbeid. In de dagelijkse praktijk van arbodienstverlening is het een veel voorkomend probleemgebied, waarin cliënten, werkgevers en arboprofessionals een eigen rol hebben.

De opdracht aan de Kenniskring ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ was ‘te komen tot een multidisciplinaire Werkwijzer voor arboprofessionals’. Hierin staat naast de ontstaansredenen van de klacht en het gedrag van de cliënt, de begeleiding en reïntegratie van werknemers met lage rugklachten centraal. Naast onderzoek, begeleiding, interventies door arboprofessionals en interventies door bedrijven wordt ook aandacht besteed aan de werkplek en de werkomstandigheden. Tot slot komen de beïnvloeding van het gedrag en verstrekking van de fysieke vermogens uit het oogpunt van (secundaire) preventie en terugvalpreventie aan de orde.

De Kenniskring ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ bestaat uit vaste leden afkomstig uit meerdere arbodiensten die bij de BOA zijn aangesloten. In deze Kenniskring zijn de volgende disciplines vertegenwoordigd: bedrijfsartsen, bedrijfsfysiotherapeuten en een ergonomoom.



Vervolg verantwoording

Samenstelling Kenniskring

- Jan Aghina, Commit Arbo, bedrijfsarts en voorzitter
- Judith Brouwer, Relan Arbo, ergonomoom en secretaris
- Casper Bellink, ArboUnie, bedrijfsfysiotherapeut
- Ben Hartman, ArboNed, bedrijfsarts
- Jolande Leeuwenburg, ArboGroepGak, bedrijfsarts
- Roelof Norden, Arbo Management Groep, bedrijfsarts
- Ad van Genuchten, Maetis Arbo, bedrijfsfysiotherapeut
- Alec Katan, Fortis Arbodienst, bedrijfsarts

De Kenniskring is in september 2001 van start gegaan en kwam zes keer bij elkaar. De werkwijze bestond uit:

- Het bestuderen van literatuur over lage rugklachten, de relatie met arbeid en arbeidsomstandigheden en de betreffende interventiemogelijkheden.
- Het vergelijken van bestaande richtlijnen en protocollen voor de behandeling en begeleiding van verschillende beroepsgroepen.
- Op basis van de bestudering van de literatuur en richtlijnen werd een afbakening van het onderwerp gemaakt.
- Er werden externe deskundigen uitgenodigd voor enkele bijeenkomsten van de Kenniskring. Met hen werd gesproken over de meest recente wetenschappelijke inzichten over het ontstaan van lage rugklachten en interventiemogelijkheden.
- Er werd een workshop 'Good Practices lage rugklachten' georganiseerd. Leden van de Kenniskring discussieerden – aan de hand van casuïstiek – met professionals uit verschillende arbodiensten over wat we 'good practice' vinden bij de begeleiding en reïntegratie van werknemers met lage rugklachten.

Geraadpleegde externe deskundigen

- Prof. dr. ir. C.J. Snijders, hoogleraar biomedische natuurkunde en technologie EUR en TUD
- Karl Noten, fysiotherapeut, Fysio Physics
- Rinno Heidstra, directeur DBC Nederland bv

De inventarisatie- en discussiefase leidde tot het ontwerp van de Werkwijzer. Daarna volgde een schrijffase waarin een concept Werkwijzer werd uitgewerkt. De schrijftaken werden onder de Kenniskringleden verdeeld. Enkele leden fungeerden als tweede lezer van de conceptversie.





Vervolg verantwoording

In de discussie- en schrijffase ging het vooral om een bundeling van kennis en ervaring met als resultaat een voor arboprofessionals bruikbare Werkwijzer.

Nadat de eerste conceptversie gereed was, heeft de Kenniskring een openbaar debat georganiseerd. Dit debat vond plaats met deskundigen op het gebied van interventiemethoden bij lage rugklachten, arboadviseurs en -professionals uit verschillende disciplines van bij de BOA aangesloten arbodiensten. Het doel van het openbaar debat was het bijstellen van de Werkwijzer aan de hand van het geleverde commentaar.

Deelnemers openbaar debat

- dhr. S. van Bommel, OCA Nederland
- dhr. H. Conijn, Maetis Arbo
- mw. prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen, AMC/Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid
- dhr. J. Gerissen, Maetis Arbo
- dhr. G. van de Goot, Arbo Groep Gak
- dhr. J. Haitzma, De Gezonde Zaak
- dhr. R. Heidstra, DBC Nederland BV
- mw. I. Houting, Intergo BV (AMG)
- mw. A. Mertens, Revalidatiecentrum Blixembosch
- dhr. K. Noten, Fysio Physics
- dhr. N. Paulus, Maetis Arbo
- dhr. J. van Putten, TTAC
- mw. M. van Roer, Ergo Optima
- dhr. R. Ruttens, Arbo Management Groep
- mw. G. Sierat, NVBF
- dhr. prof. dr. ir. C.J. Snijders, Erasmus Universiteit Rotterdam
- dhr. J. Verbeek, AMC/Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid
- mw. B. Verstraten, Rugadvies Centra Nederland BV
- mw. S.E. Willemsen-van Heerde, Arbo Management Groep
- dhr. D. Wymenga, ArboUnie
- dhr. L. Ysbrandy, OCA Nederland
- dhr. J. van Zwieten, Maetis Arbo





Vervolg verantwoording

Tenslotte vond, in een overleg met vertegenwoordigers van TNO Arbeid en het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (AKB), een toetsing van het concept plaats waarmee ook zeer recent onderzoek kon worden meegenomen en zelfs een blik werd verkregen op toekomstige publicaties.

Deelnemers overleg Concept Werkwijzer en onderzoeksinstituut/ kenniscentrum AKB

- dr. ir. P.M. Bongers, TNO Arbeid
- dr. J.I. Kuiper, Nederlands Kenniscentrum AKB
- drs. H.S. Miedema, Nederlands Kenniscentrum AKB

De Werkwijzer 'Lage Rugklachten en arbeidsomstandigheden' is bedoeld ter ondersteuning van arboprofessionals bij de reïntegratie en begeleiding van werknemers met lage rugklachten. Primaire preventie is daarom niet opgenomen in deze Werkwijzer. Dit is naast reïntegratiebegeleiding wel de belangrijkste doelstelling van Arbozorg, echter niet de primaire doelstelling van STECR.





Uitgangspunten

De Werkwijzer gaat uit van een multidisciplinaire benadering van werknemers met lage rugklachten binnen de praktijk van de arbodienst. De Werkwijzer beoogt dan ook aan de diverse disciplines handvatten te bieden voor een optimale aanpak. De bedoeling is om tot een zo goed mogelijke kwaliteit en opbrengst van de begeleiding van werknemers met lage rugklachten te komen.

Lage rugklachten vormen een belangrijke oorzaak voor arbeidsongeschiktheid: 180.000 ziekmeldingen per jaar, waarvan meer dan veertig procent langer dan zes weken (met een instroom in de WAO (1999) van 1.800). Langdurig verzuim en eventueel instroom in de WAO op basis van rugklachten moet, en kan, in veel gevallen worden voorkomen. Interventies als rugtraining en rugscholing zijn hiertoe een mogelijkheid. Weliswaar bestaat er geen literatuur over langdurige positieve resultaten van dergelijke interventies, maar een aantal pilots geven goede hoop en rechtvaardigen de inzet hiervan. Voor de multidisciplinaire aanpak bestaat het bewijs van effectiviteit wel. Kosten en baten van diverse interventies dienen te worden afgewogen. Per situatie moet de meest werkzame en kosteneffectieve interventie worden gekozen. Daarbij gelden voor de werknemer voorwaarden van veiligheid, van de mogelijkheid van aanpassing aan de persoonlijke situatie en van de eigenschappen en beschikbaarheid van de interventie. De interventie dient op aanvaardbare reistijd van de woonplaats of arbeidsplaats plaats te vinden. Ook de toegangstijd is van belang; met de interventie moet op korte termijn begonnen kunnen worden, zodat een wachttijd de schade niet vergroot.

Op het gebied van begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers legt de overheid wet- en regelgeving op. De recente invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (april 2002) is hier een voorbeeld van. Het is van belang dat de professional binnen de arbodienst zijn handelen inzichtelijk kan maken. Het UWV toetst of dit handelen voldoet aan een aantal criteria. Inhoudelijk wordt nagegaan of er gewerkt is volgens de geldende richtlijnen. Vanuit dit oogpunt is het van belang dat de verschillende disciplines, en daarmee de aanpak volgens de richtlijnen van ieder van die disciplines, via een algemene Werkwijzer op één lijn worden gebracht.

In de loop van de tijd veranderen wetenschappelijke inzichten, ook die op het gebied van lage rugklachten. Deze ontwikkeling heeft zijn weerslag op het praktische werk van de arboprofessional en vormt de grondslag voor de ontwikkelde





Vervolg uitgangspunten

disciplinegebonden richtlijnen. De in de Werkwijzer beschreven aanpak is vooral functioneel gericht en gebaseerd op dezelfde recente wetenschappelijke kennis als waarop de richtlijnen gebaseerd zijn.

De voor de arbodienst relevante richtlijnen geven aanbevelingen voor diagnostiek, interventies, evaluatie en de attitude van de begeleiders. De bedrijfsarts stelt op grond van eigen anamnese en lichamelijk onderzoek, of op grond van de gegevens van andere artsen, de diagnose aspecifieke rugpijn, lumbosacraal radiculair syndroom of specifieke rugpijn. Bij werknemers met specifieke lage rugklachten ligt met name in de beginfase de nadruk op adequate diagnostiek en behandeling in de curatieve sector. Bij de meerderheid van patiënten met rugpijn is men echter niet in staat een concrete oorzaak voor de klachten aan te wijzen. De rugklachten worden dan benoemd als aspecifiek. De Werkwijzer richt zich op werknemers die tot de laatste groep behoren.

De interventies bij aspecifieke rugklachten spitsen zich toe op een normalisering van het niveau van activiteiten van de werknemer. Het terugleiden naar werk noodzaakt ertoe om de klachten en beperkingen te beoordelen en aan te pakken vanuit hun relatie tot de werkomgeving. Daarbij kan zo nodig een tijdelijke werkaanpassing in uren of taken plaatsvinden. De werkgever of leidinggevende dient van het begin af aan bij de reïntegratie te worden betrokken. Daarnaast is een geruststellende, op functieherstel gerichte attitude van de begeleiders mede bepalend voor een goed resultaat van een interventie. Dit uit zich onder meer in de vorm en toonzetting van de uitleg over de aandoening en het behandelplan aan de werknemer.

Het uiteindelijke doel van de interventie bij en de begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers is het voorkomen van een chronisch karakter van de klachten (en daaruit voortkomende beperkingen) en WAO-instroom.



Synopsis

Samenvatting

De opdracht voor deze Werkwijzer is dat hij geldig moet zijn voor de grootste groep rugklachten: specifieke rugklachten met dreigend langdurig verzuim. Daarnaast moet de Werkwijzer voldoen aan:

- de eisen die de wet stelt;
- de stand van de wetenschap;
- de adviezen uit de beroepsrichtlijnen;
- een praktische uitvoerbaarheid van de aanbevolen werkwijzen.

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe al deze elementen gebundeld zijn tot een consistente aanbeveling van vroegtijdige signalering tot een zo succesvol mogelijke reïntegratie. Verder is een korte overweging opgenomen over de noodzakelijke instelling/attitude van de professionals die zich bezighouden met reïntegratie van werknemers met rugproblematiek. Tot slot zijn een eenvoudig routingmodel en een beslisboom opgenomen.

Toelichting

De grootste groep – tachtig tot negentig procent – van de rugklachten waar arbodiensten mee worden geconfronteerd bestaat uit specifieke rugklachten en rugklachten als gevolg van een licht lumbosacraal radiculair syndroom. Volgens de meest recente inzichten vereisen beide een aanpak als specifieke rugklacht. De Werkwijzer is gericht op deze doelgroepen.

Wet

De Wet Verbetering Poortwachter bepaalt dat bij zes weken verzuim de probleem-analyse moet plaatsvinden en het advies aan de werkgever en de werknemer moet worden geformuleerd. Vervolgens wordt aangegeven dat het volgen van de beroepsrichtlijnen een belangrijk toetsingcriterium is bij het toetsen van de gegeven adviezen in het reïntegratieplan door het UWV.

Wetenschap en richtlijnen

Alle relevante richtlijnen zijn op de actuele stand van de wetenschap gebaseerd. De aanbevelingen over te volgen interventies bij specifieke klachten komen overeen en vormen de grondslag voor de door arbodiensten te volgen werkwijze. Globaal komt dit neer op een functionele, zonodig gedragsmatige, gerichte aanpak. De NVAB-richtlijn 'Lage rugklachten' raadt aan om de bedrijfsarts bij uiterlijk vier weken verzuim het eerste contact te laten hebben met de werknemer.

Vervolg synopsis

mer. De tijdgebonden eisen van wet en de tijdgebonden adviezen uit de richtlijn vallen in elkaars verlengde.

Gecombineerde eis

De gecombineerde eis van vroege signalering én van praktische uitvoerbaarheid vergt ondersteuning bij de signalering. Veel arbodiensten zullen aan de eisen van de gewenste vroege signalering en probleemanalyse voldoen door deskundigen die geen arts zijn, maar een andere adequate (interne) opleiding hebben gehad, een preselectie te laten maken wie in eerste instantie wel en wie niet naar de bedrijfsarts wordt doorgestuurd.

Deze deskundigen zullen onder meer aan de hand van eenvoudige beslisboom-instrumenten hun keuze bepalen. De in de Werkwijzer aanbevolen screening op basis van ‘rode vlaggen’ (mogelijke specifieke klachten) en ‘gele vlaggen’ (mogelijke complicerende psychische factoren) kan daartoe deels door deze andere deskundigen worden uitgevoerd en sluit daarmee praktisch aan bij WVP-signaleringsmethoden die de verschillende arbodiensten in het leven hebben geroepen.

Praktische uitvoerbaarheid

De praktische uitvoerbaarheid wordt vergoed door het aanbieden van een tabel met praktijkgerichte interventies. Om concrete advisering te ondersteunen bevat de tabel een serie interventies zoals die door diverse uitvoerders worden aangeboden. In de tabel vormt de ernst van het functionele probleem het uitgangspunt voor het soort en de zwaarte van de interventie die kan worden aangewend.

Resultaat

Het begeleiden van werknemers via een functionele, gedragsmatige aanpak vereist van alle betrokken disciplines een speciale attitude om tot optimale reïntegratieresultaten te komen. Zowel de inhoud van een interventie als de houding en attitude van de begeleiders is bepalend voor het resultaat. Aan het slot van dit hoofdstuk staat een overweging over de attitude van de begeleider van de rugpatiënt.

4.1 Wetenschap, richtlijnen en wetgeving**4.1.1 Stand van de wetenschap, basis voor beroepsrichtlijnen**

De Werkwijzer ‘Lage Rugklachten en arbeidsomstandigheden’ baseert zich evenals de recente beroepsrichtlijnen op de ‘stand van de wetenschap’. Relevante

Vervolg synopsis

richtlijnen bij specifieke lage rugklachten zijn richtlijnen van:

- de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB);
- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO).

Verhouding NVAB-richtlijn tot andere richtlijnen

De bedrijfsarts is beroepsmatig aan de NVAB-richtlijn 'Lage rugklachten' gebonden. Bij toetsing van de reïntegratieadviezen door het UWV wordt onder meer gekeken of de betreffende beroepsrichtlijnen zijn gevolgd. Daarmee is de NVAB-richtlijn sterk bepalend voor de aanbevolen aanpak in de Werkwijzer 'Lage Rugklachten en arbeidsomstandigheden'. Het advies moet bovendien niet strijdig zijn met de NHG-standaard en met de richtlijnen van andere disciplines die bij de reïntegratie betrokken zullen zijn.

Bij het opstellen van de Werkwijzer zijn daarom de hierboven genoemde richtlijnen ter vergelijking naast elkaar gelegd om te beoordelen of tot een optimale werkwijze kan worden gekomen die door alle richtlijnen wordt ondersteund.

4.1.2 NVAB-richtlijn verwijst naar CBO-richtlijn

Begin 2002 verscheen de conceptrichtlijn bij specifieke lage rugklachten van het CBO. Deze beschrijft de consensus van alle voor diagnose en behandeling bij lage rugklachten van belang zijnde medische en paramedische beroepsorganisaties, inclusief de NVAB.

De NVAB-richtlijn adviseert de bedrijfsarts om vast te stellen of de adequaatheid van een ingezette behandeling conform de NHG-standaard of CBO-consensusrichtlijnen is, en onderschrijft daarmee impliciet de daarin gehanteerde visies. Bij een vergelijking van de adviezen voor de aanpak van specifieke lage rugklachten zijn geen wezenlijke verschillen gevonden. Overeenstemming tussen de lijn die de bedrijfsarts (NVAB) volgt en de lijn die de overige relevante disciplines (NHG, CBO) volgen, is hiermee gezekerd.

4.1.3 Wetgeving

De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor het geven van advies aan de werkgever én de werknemer bij zes weken verzuim (Wet Verbetering Poortwachter, april 2002).

De Wet Verbetering Poortwachter gebiedt de werkgever om bij dreigend langdurig verzuim een plan van aanpak op te stellen. Bij uiterlijk zes weken verzuim moet de bedrijfsarts een advies uitbrengen. De bedrijfsarts, eventueel ondersteund door andere deskundigen, analyseert daartoe vóór de zes weken verzuim verstreken zijn het probleem en adviseert de werkgever en de werknemer over de te

Vervolg synopsis

volgen aanpak. Dat advies geeft aan wat nodig is om de betrokken werknemer zo spoedig mogelijk, veilig en met zo min mogelijk kans op recidief, weer terug aan het werk te krijgen. Werknemers bij wie het tot een WAO-aanvraag komt, voegen bij die aanvraag een reïntegratieverslag bij. De probleemanalyse is een onderdeel van het verslag. Het UWV toetst vervolgens of alle partijen zich voldoende hebben ingespannen.

De toetsing van het doorlopen traject bij een mogelijke WAO-aanvraag vindt onder meer plaats door uit het reïntegratieverslag af te leiden of de beroepsrichtlijnen zijn gevolgd.

4.1.4 Conclusie uit de gecombineerde aanbevelingen uit richtlijnen en wetgeving: één Werkwijzer is mogelijk

De eisen die op basis van de stand van de wetenschap (geconcretiseerd in richtlijnen) gesteld moeten worden aan de probleemanalyse, advies, interventie en evaluatie, en de eisen die de wet aan de procesgang hieromtrent stelt, sluiten elkaar niet uit; ze ondersteunen elkaar zelfs.

Uit de adviezen van de NVAB- en de CBO-richtlijnen en in lijn met de wetgeving kan voor arbodiensten één Werkwijzer inzake specifieke lage rugklachten worden geformuleerd.

4.2 Inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking

Bij het vergelijken van de richtlijnen van het NHG, het KNGF, de NVAB en de onlangs gepubliceerde interdisciplinaire conceptrichtlijn 'Aspecifieke lage rugklachten' van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) is gezocht naar gemeenschappelijke elementen die een praktisch toepasbare procesbeschrijving kunnen opleveren.

De gemeenschappelijke aspecten van de richtlijnen werden op volgende gebieden beoordeeld:

- probleeminventarisatie, relatie met het werk;
- interventiebehandeling;
- evaluatie.

4.2.1 Probleeminventarisatie

De NHG- en NVAB-richtlijnen geven in de anamnese beide aan hoe specificiteit kan worden uitgesloten. Het lichamelijk onderzoek behelst eenvoudige functionele beperkingen, reflexen, worteltrekproef van Lasègue, motoriekbeoordeling, sensibiliteit en (bij NVAB) zonodig heup- of knieonderzoek. De NVAB-richtlijn

Vervolg synopsis

benoemt ook aspecten als inadequaat ziektegedrag, het effect van behandeling, de beleving van de beperkingen, de werksituatie en de arbeidsgeschiktheid. De KNGF-richtlijn (fysiotherapeuten) is sterk gericht op functie- en participatievermogen en beveelt een directe terugkoppeling naar de verwijzer aan bij een vermoeden van specifieke stoornissen.

Rode vlaggen; signaal voor specifieke aandoeningen

De in de NVAB-richtlijn omschreven elementen voor vaststelling van specificiteit of de noodzaak tot een nadere diagnose hiertoe, worden in de CBO-conceptrichtlijn geïdentificeerd door de 'rode vlaggen' uit de 'European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Backpain'. Rode vlaggen worden daarbij gedefinieerd als risicofactoren in de voorgeschiedenis van patiënten met lage rugpijn. Ze zijn geassocieerd met een grotere kans op de aanwezigheid van een lichamelijke afwijking, die de lage rugpijn verklaart in vergelijking met de voorgeschiedenis van patiënten zonder deze risicofactoren.

Rode vlaggen zijn:

- debuteert rugklachten optredend voor het twintigste of na het vijfenvijftigste jaar;
- trauma;
- constante progressieve rugpijn;
- maligne aandoening in de voorgeschiedenis;
- langdurig gebruik van corticosteroiden;
- drugsgebruik, immunosuppressie, HIV;
- (regelmatig) algemene malaise;
- onverklaard gewichtsverlies;
- neurologische uitval (motorische uitval, sensibiliteitsstoornissen en/of mictieklachten);
- lumbale kyfose;
- koorts.

Deze rode vlaggen zijn te vinden via anamnese en lichamelijk onderzoek. Anamnese:

- Uitstralende pijn in een been tot voorbij de knie?
- De pijn in het been staat op de voorgrond?
- Klachten van spierzwakte of verlamming in het been, bekken of heupen en/of gevoelsverlies en/of mictiestoornissen?
- Maligneaandoening of trauma in de voorgeschiedenis?
- Gewichtsverlies en/of algemene malaise?
- Medicijngebruik toetsen.

Vervolg synopsis

Lichamelijk onderzoek:

- Positieve worteltrekproef (Lasègue, Bragard), omgekeerde en gekruiste Lasègue?
- Neurologische uitval (motoriek, sensibiteit en/of mictie) in bekken, heup en onderste extremiteit?
- Drukpijn ter plaatse van een geïsoleerde processus spinosus met asdrukpijn van de wervelkolom?
- Palpabel trapje in verloop van processus spinosi (mogelijk een spondylolisthesis?)
- Lumbale kyfose?

Vermeldenswaardig is de CBO-beschrijving over de slechts aan patiënten met ‘rode vlaggen’ voor te behouden beeldvormende diagnostiek. (‘Want: röntgenonderzoek combineert meer tevredenheid aan meer klachten’)

Gele vlaggen; signaal voor psychosociale factoren

Zowel de NVAB-richtlijn als de CBO-conceptrichtlijn besteden veel aandacht aan psychosociale problemen, aan pijn- en vermijdingsgedrag, aan bewegingsangst, aan inadequaat ziektegedrag. De NVAB benoemt in het kader van risicosignalen voor dreigende chroniciteit de tekenen van inadequaat ziektegedrag van Waddell. De CBO-conceptrichtlijn beschrijft dezelfde aspecten aan de hand van de ‘gele vlaggen’ van Waddell, die dienen als waarschuwingssignalen.

Gele vlaggen van Waddell: tekenen van inadequaat pijngedrag.

Aard van de klacht:

- veelvuldige behandelingen met ongewenste neveneffecten;
- pijnmedicatie zonder effect op de klachten;
- patiënt ervaart in toenemende mate functionele klachten;
- niet alleen rugklachten, maar allerlei lichamelijke klachten;
- afnemend psychisch en emotioneel welbevinden;
- toenemend sociaal isolement;
- verlies van vertrouwen in, en zelfs conflicten met hulpverleners en/of met mensen in de eigen werkomgeving.

Emotionele reactie:

- de patiënt benoemt zijn klachten in superlatieven;
- de patiënt heeft angst voor pijn en letsel en gaat daardoor minder bewegen;

Vervolg synopsis

- een toenemend gevoel van hulpeloosheid, machteloosheid en/of depressiviteit;
- een afnemend gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen;
- een afnemend vermogen om bekrachtigers van gezond gedrag te ontlenen aan dagelijks activiteiten.

Cognitie en attributie:

- een voortdurende fixatie op een mogelijk ernstige lichamelijke afwijking als verklaring van de klachten;
- het steeds weer vragen om meer en specialistisch onderzoeken;
- cognities als 'ik kan niets' en 'ik kan er niets aan doen'.

Aanpassing van het gedrag:

- overmatig medicijngebruik;
- shopping-gedrag;
- toenemende conflicten met omgeving, behandelaars, werkgever etc.;
- afnemende sociale participatie;
- langdurig ziekteverzuim c.q. WAO;
- inadequaat pijngedrag.

Lichamelijk onderzoek:

- oppervlakkige, niet-anatomische pijn;
- aangeven van pijn wanneer belasting wordt gesimuleerd;
- klachten van motorische/sensibele uitval niet overeenkomend met anatomische grenzen;
- abnormale symptomen bij afleiding van de patiënt;
- overreactie.

4.2.2 Relatie met het werk, het deskundig oordeel

Uit allerlei wetenschappelijk onderzoek en publicaties zijn de volgende fysieke werkgerelateerde factoren algemeen aanvaard en bewezen: het tillen en dragen van zware gewichten, het repeterend tillen en dragen van lichtere gewichten, 'whole body vibration', frequent buigen en draaien. De meeste van deze factoren zijn niet gekwantificeerd naar de duur van de blootstelling. Er zijn wel kwantitatieve leidraden ontwikkeld ten aanzien van fysieke belasting (biomechanisch, fysiologisch, psychofysisch). Het gaat hierbij om bijvoorbeeld NIOSH-normen. Deze zijn veelal gebaseerd op kortdurend onderzoek en niet op langdurig onderzoek naar de effecten van fysieke belasting.

De risicofactor statische belasting is nauwelijks onderzocht. In een aantal artike-



Vervolg synopsis

len wordt langdurig staan in dezelfde houding (> twee uur) of langdurig zitten in een lastige houding (tandartsen en kraanmachinisten) als een risicofactor voor het ontstaan van lage rugklachten genoemd. Bij kraanmachinisten kan de factor 'whole body vibration', in combinatie met langdurig zitten in een lastige houding, versterkend werken. Met name een moeilijke, lastige statische werkhouding wordt in de literatuur als risicofactor genoemd. De onderzoekers noemen het vaak wisselen van werkhouding dan ook als oplossing voor deze belastende statische werkhouding.

Werkplekonderzoek

Op de werkplek kunnen de context en de aard van de belemmeringen naar waarde worden ingeschat. De werkplekdeskundige (bijvoorbeeld een arbodeskundige, bedrijfsfysiotherapeut of ergonoom) beoordeelt naast de fysiek belastende factoren en de ergonomische inrichting ook de organisatie van het werk, de invloed die collega's en leidinggevende hebben op de wijze van werkuitvoering en zaken, zoals bijvoorbeeld lichaamstaal bij het uitvoeren van taken.

Zowel bij het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten van het Bewegingsapparaat (AKB) als bij TNO Arbeid wordt onderzoek gedaan om te komen tot heldere criteria waarmee de invloed van werkbelasting kan worden vastgesteld. Deze zullen in de toekomst de waarde van werkplekonderzoek verder doen toenemen.

Psychosociale factoren in het werk

In verschillende onderzoeken worden ontevredenheid over het werk, weinig regelmatigheid in het werk, een lagere sociale status en een te laag ervaren inkomen ook als risicofactoren genoemd voor het ontstaan of recidiveren van lage rugklachten. Bij werkplekbezoek kan ook over deze factoren aanvullende informatie worden verkregen.

De gegevens uit het werkplekbezoek vormen zo, samen met de onderzoeksgegevens van de bedrijfsarts, vaak een onmisbare basis voor een gedegen probleemanalyse en een doeltreffend, praktisch advies over een eventuele interventie, training of behandeling. Naar verwachting komen enkele Nederlandse onderzoeksinstituten het komend jaar met nadere aanbevelingen over het beoordelen van de relatie tussen rugklachten en de werkplek.

[In de bijlage](#) treft u een voorbeeld aan van een beknopte checklist voor werkplekonderzoek. Hiermee kan de geroutineerde werkplekdeskundige alle genoemde factoren beoordelen en vastleggen.



Vervolg synopsis

4.2.3 Welke interventies kunnen op basis van de wetenschap worden aanbevolen?

Bij vastgestelde aspecificiteit is de wetenschap duidelijk over het te volgen beleid. Zij beveelt functioneel stimulerende en gedragsmatig gerichte interventies aan. Hierbij worden de pijn- en klachtbeleving door training en cognitieverandering beïnvloed in plaats van door directe curatie van niet specifiek vast te stellen/vastgestelde pathologie. Vrijwel altijd zijn bij deze aanpak meerdere disciplines betrokken.

Een dergelijke functionele aanpak is dan ook de grootste gemene deler in het advies over het te voeren beleid in de verschillende bestaande richtlijnen.

Samengevat geven de aanbevelingen in de richtlijnen een combinatie van:

- een geruststellende uitleg;
- géén bedrust (of kort; NHG: ‘als het echt niet anders gaat maximaal twee dagen’);
- een directe hervatting van de opbouw van activiteiten;
- zonodig ondersteund door training, vooral bij bewegingsangst (‘graded activity’, gedragsgeoriënteerde training, werkgerichte training, tijdcontingente opbouw);
- aandacht voor mogelijke achterliggende psychosociale problemen;
- aandacht voor externe pijnprovocerende factoren (ook: werkgerelateerd; werkplek- en organisatie).

Bij specifieke, lichte, radicaire klachten geldt dat hetzelfde regime gevolgd kan worden; dit valt te af te leiden uit de omschrijvingen in de verschillende richtlijnen.

Overige interventies:

- Medicamenteus: terughoudend toepassen, eventueel eenvoudige pijnstillers over een beperkte tijdperiode als ondersteuning bij activiteitenopbouw. Géén injecties.
- Paramedische begeleiding: géén therapievormen als massage, tractie, EMG-myofeedback en andere fysische modaliteiten. Manipulatie heeft slechts op de korte termijn enig effect, de voordelen hiervan moeten daarom zorgvuldig tegen de nadelen (mogelijke medicalisering en behandelingsafhankelijkheid) worden afgewogen.

Vervolg synopsis

BEGRIPPENKADER: TRAINING, COACHING OF CURATIE

Training en coaching

Opvallend in veel richtlijnen is de voorkeur voor interventies waarbij de betrokkene door begeleide training en coaching, zelf tot hervatting van de activiteiten komt. Recente literatuur geeft daarbij aan dat gedragsmatig georiënteerde training waarbij de werksituatie gesimuleerd wordt (exposure of blootstelling), de voorkeur heeft. Coaching maakt deel uit van een dergelijke begeleiding. Hierbij leert de cliënt door middel van gesprekken, voorbeelden en uitwisseling van praktijkervaring, de effecten en voordelen van training ontdekken en ervaart hij persoonlijke steun bij het opdoen van die trainings-, bewegings- en gedragservaringen.

Directe curatie (niet bij specifieke klachten)

Curatie betekent letterlijk ‘genezing’. Het toepassen van directe curatie bij specifieke klachten is niet mogelijk, er is immers (volgens de ‘vlaggenmethode’) géén gedefinieerde structuur waaraan de klacht kan worden toegeschreven. Op welk doel moeten de curatieve handelingen dan worden gericht? Toch worden curatief gerichte behandelingen bij specifieke klachten uitgevoerd! Men past bijvoorbeeld fysische modaliteiten toe (bijvoorbeeld stroomvormen) of een behandeling in de vorm van manipulaties. Het noodzakelijk gevolg van het curatief benaderen is dat men aan de patiënt, tegenstrijdig aan de aspecificiteit, een verklaringsmodel moet geven dat is gebaseerd op het wél bestaan van specifieke pathologie of anomalie, namelijk die waarop men de behandeling richt. Er vindt dan onterecht medicalisering plaats. Bovendien leidt zo’n benadering mogelijk tot therapieafhankelijkheid. De genoemde vormen van behandeling zijn op den duur – wetenschappelijk gezien – effectloos bij specifieke klachten. Het positieve kortetermijneffect dat bij manipulatie wordt beschreven is van korte duur en moet daarom zorgvuldig worden afgewogen tegen de ongewenstheid van mogelijke medicalisering en therapieafhankelijkheid op de langere termijn.

‘Indirecte’ curatie

De term curatie wordt ook wel gebruikt door (para)medici als zij elders gelegen oorzaken voor rugklachten behandelen zoals mobiliteitsgebrek, problemen met de reactiesnelheid, de coördinatie, het bewegingsgevoel en/of de proprioceptie. Het opheffen of verminderen van deze oorzaken moet de rugklachten doen verdwijnen.

Oók hier is geen sprake van specifieke pathologie. De behandeling betreft trainingsvormen die betere randvoorwaarden helpen scheppen waardoor rug-



Vervolg synopsis

klachten kunnen verdwijnen. Het is de patiënt zelf die de activiteiten uitvoert, onder precies vastgestelde trainingscondities. Doordat de verbale beschrijving niet specifiek pathologisch is en de ‘behandeling’ zelfstandig uit te voeren trainingsactiviteiten betreft, spelen de nadelen medicalisering en therapieafhankelijkheid niet of nauwelijks een rol. Voor een dergelijke aanpak vindt wetenschappelijk onderzoek plaats en zijn positieve effecten aangetoond. Deze aanpak is nog niet in de huidige richtlijnen opgenomen maar verdient, naast de besproken gedragsmatige training en coaching, aandacht als mogelijk alternatief. Volgens nog te ontwikkelen criteria kunnen patiënten worden geselecteerd voor óf gedragsmatig gerichte training óf meer coördinatief gerichte training.

4.2.4 Evaluatie

Bij alle richtlijnen geldt dat er wordt besloten tot nader onderzoek naar de specificiteit van de klacht, de achterliggende psychische oorzaken en/of externe oorzaken als de voorgestelde interventievormen géén of te weinig resultaat geven. Evaluatiemomenten zijn ingebouwd tijdens de interventies en na afloop. In het kader van de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter gelden evaluatietermijnen van ten hoogste zes weken voor opeenvolgende evaluaties.

4.2.5 Definitieve conclusie richtlijnenvergelijking; inhoudelijk is een consistente Werkwijzer mogelijk die voldoet aan alle richtlijnen

Het in elkaar schuiven van de adviezen uit de verschillende richtlijnen is mogelijk zonder de intentie van die richtlijnen geweld aan te doen. Er kan op deze wijze een consistent arboproces – dat achtereenvolgens de probleemanalyse, het advies aan werkgever en werknemer en de interventie doorloopt – worden vastgesteld voor de aanpak van specifieke lage rugklachten. Afhankelijk van de organisatie per arbodienst zijn soms nadere afspraken over de gebiedsafbakening per procesonderdeel per discipline noodzakelijk, omdat hierin de richtlijnen niet altijd even duidelijk zijn. Om de Werkwijzer daadwerkelijk in de praktijk uitvoerbaar te maken, dient iedere arbodienst de inhoud in eigen standaardprocedures te verwerken.



4.3 Intakecriteria en interventies

4.3.1 Dreigend langverzuim of niet?

Rugklachten komen spontaan, vaak sluipend, zonder herkenbare oorzaak. Of het begint met een bekende aanleiding die beschreven wordt als ‘het door de rug gaan’ bij tillen, bepaalde houdingen of bewegingen. Als na een, meestal berustend aanvaarde, eerste periode van één à twee weken (‘het zal wel gauw weer overgaan’) de verwachte verbetering niet inzet, of als de klachten vaak recidiveren, beginnen de (dreigend) langdurige verzuimers zich binnen de groep specifieke rugpatiënten te onderscheiden.

Pijngedrag

De grootste groep (dreigend) langverzuimers, de doelgroep voor deze Werkwijzer, heeft volgens de wetenschap vaak aanleg voor het ontwikkelen van pijngedrag op basis van angst voor meer schade aan de rug bij voortdurende belasting. Het is de groep die eraan twijfelt ‘of het ooit nog wel weer goed zal komen’. Het is duidelijk dat deze angst met het voortschrijden van de tijd snel toeneemt. Conditionering naar pijngedrag begint als de pijn maar even langer duurt dan was verwacht.

Coördinatie en proprioceptie

Naast deze grote doelgroep is er in de internationale literatuur aandacht voor een groep patiënten bij wie factoren als reactiesnelheid, coördinatie, bewegingsgevoel en proprioceptie een rol spelen bij het krijgen c.q. houden van rugklachten. Deze symptomen of eigenschappen zouden als aparte criteria onderscheiden kunnen worden.

4.3.2 De aanpak bij beginnende klachten

Bij nog slechts kort bestaande onrust kan de mentale conditionering naar pijngedrag met eenvoudige middelen worden aangepakt. Een éénmalige geruststellende uitleg van de bedrijfsarts, zonodig gekoppeld aan instructie en uitleg op de werkplek (door de werkplekdeskundige met voldoende inzicht in de betreffende rugproblematiek), is voor de cliënt meestal voldoende om de angst weg te nemen en weer voort te durven.

De uitleg op de werkplek gaat over hoe men het beste met klachtenprovocerende houdingen en bewegingen kan omgaan, tegen de achtergrond van de werkplekinrichting en de overige omstandigheden. Er wordt een omkering in denken tot stand gebracht (oplossingsgericht denken in plaats van probleembevestigend) en er worden aanwijzingen over zelf uit voeren initiatieven of interventies gegeven die direct leiden tot meer durf om actief te blijven.

Vervolg synopsis

Aanpak bij voortschrijdende klachten; het cruciale tijdperk tussen drie weken en drie maanden verzuim

Als de eenvoudige interventie niet in de eerste zes weken plaatsvindt, neemt bij de doelgroep de onzekerheid in snel tempo toe en moet een eventuele interventie met meer intensiteit worden aangewend om het tijt nog te keren. Iedere week dat de klachten langer duren zal voor deze patiënt de angst toenemen. Hiervoor werd beschreven hoe bij beginnende klachten een eenvoudige interventie voldoende kan zijn (zo mogelijk preventief, vóór verzuim optreedt). Bekend is ook dat al na drie maanden verzuim bij de doelgroep in de meeste gevallen een intensieve multidisciplinaire aanpak nodig is om, als het dan nog lukt, de betrokkenen naar hun werk te laten terugkeren.

Hieruit wordt het volgende duidelijk:

1. Het verwijsmoment voor reïntegratie moet zo ver mogelijk vóór drie maanden verzuim liggen.
2. De zwaarte van de noodzakelijke interventie neemt per week toe en beweegt zich tussen het éénmalig advies op de werkplek en de intensieve multidisciplinaire aanpak, als laatste redmiddel vóór de WAO-keuring. (Voor deze laatste zware vorm van interventie gelden strenge intakecriteria, zij zijn daardoor niet meer toegankelijk voor allen. Voor de niet-geselecteerden dreigt een vrije val richting de WAO!)



Het zo vroeg mogelijk (binnen de eerste drie maanden van het verzuim) opvangen van de groep specifieke rugklachten met dreigend langdurig verzuim, met de relatief eenvoudige interventies gericht op de werksituatie, is hiermee de meest eenvoudige en belangrijkste aanwijzing in de Werkwijzer.

4.3.3 Interventievormen (tabel) voor toepassing in eerste drie maanden

Deze Werkwijzer moet praktisch toepasbaar zijn. Daarom volgt hierna een beschrijving van interventievormen die vrijwel overal toegankelijk zijn. Zij worden door verschillende 'leveranciers' onder eigen namen op 'de markt' gebracht. De kortere interventies worden soms door eigen deskundigen van arbodiensten uitgevoerd. In overleg met de 'eigen' reïntegratiebemiddelaar kan de bedrijfsarts de betrokken deskundigen lokaliseren en zondig in zijn advies vermelden.

Vervolg synopsis

Belangrijk voor het lezen van de tabellen

In onderstaande tabellen treft u een indeling aan van functionele stoornissen en pijngedrag bij specifieke rugklachten (de diagnose specifiek is al gesteld). Deze zijn in vijf, in ernst toenemende, categorieën ingedeeld die als volgt worden omschreven:

1. Géén functiestoornis: er zijn wel klachten, maar het werk kan nog zonder belemmeringen worden uitgevoerd.
2. Enige functiestoornis: er kan nog werk worden uitgevoerd, sommige handelingen/houdingen geven echter klachten en gaan daardoor moeilijk of kunnen niet meer worden uitgevoerd.
3. Enige functiestoornis en beginnend pijngedrag en angst: als bij punt 2, maar de werknemer uit angst (in woord en/of gedrag) bij het bespreken en/of uitvoeren van bepaalde bewegingen.
4. Ernstige functiestoornis, pijngedrag en angst: veel van het werk kan door de klachten niet meer worden uitgevoerd zodat werken niet mogelijk is, in woord en beweging uit de werknemer angst hierover.
5. Complete functiestoornis voor eigen werk, ernstig pijngedrag en angst: pijngedrag en de bewegingsangst als bij punt 4, 'het geloof het niet meer te kunnen' overheerst het beeld.
6. Diverse, interventie op maat.

- Aan iedere categorie is de meest voor de hand liggende interventievorm gekoppeld.
- Voor het vaststellen van het definitieve interventieadvies geven de tabellen een indicatie. De bedrijfsarts moet aan de hand van de duur van de klachten, de duur van het verzuim, kenmerken van de werkplek, de huis- en vrijetijdssituatie en allerlei persoonlijke elementen die een rol spelen bij de definitieve interventie, vormgeven.
- Tijdpad: in de tabellen wordt uitgegaan van de situatie vóór of bij beginnend verzuim (eerste zes weken). Naarmate de tijd verstrijkt zullen zich in het algemeen nog slechts de situaties 4, 5 en eventueel 6 voordoen. Met andere woorden, het ernstcriterium is evenredig aan het tijdcriterium; de ernst neemt toe naarmate de tijd verstrijkt.
- De effecten van al deze elementen laten zich niet eenvoudig optellen. Er wordt een beroep gedaan op het inschattings- en inlevingsvermogen van de bedrijfsarts en de andere betrokken deskundigen om uit deze veelheid van gegevens de juiste probleemanalyse samen te stellen.
- De toegevoegde waarde van vragenlijsten en functionele capaciteitsmetingen is twijfelachtig in dit vroege stadium. De validiteit en voorspellende waarde is niet zeker. De mogelijkheid van ongewenste medicaliserende effecten is aanwezig.

Vervolg synopsis

- Functionele capaciteitsmetingen, vragenlijsten en pijnscoreingsmethoden worden wel belangrijk als bij een eventuele interventie de vooruitgang stagneert en er met aanvullende middelen naar oplossingen gezocht moet worden.
- In de tabel is als zesde mogelijkheid de interventie op maat opgenomen. Bijvoorbeeld als er aanwijzingen zijn dat het pijngedrag niet op de voorgrond staat, maar als de in [paragraaf 4.3.1](#) genoemde factoren (reactiesnelheid, coördinatie, bewegingsgevoel, proprioceptie) een rol spelen bij het krijgen c.q. houden van rugklachten.
- Communicatie met de huisarts (en eventueel al ingeschakelde paramedische behandelaars) moet altijd plaatsvinden als de voorgestelde interventie interfereert of zou kunnen interfereren met een gevoerd beleid. Er moet voorkomen worden dat de klant met verschillende meningen over zijn aandoening en de aanpak daarvan, geconfronteerd wordt.
- Participatie: in de tabellen wordt de opmerking ‘participatief’ gebruikt. Daar wordt het belang aangegeven van het gezamenlijk met de werknemer én (vanaf 2) de leidinggevende formuleren van werkaanpassingsadviezen. Aanpassingen op kleinere schaal kunnen vaak direct onder verantwoordelijkheid van de leidinggevende worden uitgevoerd. Deze worden, als zij participatief tot stand zijn gekomen, als een zeer positieve bijdrage aan de reïntegratie ervaren. Grotere aanpassingen moeten in het totale arbozorgsysteem worden ingepast. De participatieve methode is beschreven door Loisel en is door TNO Arbeid, in samenwerking met een aantal arbodiensten, ontwikkeld en met betrekking tot het proces geëvalueerd ([Anema et al, submitted](#)).

Communicatieformulier en leidraad

TNO Arbeid heeft een communicatieformulier inclusief leidraad ontwikkeld om bij verzuim de informatie-uitwisseling tussen huisarts en bedrijfsarts te verbeteren. Een belangrijk en nieuw onderdeel is dat de patiënt een actieve rol in deze informatie-uitwisseling speelt. De patiënt draagt zelf het formulier over van de ene naar de andere arts. De hele opzet is erop gericht om de patiënt zo actief mogelijk te betrekken bij het oplossen van zijn ziekteverzuim, om het verzuim snel en adequaat aan te pakken en verval naar de WAO tegen te gaan.

De leidraad bevat criteria om te bepalen wanneer afstemming noodzakelijk is ten einde tegenstrijdige adviezen van de artsen te voorkomen. De leidraad voldoet aan de privacy-eisen van de KNMG voor uitwisseling van patiëntengegevens.

De formulieren en de leidraad zijn door TNO Arbeid in de praktijk getest in nauwe samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeid en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Deze organisaties, die primair verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de leidraad, voegen het document integraal bij hun gezamenlijke uitgave. In 2001 heeft minister Borst van VWS de Tweede Kamer laten weten de leidraad als goed richtsnoer voor beide beroepsgroepen te zien.

Vervolg synopsis

De gezamenlijke uitgave van De Huisarts en TBV, waarin de leidraad is opgenomen, is te bestellen bij de Klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum bv te Houten, tel. 030-638 37 36. Een voorbeeld van het communicatie- en antwoordformulier is on line beschikbaar. (Bron: tekst website perskamer TNO Arbeid)

	Intakecriteria	'Productomschrijving' ruginterventie	Uitvoering door	Globale doorlooptijd
1	Pijn, géén functiestoornis	<ol style="list-style-type: none"> Geruststelling Werk(plek)advies in de spreekkamer (participatief) 	Bedrijfsarts	Eénmalig contact
	<ol style="list-style-type: none"> Geruststelling door bedrijfsarts: in plaats van een voor sommige patiënten angstwekkend medisch klinkende diagnose worden de klachten verklaard als gevolg van een blessure, ontstaan door een overbelasting, verrekking of vergelijkbaar mechanisme. Het verklaringsmodel is: 'Deze klachten gaan over (vergelijk de sportblessure!) als door middel van training en activiteiten (indien nodig onder begeleiding) de kracht van de geblesseerde rug langzaam maar zeker weer wordt opgebouwd.' Werkplekadvies in de spreekkamer: de haalbaarheid van het advies op de werkplek, en hoe dat op te volgen, wordt met de betrokken werknemer besproken. 			
2	Pijn, enige functiestoornis	<ol style="list-style-type: none"> Geruststelling Werkplekadvies op de werkplek: houding, beweging, gedrag, werktechniek, eenvoudig ergonomisch advies (participatief) Overleg met leidinggevende 	Bedrijfsarts, werkplekdeskundige	Eénmalig spreekuur, éénmalig werkplekbezoek
	<ol style="list-style-type: none"> Geruststelling als bij 1 door de bedrijfsarts. Werkplekadvies op de werkplek, nu door een arbodeskundige/werkplekdeskundige. Deze geeft adviezen over tijdens het werk toe te passen houdingen, bewegingen, werktechnieken en eventueel (in overleg met de leidinggevende) te realiseren eenvoudige ergonomische verbeteringen. Het is belangrijk acht te slaan op de randvoorwaarden die het gedrag van de werknemer bepalen (zoals werkplekinrichting, opgelegde werksnelheid, zelfsturingsmogelijkheden, gedrag van collega's, werkorganisatie), zodat niet alleen een gewenst, maar ook een uitvoerbaar advies wordt gegeven. Overleg met de leidinggevende. De effecten van een zich positief opstellende leidinggevende bij terugkeer op de werkplek zijn groot en ondersteunen de verdere reïntegratie. Zodra de werkplekdeskundige de werkplek bezoekt dient de leidinggevende altijd te worden betrokken bij de reïntegratieactiviteiten. De leidinggevende kan ook direct aangeven of en in hoeverre gewenste werkplekaanpassingen in het kader van de reïntegratie mogelijk zijn. 			

Vervolg synopsis

3 Pijn, enige functiestoornis, beginnend pijngedrag en angst	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geruststelling 2. Werkplekadvis op de werkplek: houding, beweging, gedrag, werktechniek, eenvoudig ergonomisch advies (participatief) 3. Overleg met leidinggevende 4. Bewegingsgedragstraining /instructie op de werkplek 	Bedrijfsarts, werkplekdeskundige	Eénmalig spreekuur, tot zes werkplekbezoeken (+/- 2-6 weken); N.B.: bij verzuim terugkeer al tijdens de interventie nastreven
<ol style="list-style-type: none"> 1. Geruststelling als bij 1 door de bedrijfsarts. 2. Werkplekadvis op de werkplek als bij 2 door de werkplekdeskundige. 3. Overleg met de leidinggevende als bij 2. 4. Bewegings- en gedragstraining, instructie op de werkplek, waarbij in een aantal sessies de adviezen over houding, beweging en werktechniek worden geoefend en getraind. 			
4 Pijn, ernstige functiestoornis voor eigen werk pijngedrag en angst, daardoor flinke veranderingen in het dagelijks functioneren	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geruststelling 2. Werkplekadvis op de werkplek: houding, beweging, gedrag, werktechniek, eenvoudig ergonomisch advies (participatief) 3. Overleg met leidinggevende 4. Instructie op de werkplek 5. Functionele, op de werkplek gerichte fysieke, tijdcontingente gedragsgeoriënteerde training in trainingscentrum 	Bedrijfsarts, werkplekdeskundige trainer fysiotherapeut	Eénmalig spreekuur, één werkplekbezoek ter voorbereiding 12 weken fysieke training, indien nodig korte begeleiding bij terugkeer op de werkplek; N.B.: terugkeer nastreven tijdens de interventie
<ol style="list-style-type: none"> 1. Geruststelling als bij 1 door bedrijfsarts. 2. Werkplekadvis op de werkplek als bij 2 door de werkplekdeskundige. 3. Overleg leidinggevende als bij 2. 4. Bewegings- en gedragstraining, instructie op de werkplek. 5. Functionele, op de werkplek gerichte fysieke, gedragsgeoriënteerde training in trainingscentrum. Als uitgebreide training nodig is kan deze niet altijd volledig op de werkplek worden uitgevoerd. Trainingscentra bieden doelgerichte trainingen aan op basis van de geobserveerde functionele problematiek. 			

Vervolg synopsis

<p>5 Pijn, complete functiestoornis voor eigen werk ernstig pijngedrag en angst, grote veranderingen in het dagelijks functioneren</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geruststelling 2. Werkplekadvies op de werkplek: houding, beweging, gedrag, werktechniek, eenvoudig ergonomisch advies (participatief) 3. Overleg met leidinggevende 4. Instructie op de werkplek 5. Functionele, op de werkplek gerichte fysieke, gedragsgeoriënteerde training in trainingscentrum 6. Psychologische coaching 	<p>Bedrijfsarts, werkplekdeskundige, trainer, fysiotherapeut, psycholoog</p>	<p>Spreekuur-uren, werkplekbezoek fysieke training en psychische coaching van zes weken tot vele maanden, indien nodig terugkeerbegeleiding</p>
---	---	--	---

1. Geruststelling als bij 1 door de bedrijfsarts.
2. Werkplekadvies op de werkplek als bij 1 door de werkplekdeskundige.
3. Overleg met de leidinggevende als bij 2.
4. Bewegings- en gedragstraining, instructie op de werkplek.
5. Functionele, op de werkplek gerichte fysieke, gedragsgeoriënteerde training in een trainingscentrum. Als uitgebreidere training nodig is, kan deze niet altijd volledig op de werkplek worden uitgevoerd. Trainingscentra bieden doelgerichte trainingen aan op basis van de geobserveerde functionele problematiek.
6. Psychologische coaching: als het aspect bewegingsangst en/of andere psychisch bepaalde belastbaarheid-beïnvloedende problemen langere tijd bestaan of groot zijn, kan doelgerichte coaching een voorwaarde zijn om de fysieke training te doen slagen.

<p>6 Divers</p>	<p>Interventie op maat: door bedrijfsarts samen te stellen uit het toegankelijke aanbod (als bovenstaande mogelijkheden niet voldoende aansluiten bij het probleem)</p>	<p>Bedrijfsarts en andere deskundigen</p>	<p>Divers</p>
------------------------	---	---	---------------

Bijvoorbeeld: de bij [4.3.1 beschreven groep patiënten](#) – bij wie mogelijk niet de conditionering naar pijngedrag, maar factoren als reactiesnelheid, coördinatie, bewegingsgevoel, proprioceptie meer op de voorgrond treden – zouden verwezen kunnen worden naar centra voor wie deze categorie patiënten hoofddoelgroep is.

Naar inzicht van de bedrijfsarts kan, mits goed gefundeerd, iedere andere samenstelling van interventievormen een goede keuze zijn.

4.3.4 Nadere vaststelling intakecriteria mogelijk?

De in de tabel genoemde intakecriteria zijn indicatief. Zowel door het erbij betrekken van werk- en werkplekgebonden factoren als het erbij betrekken van persoonsgebonden factoren, kan een aanpassing van de interventie naar ‘lichter’ of ‘zwaarder’, of naar ‘maatwerk’ betekenen.

Ervaring in samenwerking met interne deskundigen en de in- of externe uit-



Vervolg synopsis

voerders van interventies zal ertoe bijdragen dat in goede samenspraak steeds nauwkeuriger de gewenste interventie kan worden gekozen, zoals is geadviseerd in WVP. Daar waar deze samenwerking floreert is een verschuiving merkbaar van een relatief late signalering met zware interventies en langer verzuim naar een vroegere signalering met lichtere interventies en korter verzuim of zelfs het voorkomen van verzuim. Met andere woorden, van late secundaire preventie via vroege secundaire preventie naar zo mogelijk echte primaire preventie.

Zowel de NVAB-richtlijn als de CBO-conceptrichtlijn geven aanwijzingen om het inschatten van de ernst van de klachten en daarmee de keuze voor een interventie te ondersteunen (bij NVAB de ‘Signalen van somatische fixatie’ en de ‘Ongunstige prognostische factoren rugklachten’, bij CBO onder meer de ‘Gele vlaggen’ van Waddell).

Zoals in de [inleiding](#) van dit hoofdstuk al is opgemerkt kan, afhankelijk van de ingezette professionele kwaliteit (per arbodienst verschillend), in een vroeg stadium van verzuim een aantal rode en gele vlaggen door andere deskundigen dan de bedrijfsarts worden vastgesteld. Dit ter ondersteuning van het WVP-proces.

4.4 Leidinggevende

Voor de rol van de leidinggevende is aparte aandacht nodig. Uit de praktijk weten arboprofessionals hoe moeilijk een leidinggevende kan reageren als iemand ‘met een gebruiksaanwijzing’ weer aan het werk wordt gestuurd (bijvoorbeeld deeltijd, om de andere dag, niet alle taken).

Ervaringen met begeleidingsvormen waarbij de leidinggevende al tijdens het werkplekonderzoek betrokken wordt in het reïntegratieplan zijn zeer gunstig. De effecten van een zich positief opstellende leidinggevende bij terugkeer op de werkplek zijn niet te onderschatten en leveren een belangrijk aandeel aan het reïntegratieresultaat.

Als een leidinggevende niet bij de reïntegratie betrokken wordt, is dit vaak de oorzaak voor gereserveerde of zelfs negatieve reacties bij de aan voorwaarden gebonden terugkeer van de betrokken werknemer. Deze is vaak zo onzeker dat de reacties nieuwe uitval tot gevolg hebben.





Vervolg synopsis

4.5 Attitude

Alle betrokken hulpverleners (zowel bij de arbodienst als daarbuiten) hebben voor de naar pijngedrag en angst neigende werknemer uit de doelgroep de status van 'rugdeskundige'.

Uitspraken over de 'staat van de rug' worden op een goudschaaltje gewogen. Gelaatsuitdrukkingen bij lichamelijk onderzoek en naamgeving van het gevondene kunnen, hoewel goed bedoeld, toch tot catastrofale attributie leiden. Als de angst regeert zal aan de signalen en woorden de meest negatieve uitleg worden gegeven. In de communicatie met de patiënt moet daarom het ontstaan van negatieve attributie absoluut vermeden worden. Dit betekent dat door alle betrokken disciplines aandacht moet worden geschonken aan (de vorm van) de verbale begeleiding. Ook de keuze van de toe te passen diagnosemethoden, interventies of behandelingen kan negatieve attributie met zich meebrengen die de waarde ervan teniet doet en als langetermijnresultaat gemedicaliseerd, therapieafhankelijk gedrag kan doen ontstaan.

4.6 Infrastructuur aanwezig?

De in de tabel genoemde interventievormen worden verspreid over heel Nederland door een aantal aanbieders aangeboden. Hierbij wordt veelal toetsbaar, volgens protocollen, gewerkt. Naar sommige van deze begeleidings- en trainingsvormen is ook in Nederland inmiddels wetenschappelijk onderzoek gedaan en zijn effectiviteit in welzijn, tijdwinst en economie aangetoond.



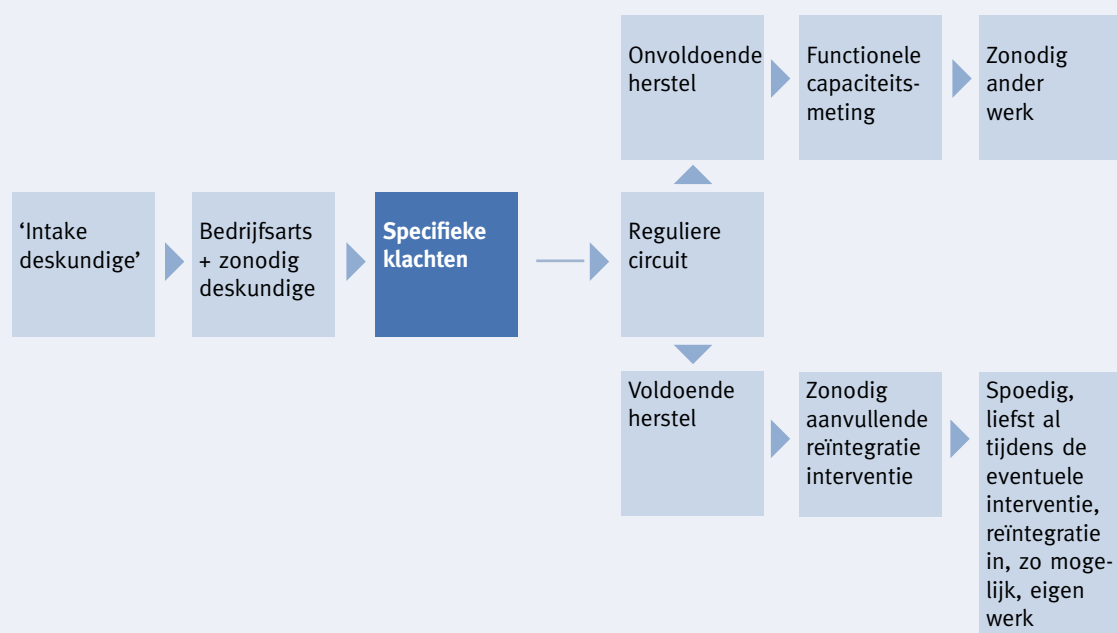
Vervolg synopsis

4.7 Werkwijzer routingmodel

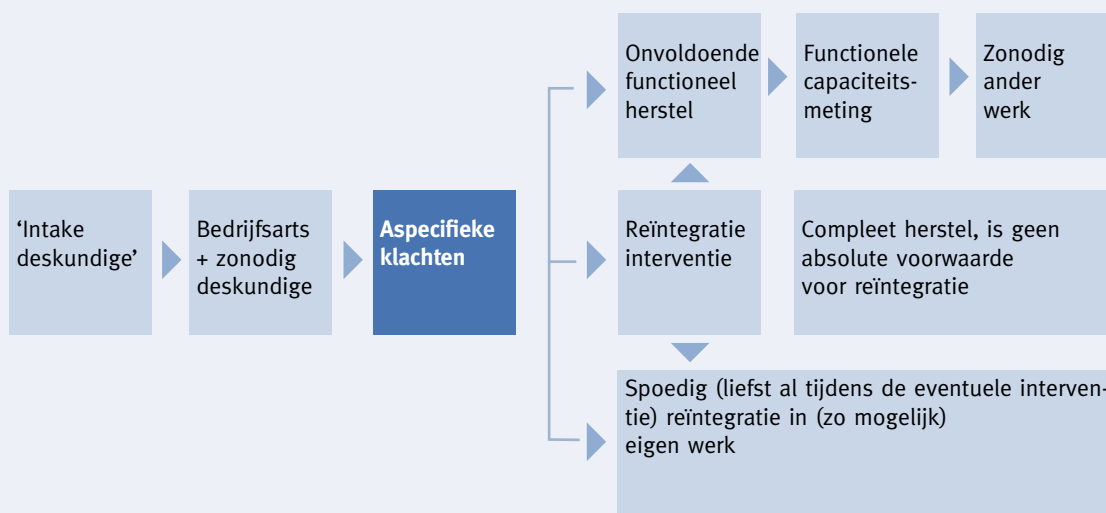
Om de complexiteit van de werkelijkheid te reduceren sluit dit hoofdstuk af met een routingmodel en een aanwijzing voor een beslisboom. In dit model is de 'weg' van een werknemer met lage rugklachten aangegeven.

Het is van belang om op korte termijn de keuze specifiek of aspecifiek te maken en om te bepalen of het een aspecifieke klacht met een ongestoord verloop is of dat er een (dreigend) langdurig verzuim te verwachten is. Iedere arbodienst bouwt deze routing op eigen wijze in de eigen logistiek in.

Bij specifieke klachten



Vervolg synopsis

Bij specifieke klachten**Beslisboom**

De bedrijfsarts kan de rode en gele vlaggen bij het vaststellen van het beleid ter ondersteuning gebruiken. Afhankelijk van de ingezette deskundigheid kan een andere deskundige, op basis van beoordeling van een aantal rode en gele vlaggen, een preselectie maken.

Achtergrond/beschouwing

Rugklachten vormen nog altijd een groot deel van de ziekmeldingen. Naar schatting is 'rugklacht' zo'n 180.000 maal per jaar de opgegeven reden van verzuim. Volgens cijfers van het CTSV (1993) is na zes weken 43 procent nog niet of slechts gedeeltelijk hersteld. Na dertien weken is dit nog altijd 23 procent en na 52 weken is acht procent nog niet volledig arbeidsgeschikt. Van alle nieuwe WAO-gevallen in 1999 (LISV) bleek 12,5 procent te zijn veroorzaakt door klachten aan de wervelkolom, waarvan ruim een kwart specifieke rugklachten. Het AStri-onderzoek, een cohortstudie onder 408 rugpatiënten levert nog magender resultaten: 31 procent is na dertien weken weer aan het werk en 75 procent na 52 weken.

Internationaal gezien scoort Nederland slecht. De terugkeer naar het werk verloopt traag, in ieder geval trager dan in Frankrijk waar maar twee procent van de ziekmeldingen langer dan dertien weken duurt (Coste) of in de Verenigde Staten waar na dertien weken nog maar tien procent (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is (Hazard).

Het is niet gek dat [Staal](#) met een gedegen systematische interventie het verzuim met veertig procent naar beneden kan brengen.

De beste wijze om in de aanpak van rugklachten verbetering aan te brengen, is het ontwikkelen van een standaard of richtlijn die gebaseerd is op de stand der wetenschap, het liefst 'evidence based' en ontwikkeld door en voor de beroepsgroep en geaccepteerd door de individuele beroepsbeoefenaar. Nadat eerst de huisartsen een standaard hadden ontwikkeld ([Faas, 1996](#)) volgden de bedrijfsartsen in april 1999. Het CBO publiceert in 2002 een multidisciplinaire consensusrichtlijn. Inmiddels toont [Chin Kwie Joe](#) (2002) aan dat de NVAB-richtlijn ruim bekend is onder de bedrijfsartsen en dat 75 procent van hen de richtlijn ook goed gebruikt bij de probleeminventarisatie, maar nog niet bij de interventies. Het is opmerkelijk dat ruim de helft van de arbodiensten geen tijd vrijmaakt of hun oproepsystematiek aanpast aan de afspraken die zij daarover in de BOA hebben gemaakt. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat bedrijfsartsen als belangrijkste belemmering ervaren de tegengestelde adviezen en ziekmakende rustadviezen (niet conform de NHG-standaard) die gegeven worden door huisartsen en therapeuten. Overleg over dergelijke tegenstrijdigheden is gewenst en kan worden uitgevoerd conform de 'Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim', een gezamenlijke uitgave van de NVAB en de LHV ([Anema, 2002](#)).



Vervolg synopsis

Door een gebrek aan bedrijfsartsen, inspeland op de mogelijkheden van de Wet Verbetering Poortwachter of demedicalisering nastrevend, besluiten steeds meer arbodiensten om verzuim mede te laten begeleiden door arboverpleegkundigen of niet (para)medisch opgeleide consultants. Daarnaast ontstaat een doolhof van aanbieders van interventies bij rugklachten en spelen diverse aanbieders van arboadvies een rol bij de mogelijke interventie (ergonomen, bedrijfsfysiotherapeuten, bedrijfsmaatschappelijk werkers, psychologen en arboadviseurs). STECR gaf daarom de opdracht te komen tot een multidisciplinaire Werkwijzer om de reïntegratie van werknemers met specifieke rugklachten te versnellen en richting te geven. De bruikbaarheid is vergroot door al in de conceptfase (vertegenwoordigers van) potentiële gebruikers te betrekken bij de finale versies van de Werkwijzer.

Het is nodig deze Werkwijzer te evalueren en aan te passen aan de uitkomsten van nog lopend onderzoek. Daarmee kan het een instrument worden dat gedurende jaren van betekenis blijft voor de doelgroep.



Literatuurlijst

1. Anema, et al, 'Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim', TNO Arbeid, 2002
2. Burdorf (PhD), A., G. Sorock (PhD), 'Positive and negative evidence of risk factors for back disorders', *Scand J Work Environ Health* 1997;23:243-256
3. Chin Kwie Joe, M., 'Handelen bedrijfsartsen conform de NVAB-richtlijn en welke belemmeringen zijn er bij toepassing van de richtlijn?', onderzoek NSOH, 2002
4. CTSV Stand ziektegeldverzekering 1993. Duur van ziektemeldingen wegens rugklachten, 1993
5. Culenaere, B., et al, 'Werkhervatting na rugklachten: langdurig zieke werknemers twee jaar gevolgd', eindrapport Nederlandse studie, CTSV, 1999
6. Dekker, G.F., 'Rugklachten-Management-Programma bij de Nederlandse Aardolie Maatschappij B.V.', Proefschrift 18 december 1995
7. Faas, A. et al, 'NHG-standaard lage rugpijn', *Huisarts Wetenschap* 1996; 39: 18-31
8. Hoogendoorn (MSc), W.E., M.N.M. van Poppel (MSc), P.M. Bongers (PhD), B.W. Koes (PhD), L.M. Bouter (PhD). 'Physical load during work and leisure time as risk factors for backpain', *Scand J Work Environ Health* 1999;25(5):387-403
9. Hout, van den A., 'Beter terug met betere rug', *Arbeidsomstandigheden* 12-01/jaargang 77 (2001), pag. 38-39
10. Johanning, E. (MD, MSc), 'Evaluation and management of occupational low back disorders', *American Journal of Industrial Medicine* 2000;37:94-111
11. Jong, J.R. de, J.W.S. Vlaeyen, M.J. Geilen, P.H.T.G. Heuts, G. Crombez, 'Graduele exposure in vivo bij pijngerelateerde vrees', *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2002; 02: 50-57
12. KanKaanpää, M., et al, 'The Efficacy of active rehabilitation in chronic low backpain', *Spine*, 1999, 24(10), 1034-1042
13. Koes, B.W., M.W. van Tulder, 'Overzicht van (inter)nationale richtlijnen voor het beleid bij lage rugpijn', AKB, Rotterdam, juni 2001
14. Kuiper, I.J., 'Effectiviteit van persoonsgerichte preventieve interventies voor lage rugklachten', AKB, januari 2002
15. Law, et al, 'The person, environment and occupational model', *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1996; 63-1
16. Loisel, et al, *OEM* 1994, 51:597-602
17. Loisel, et al, *Spine* 1997, 22:2911-8
18. Macfarlane (PhD), G.J., E. Thomas (MSc), A.C. Papageorgiou (MSc), P.R. Croft (MD), M.I.V. Jayson (MD), A.J. Silman (MD), 'Employment and physical workac-



Vervolg literatuurlijst

- tivities as predictors of future low backpain', Spine Volume 22, Number 10, pp 1143-1149
19. Miedema, H.S., 'Effectiviteit van multidisciplinaire behandelprogramma's voor subacute en chronische lage rugklachten', AKB, juni 2002
 20. Papageorgiou (MSc), A.C., G.J. Macfarlane (MD), E. Thomas (MSc), P.R. Croft (MD), M.I.V. Jayson (MD), A.J. Silman (MD), 'Psychosocial Factors in the Workplace - Do they predict new episodes of low backpain?', Spine Volume 22, Number 10, pp 1137-1142
 21. Pfaff, Th.M., W. van Mechelen, A. Vermeer, 'Secundaire preventie van specifieke lage rugklachten, TBV 5, nr 3 (juni 1997), pag. 86-97
 22. Staal, J.B., Bijdrage in het nationale Rugcongres, Rotterdam 2002
 23. Taimela, S., K. Harkapaa, 'Improvement of physical function is important for good treatment result, not strenght gain', J Spinal Dosord 1996; 9(4) 306-12
 24. Tuimelaar, S., et al, 'The Role of physical expertise and inactivity in pain recurrence and absenteeism from work after active outpatient rehabilitation for recurrent or chronic low backpain', Spine 200, 25(14) 1809-16
 25. Tulder, M.W. van, B.W. Koes, 'De effectiviteit van niet-operatieve behandelingen voor lage rugpijn', AKB, juni 2001



Bijlage

Checklist werkplekonderzoek ter voorbereiding van rugreïntegratie-interventies

Toelichting

Deze checklist biedt de werkplekdeskundige van de arbodienst (arbodeskundige, bedrijfsfysiotherapeut) de mogelijkheid om de werkplekgebonden elementen die tesamen met persoonsgebonden eigenschappen de fysiek ervaren belasting bepalen, zo compleet mogelijk vast te leggen. Elementen die de fysieke belasting bepalen zijn zelf niet louter van fysieke aard. Zij hebben er meestal wel ten dele mee te maken zoals bij tillen, dragen, duwen, trekken en het werken in bepaalde houdingen. Andere elementen zijn de ergonomische inrichting van de werkplek, hulpmiddelen, omgevingsfactoren, sturingsmogelijkheden, de werkorganisatie en sociale aspecten zoals de invloeden van collega's en de verhouding tot de leidinggevende. Naast werkgebonden elementen spelen persoonsgebonden eigenschappen als sensomotoriek, communicatie en cognitie, lichamelijke conditie (buitenom de rugklachten), motivatie en interesse een rol.

De werkplekgebonden elementen zijn terug te vinden in de E en de O van het PEO-model (Person, Environment, Occupation) van Law e.a. (1996); een model om werkactiviteiten te beoordelen.

Om tot een in de praktijk bruikbare lijst te komen is gekozen voor een klein aantal vragen in de clusters E en O. Daarbij is de volgorde omgedraaid (O-E) omdat dat het beste aansluit bij de praktische uitvoering van zo'n onderzoek. De deskundige beoordeelt aan de hand van de lijst, samen met de werknemer en de leidinggevende, de werkzaamheden en de omgevingsfactoren.

De persoonsgebonden elementen uit het PEO-model worden (voor zover relevant voor de reïntegratiemogelijkheden bij specifieke lage rugklachten) vóór en tijdens het werkplekonderzoek door de bedrijfsarts en (eventueel) de deskundige vooral door waarneming vastgesteld.

Interpretatie van de gegevens

Voor het opstellen van een reïntegratieadvies zullen de bedrijfsarts en de deskundige de gevonden elementen vooralsnog naar beste kunnen moeten interpreteren. Uit de gevonden en te beïnvloeden P-, E- en O-elementen moet een uitgebalanceerde interventie worden samengesteld. De uitvoerende interventiebedrijven ondersteunen vaak met eigen criteria de selectie. Bij vroeg gesignaleerde lage rugklachten zal het advies, zoals de Werkwijzer beschrijft,

Vervolg bijlage

meestal neerkomen op werktechniekaanwijzingen, eenvoudige ergonomische aanwijzingen en functionele, eventueel gedragsmatig georiënteerde training. Het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten van het Bewegingsapparaat (AKB) en TNO Arbeid onderzoeken de mogelijkheden om heldere criteria vast te stellen over de invloeden van werkbelasting op het ontstaan en voortbestaan van klachten. Deze criteria worden in de toekomst verwerkt in de vragenlijst en zullen zo de doeltreffendheid van het gegeven advies vergroten.

Geen enkel protocol, geen enkele richtlijn of werkwijzer kan de inzichten en ervaringen van de beoordelende bedrijfsarts en/of andere deskundige geheel vervangen. Dit persoonlijke oordeel moet in iedere individuele situatie opnieuw worden meegewogen om tot het optimale advies te komen.

Checklist werkplekonderzoek ter voorbereiding van rugreïntegratie-interventies

Afspraken

- Afspraak gemaakt met kandidaat-deelnemer voor werkplekbezoek
Datum werkplekbezoek: - -
- Afspraak gemaakt met de leidinggevende over het werkplekbezoek en deze geïnformeerd over het doel ervan.
Naam leidinggevende:
- Telefoonnummer:

Activiteiten

- Moet vaak in een ongunstige lichaamshouding worden gewerkt?
(Gedraaide rug / gebukt / handen boven het hoofd en dergelijke)
Zo ja, omschrijving van de werkzaamheden:
-
-
- Gemiddeld x per dag /% van de werktijd
- Moeten vaak zware voorwerpen handmatig worden getild, getrokken of geduwd? Zo ja, omschrijving van de werkzaamheden:
-
-
- Gemiddeld x per dag / kg

Vervolg bijlage

- Zijn de voorwerpen/gereedschappen etc. goed hanteerbaar? (Goede handvatten / vorm / evt. wielen)

Zo nee, omschrijving van het probleem:

.....

- Is er sprake van lichamelijke piekbelastingen in het werk?

Zo ja, omschrijving van de werkzaamheden:

.....

Gemiddeld x per uur/dag/ week/ maand

- Zijn er werkzaamheden waarbij steeds dezelfde (arm- / hand- / been-) bewegingen uitgevoerd dienen te worden? Zo ja, omschrijving van de werkzaamheden:

.....

- Zijn er werkzaamheden waarbij lange tijd dezelfde houding moet worden aangenomen? (lang staan / lang zitten / langdurig gespannen houding)

Zo ja, omschrijving van de werkzaamheden:

.....

- Zijn er passende zelfsturingsmogelijkheden voor het werk?

- in de werkuitvoering
- in de organisatie
- indeling van werkzaamheden
- aanpassing logistiek
- flexibel tijdgebruik
- variatiemogelijkheden in taken
- mogelijkheid tot het nemen van pauzes

Vervolg bijlage

Omgevingsfactoren

- Beïnvloeden inrichtings- en omgevingsfactoren de fysieke belasting en het bewegingsgedrag, behorend bij de functie?
- binnen/buiten, temperatuur, tocht, vocht, licht, gladheid;
- factoren aan machines, gereedschappen, hulpmiddelen;
- sociale factoren: samenwerkingsmogelijkheden, hulp, macho gedrag, bedrijfscultuur.

Zo ja, omschrijving van de factoren:

.....

.....

- Kan de werknemer overleg plegen als er vragen/opmerkingen zijn ten aanzien van de werksituatie?

- Laten de werkzaamheden toe dat de direct leidinggevende (tijdelijke) aanpassingen van het werk of de organisatie van het werk kan regelen om een snellere reïntegratie mogelijk te maken? Zo ja, op welke wijze kan dit worden bereikt?

.....

.....

- Bestaat er behoefte aan meer, andere / beter inzetbare hulpmiddelen?

Zo ja, zijn deze in het kader van deze reïntegratie realiseerbaar?

.....

.....

Persoonsgebonden factoren

P-factoren worden niet tijdens het werkplekonderzoek uitgevraagd, maar gedurende het gehele analyseproces waargenomen, onder andere bij het vaststellen of er sprake is van 'gele vlaggen'. Sommige persoonsgebonden factoren spelen een belangrijke rol bij de ervaren belasting en zijn daardoor mogelijk op zichzelf ook doel voor een interventieactiviteit, zij spelen zo mee bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens.



Vervolg bijlage

Hoort de werknemer bij een risicogroep zoals:

- jeugdige;
- oudere;
- inleenkracht / stagiaire;
- taalproblemen;
- gedeeltelijk arbeidsongeschikt;
- arbeidsgehandicapt;
- zwangere.

- Spelen de volgende factoren een rol?
 - sensomotoriek;
 - communicatiezintuigen;
 - communicatievaardigheden;
 - kennisniveau.

- Hoe is de verdere gezondheid?

- Is er sprake van voldoende interesse en gemotiveerdheid?





Samenvatting

Rugklachten vormen een belangrijk deel van de verzuimredenen en specifieke klachten maken het merendeel uit van die meldingen. Nederland heeft een belangrijk langere verzuimduur dan andere landen en mogelijk kan een systematische aanpak daarin verandering brengen. De eerste onderzoeken lijken die veronderstelling nu te bevestigen.

Een goede wijze om meer systematiek in de begeleiding van patiënten en werknemers met (specifieke) lage rugklachten te krijgen zijn het maken van een standaard (bijvoorbeeld de NG-standaard), het maken van een richtlijn (NVAB) of het bereiken van een consensus (CBO-richtlijn), alle gebaseerd op evidence-based gegevens.

Deze STECR-Werkwijzer heeft getracht alle bestaande richtlijnen en standaarden met elkaar te vergelijken en samen te doen gaan in een multidisciplinaire richtlijn, die zowel de diagnostiek beschrijft, als richting geeft aan interventies en aanpassing van de werkplek.

De Werkwijzer is vooral praktisch en geeft in heldere beslisbomen mogelijkheden weer, die ook kunnen worden gebruikt door andere arboprofessionals dan uitsluitend bedrijfsartsen. Van meet af aan heeft de multidisciplinaire bruikbaarheid voorop gestaan.

Gelet op nog veel lopend onderzoek is het noodzakelijk deze Werkwijzer te evalueren en zo nodig aan te passen aan de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

