

# Arbeidsgerichte revalidatie bij rugklachten

## Inleiding

Bij rugklachten spelen er meestal meer factoren een rol dan de strikt somatische. De patiënt die zich tot arts of fysiotherapeut wendt, heeft buiten de spreekkamer nog diverse andere rollen. Hij of zij is ook nog partner, ouder, kind en/of werknemer. Het verminderd functioneren in deze rollen heeft een weerslag op de klachtenervaring die voor de behandelend arts of fysiotherapeut niet altijd goed grijpbaar is. Met name de problemen in de werksituatie zijn voor de behandelaar vaak onduidelijk. Wat gebeurt daar eigenlijk op het werk? Hoeveel moet er gebukt, geklauterd en gesjouwd worden? En hoe zit dat met de verhalen over die chef die zulke onredelijke eisen stelt? Of is er ziekte winst? Vanwege de hoge maatschappelijke kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid proberen overheid en werkgevers het herstelproces van de andere kant te beïnvloeden. De bedrijfsarts speelt hierin een belangrijke rol. Deze behandelt niet zelf maar mag wel naar de medische sector verwijzen. Idealiter vindt er een goede uitwisseling van inzichten plaats tussen de bedrijfsarts en de behandelaar(s). In de praktijk zijn bedrijfsgezondheidszorg en medische zorg echter nog steeds grotendeels gescheiden werelden. Vanuit revalidatiecentra is het initiatief genomen om een combinatie te maken van medische zorg en arbeidsreïntegratie. Dit heeft geleid

*M. van Dormolen is als psycholoog van arbeid en gezondheid NIP verbonden aan Heliomare arbeidsintegratie te Wijk aan Zee. Contact via e-mail: m.van.dormolen@heliomare.nl.*

*Mw. M. Kroon werkt daar als fysiotherapeut/trainer en reïntegratiedeskundige. Contact via e-mail: m.kroon@heliomare.nl.*

tot het netwerk *Vroege Interventie*, waarnaar iedere arts kan verwijzen.

## Omvang en kosten

Circa 2,4 miljoen volwassen Nederlanders hebben chronische lage rugklachten, klachten die tenminste 3 maanden duren. Tweederde daarvan is bekend bij de huisarts, die jaarlijks een tiende deel van zijn of haar patiënten met nek- of rugklachten op het spreekuur ziet.[1] Geschat wordt dat bijna 9% van alle verzuimdagen het gevolg is van lage rugklachten. Circa 14% van alle geregistreerde arbeidsongeschikten is arbeidsongeschikt vanwege ruggelateerde aandoeningen.[2] Er is geschat dat de combinatie van nek- en rugklachten in 2005 maar liefst 867,2 miljoen euro aan medische zorgkosten veroorzaakte.[3] Gegeven de schatting dat de verhouding tussen directe medische kosten vanwege rugklachten en de indirecte kosten, zoals arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim, ongeveer 1:9 bedraagt [4] moet het om een enorm bedrag gaan. Als daarbij bedacht wordt dat circa 90 procent van alle rugklachten specifiek is [5] kan men zich voorstellen dat hier een wereld aan beïnvloedende factoren een rol speelt.

## Verschuiving van reguliere zorg naar arbeidsgerichte aanpak

De samenwerking tussen bedrijfsartsen en behandelaars is al vele jaren een bron van zorg. Na een NIA-TNO rapport uit 1997 [6] is een convenant gesloten tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. In een vervolgrapport (*Voor Verbetering Vatbaar II*) uit 2000 werd geconstateerd

dat ruim 80% van de medisch specialisten aangeeft beter met bedrijfsartsen te willen samenwerken. Toch blijkt uit promotieonderzoek in 2004 van bedrijfsarts/psycholoog Nauta dat huisartsen en bedrijfsartsen nog zelden met elkaar overleggen. Vertrouwen speelt hierbij een grote rol. In de medische wereld wordt toch nog een beetje scheef aangekeken tegen de bedrijfsgezondheidszorg waar niet alleen medische overwegingen een rol spelen maar ook de zorg voor een gezonde en effectieve bedrijfsvoering. De werkgever wordt door de overheid via diverse maatregelen zoals Wet Verbetering Poortwachter, PEMBA en WULBZ aangespoord om verzuim te voorkomen en zo snel mogelijk tot actie over te gaan als het toch optreedt. Langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid kan een extra kostbare zaak worden als het UWV oordeelt dat er onvoldoende inspanning geleverd is. Menig werkgever wordt geconfronteerd met een doorbetalingsverplichting. Reïntegratie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer geworden. De bedrijfsarts staat midden in dit krachtenveld en probeert zo goed mogelijk de balans te vinden als arts, organisatieadviseur en mediator. De mogelijkheid die voor de bedrijfsarts sinds 2004 bestaat om direct naar de behandelende sector te verwijzen is daarbij een belangrijk instrument geworden. Meer en meer begint de bedrijfsgezondheidszorg zich dus met de medische zorg te bemoeien. Maar hoe zit dat andersom?

## De Quickscan

Niet iedere rugklacht leidt tot verzuim en niet alle verzuim vanwege rugklachten

heeft een eenduidige medische verklaring. Met name bij langduriger specifieke klachten is het van belang om de aandacht niet alleen op de somatische kant te richten. Zowel de werksituatie als cognities en psychosociale factoren kunnen een rol spelen bij het ontstaan, en vooral bij het voortduren van de klachten. In arbo-kringen wordt veelal het adagium 'verzuim is een keuze' gehanteerd. Dit wordt ondersteund door berichten dat bij een kwart van het verzuim een conflictsituatie een rol speelt. Voor de gemiddelde behandelaar is het niet doenlijk om alle beïnvloedende factoren te overzien, laat staan om deze gericht aan te pakken. Aangezien een snelle en gerichte interventie kan bijdragen aan het beheersen van de kosten van de medische consumptie, heeft het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) in 2000 een subsidie verstrekt om een initiatief te ondersteunen van enkele revalidatiecentra, waaronder Heliomare als oorspronkelijk ontwikkelaar van de methodiek. Dit heeft geleid tot een netwerk van dertien revalidatiecentra die onder de naam *Vroege Interventie* een interventiepakket aanbieden. Het netwerk wordt ondersteund door de branchevereniging voor revalidatiecentra *Revalidatie Nederland* [7] en het College voor zorgverzekeringen.[8] De doelstellingen van het netwerk waren:

- een helder onderscheid maken tussen zorgvragen en arbeidsvragen;
- snelle en effectieve arbeidsreïntegratie bewerkstelligen;
- implementeren van een multidisciplinaire Quicksan gericht op een integrale probleemanalyse en een onafhankelijk deskundig advies aan opdrachtgever en werknemer over de beste interventie.

De Quicksan wordt geheel vergoed door de zorgverzekeraar. Voor de Quicksan wordt de patiënt, die inmiddels cliënt genoemd wordt, eerst gezien door een revalidatiearts. Deze beslist of het zinvol is om de procedure verder te vervolgen of dat het beter is om door te verwijzen voor nader specialistisch onderzoek,

beeldvorming of medische behandeling. Vervolgens wordt de cliënt gezien door zowel een fysiotherapeut/manueeltherapeut als een psycholoog. Deze onderzoeken de trainbaarheid, cognities en bijkomende psychosociale stressoren. Ten aanzien van de werksituatie worden de volgende mogelijke probleemgebieden nagelopen:

- de arbeidsinhoud: wat moet er gedaan worden?
- de arbeidsomstandigheden: onder welke omstandigheden wordt gewerkt?
- de arbeidsvoorwaarden: is er sprake van prestatieloon, ploegendienst enz.?
- de arbeidsverhoudingen: is er voldoende onderlinge steun of zijn er juist conflicten?
- de regelmogelijkheden: hoeveel valt er zelf te regelen in werkdruk en methoden?

De Quicksan is dus een arbeidsgerichte vorm van snelle multidisciplinaire screening. Tijdens de Quicksan wordt tevens contact gelegd met de werkgever en, indien deze nog niet betrokken was, met de bedrijfsarts. Binnen enkele dagen wordt de procedure afgerond met een beknopt rapport dat naar huisarts en bedrijfsarts wordt verzonden. De werkgever ontvangt een verkorte versie van dit rapport, met weglating van de medisch-vertrouwelijke informatie. Het rapport eindigt altijd met een interventieadvies. Als het klachtenbeeld daarvoor in aanmerking komt zal de revalidatiearts een medische indicatie voor revalidatiedagbehandeling stellen. Hiermee komt een multidisciplinaire arbeidstraining in aanmerking voor vergoeding door de zorgverzekeraar. In het algemeen zal de zorgverzekeraar echter geen vergoeding verstrekken voor de reïntegratiebegeleiding die integraal onderdeel uitmaakt van de arbeidstraining (over uitzonderingen hierop later meer). Voor dat specifieke deel van de activiteiten wordt de werkgever benaderd met een offerte. Er wordt dus pragmatisch een combinatie gezocht van verschillende geldstromen, zonder dat daarbij van een winstogmerk sprake is. De zorgplicht van het revalidatiecentrum wordt ook niet ontlopen. Het staat de werkgever vrij om niet op het

voorstel in te gaan. In dat geval wordt de cliënt weer patiënt en wordt reguliere revalidatiebehandeling aangeboden, uiteraard zonder de specifieke reïntegratiebegeleiding.

Het is ook mogelijk dat binnen de Quicksan blijkt dat andere, niet medische problematiek voorop staat zoals een conflictsituatie of een functioneringsprobleem. In dat geval kan geadviseerd worden om over te gaan tot *mediation*, functiegericht *assessment* of eventueel zelfs *outplacement*. In de regel hebben de deelnemende revalidatiecentra deze diensten zelf in huis en anders kunnen zij hiervoor gericht doorverwijzen.

De Quicksan biedt dus een efficiënte uitkomst voor medisch behandelaars die vermoeden dat een arbeidsprobleem een rol speelt maar niet in staat zijn om het gehele krachtenveld en de financieringskwesties zelf te overzien. De Quicksan wordt meestal toegepast bij cliënten met specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Bij voorkeur gaat het om klachten in de subacute fase en is er sprake van een probleem met de arbeidsparticipatie. De subacute fase geeft aan dat het niet waarschijnlijk is dat de klachten door natuurlijk beloop zullen verdwijnen maar dat er nog geen sprake is van een chronisch toestandsbeeld. Aanleidingen voor aanmelding voor een Quicksan kunnen zijn:

- verminderde arbeidsparticipatie, zich bijvoorbeeld uitend in kortdurend frequent of middellang arbeidsverzuim;
- frequent bezoek huisarts en/of (para) medische disciplines;
- hoog medicijngebruik;
- chronische klachten (>6 weken) van het houdings- en bewegingsapparaat (zoals klachten aan arm, nek en schouder (CANS, vroeger vaak RSI genoemd), *whiplash associated disorders* (WAD), chronische lage rugklachten), al dan niet in combinatie met psychosociale of cognitieve problematiek;
- een neerwaartse spiraal in het algemeen functioneren;
- deconditionering;
- onvoldoende resultaat bij eerdere interventies.

## De multidisciplinaire arbeidstraining

Een multidisciplinaire arbeidstraining is een specifieke vorm van revalidatie. De doelstelling is verbetering van de arbeidsparticipatie, bij voorkeur in de vorm van duurzame reïntegratie in werk. Dit is een participatiegerichte aanpak die goed past bij de gebruikelijke doelstelling van de revalidatiezorg maar die hier nog specifiek is doorgevoerd. De cliënt wordt ervan doordrongen dat genezing of verdwijnen van de klachten niet de doelstelling is. Het is een 'hands-off' benadering waarin het zelfoplossend vermogen van de cliënt gestimuleerd wordt. Daarom worden de woorden 'patiënt' en 'behandeling' zorgvuldig vermeden. De training is intensief, in principe twee keer 4 uur per week gedurende maximaal 15 weken. Gedurende de training vindt coaching plaats door een fysiotherapeut, een psycholoog en een reïntegratiebegeleider. Training vindt plaats in groepen van ongeveer 8 mensen, met een doorlopende in- en uitstroom. De gemeenschappelijke factor is dat men gemotiveerd is om te werken aan reïntegratie. Verder zijn de groepen met opzet niet diagnosespecifiek. De deelnemers herkennen elkaar vooral in het gemeenschappelijke streven naar reïntegratie en niet noodzakelijk in het uitwisselen van klachtenervaring. De mechanismen die hebben geleid tot het ontstaan en persisteren van de verschillende problematiek vertonen overigens vaak grote overeenkomsten. Er wordt per dagdeel van 4 uur gedurende 2 uur fysiek getraind waarbij op gedragsmatige aspecten en ergonomie wordt gecoacht. Het fysieke doel is, naast het hanteren van fysieke belastbaarheidsgrenzen, zoveel mogelijk te komen tot herstel van functionele arbeidsbelastbaarheid. Hierbij wordt dus 'vermeden te vermijden' maar juist datgene waarin de deelnemer belemmerd is stapsgewijs getraind, bijvoorbeeld door middel van gewichtheffen, trekken, duwen, draaien enzovoort.

Eenmaal per week wordt groepsgewijs een onderwerp besproken waarbij het verkrijgen van inzicht in de eigen problematiek en zelfredzaamheid in het omgaan hiermee centraal staat. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld: inzicht in chronische en acute pijn, pijn de baas, communicatie, rationele effectiviteitstraining (RET), empowerment, haalbare doelen stellen, grenshantering, voeding enzovoort.

Eenmaal per week wordt groepsgewijs aandacht besteed aan ontspanningstraining door middel van bijvoorbeeld autogene training. Tijdens deze bijeenkomsten worden cliënten bewust gemaakt van hoe fysieke en mentale spanningen het herstel in het algemeen kunnen belemmeren en wordt ze aangereikt hoe hiermee om te gaan.

Gedurende de training hebben cliënten individuele afspraken met de psycholoog en reïntegratiebegeleider. De psycholoog treedt op als coach en begeleidt de cliënt op een oplossingsgerichte wijze in het behalen van zijn individuele doelen. De reïntegratiebegeleider maakt met de cliënt een afspraak op het werk met de leidinggevende om de inhoud en de doelen van de training te bespreken en geeft in samenspraak met de bedrijfsarts, werkgever en cliënt de daadwerkelijke reïntegratie vorm. De werkplek en werksituatie worden tijdens dit bezoek bekeken en bijzonderheden worden meegenomen in de training en begeleiding. In overleg met de cliënt, de leidinggevende en de bedrijfsarts worden afspraken gemaakt over taakinvulling en urenopbouw.

### Verwijzen

De Quickscan kan worden aangevraagd door iedere medisch verwijzer met een AGB-code (algemeen gegevensbeheer). In de praktijk zijn dit veelal bedrijfsartsen maar ook huisartsen en medisch specialisten kunnen hun patiënten verwijzen. Het is prettig als er dan reeds overleg met de bedrijfsarts heeft plaats

gevonden maar dit is geen voorwaarde. Zoals eerder vermeld zal het Quickscanteam altijd de verschillende partijen bij elkaar brengen en daarmee zorg dragen voor daadwerkelijke arbo-curatieve samenwerking.

Alle inlichtingen over criteria, deelnemende centra, alsmede aanmeldingsformulieren zijn te vinden op de internet-site van *Vroege Interventie* ([www.vroegevententie.nl](http://www.vroegevententie.nl)). Op deze site wordt ook informatie gegeven over een specifieke vorm van Quickscan en arbeidstraining. Met enkele zorgverzekeraars is namelijk recent een overeenkomst gesloten waardoor ook de reïntegratiebegeleiding door de verzekeraar vergoed wordt. De achtergrond hiervan is dat deze zorgverzekeraars ervan uitgaan dat snelle reïntegratie in het werk ook tot een besparing in de totale medische consumptie zal leiden. Een eerste indicatie dat de methodiek inderdaad effectief is, komt uit een pilotonderzoek door het *Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap* (IRV). Hieruit kwam naar voren dat deelnemers aan de Quickscan en arbeidstraining eerder hun werk oppakken, minder verzuimen, een betere gezondheid hebben, minder vaak de huisarts, specialisten en paramedici bezoeken en minder medicijnen gebruiken. [9] Nader onderzoek naar de methodiek zal nog plaats vinden.

In de regio van de lezers van het *Linnaeus Medisch Journaal* worden Quickscans en multidisciplinaire arbeidstrainingen aangeboden door Heliomare arbeidsintegratie ([www.heliomare.nl/arbeidsintegratie](http://www.heliomare.nl/arbeidsintegratie)). In Wijk aan Zee, Heerhugowaard en Velsen Noord trainen continu cliënten in 6 tot 9 doorlopende groepen van maximaal 8 personen. Hiervan zijn op dit moment 3 tot 4 groepen voorbehouden aan werknemers van Corus. Deze trainen in het Vitaliteitcentrum in Velsen Noord, dat in samenwerking met Corus en Achmea is opgezet.

### Referenties

1. van der Linden MW, Westert GP, de Bakker DH, Schellevis FG. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
2. Aspecifieke lage rugklachten: omvang en gevolgen. Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek PZO 2005/07.
3. Poos MJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ. Kosten van ziekten in Nederland 2005. RIVM-rapport nr. 270751019. Bilthoven: RIVM, 2008.
4. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995; 62(2): 233-40.
5. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992;268:760-5.
6. van Amstel RJ, Bujs PC. Voor verbetering vatbaar: de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding : een onderzoek naar belemmeringen voor die samenwerking en naar oplossingen daarvoor, Amsterdam : NIA TNO, 1997.
7. Revalidatie Toekomstverkenning 2015. Revalidatie Nederland, 2006.
8. Berghuis H. Arbeid ieders zorg; arbeid als een eigenaardig medicijn. *CVZ-magazine* 2005(September): 4-7.
9. van Lierop B. Vroege Interventie; eindrapportage IRV, maart 2006.