

W E R K W I J Z E R

versie 2, november 2004

3



PLATFORM REÏNTEGRATIE

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Verantwoording	7
3	Uitgangspunten	11
4	Synopsis	14
5	Wet, Wetenschap en richtlijnen	15
	5.1 Wetenschap, richtlijnen en wetgeving	16
	· Stand van de wetenschap, basis voor beroepsrichtlijnen	16
	· Verhouding NVAB-richtlijn tot andere richtlijnen	16
	· NVAB-richtlijn verwijst naar CBO-richtlijn	16
	· Wetgeving	17
	· Conclusie uit de gecombineerde aanbevelingen uit richtlijnen en wetgeving: één Werkwijzer is mogelijk	17
6	Inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking	18
	6.1 Probleeminventarisatie	18
	6.2 Relatie met het werk, het deskundig oordeel	21
	6.3 Welke interventies kunnen op basis van de wetenschap worden aanbevolen?	22
	6.4 Evaluatie	25
	6.5 Definitieve conclusie richtlijnenvergelijking; inhoudelijk is een consistente Werkwijzer mogelijk die voldoet aan alle richtlijnen	25
7	Intakecriteria en interventies	26
	7.1. Dreigend langverzuim of niet?	26
	7.2 De aanpak bij beginnende klachten	26

Vervolg Inhoudsopgave

7.3 Aanpak bij voortschrijdende klachten; het cruciale tijdperk tussen drie weken en drie maanden verzuim	27
7.4 Interventievormen (tabel) voor toepassing in eerste drie maanden	28
7.5 Nadere vaststelling intakecriteria mogelijk?	34
7.6 Leidinggevende	34
7.7 Attitude	35
7.8 Infrastructuur aanwezig?	35
8 Werkwijzer routingmodel	36
9 Achtergrond/beschouwing	38
10 Literatuur	40
11 Bijlage	42
Checklist werkplekonderzoek ter voorbereiding van rugreïntegratie-interventies	42
12 Samenvatting	47



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 aan 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. In de revisie van de Werkwijzer is aansluiting gezocht bij het werk van de Kenniskring Somatisatie, omdat er overeenkomsten zijn tussen de aspecifieke rugklacht en (andere) somatisaties.

Opdracht Kenniskring ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’

De bestaande richtlijn ‘Lage rugklachten’ (auteurs: [P. Aulman](#), [R.M. Bakker-Rens](#) en [S.F. Dielemans](#)) 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.



Vervolg inleiding

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, 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). De Kenniskring wordt verzocht om zowel aandacht te besteden aan preventieve, secundair preventieve als aan curatieve interventies. Daarnaast 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. Bovendien is deze klacht een veelvoorkomend onderwerp in de verzuimgesprekken tussen werkgever en werknemer. 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 is 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 arbo-diensten. Het moet houvast en richting geven bij zowel de diagnostiek als bij de interventie: een praktische beslisboom vergroot de bruikbaarheid. Daarnaast is de Werkwijzer een poging om meerdere disciplines op één lijn te brengen inzake



Vervolg inleiding

de beste zorg voor de lage rugklachten. Te denken valt hierbij aan verzekeringsgeneeskundigen, maar ook aan huisartsen, paramedici of tweedelijnspecialisten. De implementatie van de Werkwijzer verdient initieel en continu aandacht. Workshops en kleine lokale symposia zijn de beste vorm daarvoor en kunnen via een werkboek worden ondersteund.

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 gepresenteerd in 2002 en gereviseerd in 2004. Na zes bijeenkomsten van de volledige Kenniskring in 2001 en 2002 is door een deel van de oude Kenniskring in 2004 gezocht naar een betere praktijkondersteuning en waar nodig naar aanpassing aan de steeds evoluerende wetenschap. 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 Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) met steun van het ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid, TNO Arbeid en Nationale Nederlanden.

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

De opdracht aan de Kenniskring ‘Lage rugklachten en arbeidsomstandigheden’ was ‘te komen tot een multidisciplinaire Werkwijzer voor arboprofessionals’. Hierin staan naast de ontstaansreden van de klacht en het gedrag van de cliënt, de begeleiding en reïntegratie van werknemers met lage rugklachten centraal. Naast onderzoek, begeleiding, interventies door bedrijven en arboprofessionals wordt ook aandacht besteed aan de werkplek en de werkomstandigheden. Tot slot komen de beïnvloeding van het gedrag en versterking 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. De Kenniskring is multidisciplinair samengesteld.

Samenstelling Kenniskring

- Jan Aghina, AGconsult, bedrijfsarts en voorzitter van de Kenniskring
- Casper Bellink, ArboUnie, bedrijfsfysiotherapeut en secretaris van de Kenniskring
- Ben Hartman, ArboNed, bedrijfsarts
- Jolande van Leeuwenburg, Achmea Arbo, bedrijfsarts
- Roelof Norden, Achmea Arbo, bedrijfsarts

Vervolg verantwoording

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.
- Het op basis van bestudering van de literatuur en richtlijnen werd een afbakening van het onderwerp gemaakt.
- Het uitnodigen van externe deskundigen voor enkele bijeenkomsten van de Kenniskring. Met hen werd gesproken over de meest recente wetenschappelijke inzichten over het ontstaan van lage rugklachten en interventiemogelijkheden.
- Het organiseren van een workshop ‘Good Practices lage rugklachten’. 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, Erasmus Universiteit Rotterdam en Technische Universiteit Delft
- 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.

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.

Vervolg verantwoording

Deelnemers openbaar debat

- dhr. S. van Bommel, OCA Nederland
- dhr. H. Conijn, Maetis Arbo
- mw. M.H.W. Frings-Dresen, AMC/Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid
- dhr. J. Gerissen, Maetis Arbo
- dhr. G. van de Goot, Achmea Arbo
- dhr. J. Haitsma, De Gezonde Zaak
- dhr. R. Heidstra, DBC Nederland BV
- mw. I. Houting, Intergo BV
- 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, Achmea Arbo
- mw. G. Sierat, NVBF
- dhr. C.J. Sniijders, Erasmus Universiteit Rotterdam
- dhr. J. Verbeek, AMC/Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid
- mw. B. Verstraten, Winnock
- mw. S.E. Willemsen-van Heerde, Achmea Arbo
- dhr. D. Wymenga, ArboUnie
- dhr. L. Ysbrandy, OCA Nederland
- dhr. J. van Zwieten, Maetis Arbo

Tenslotte vond, in een overleg met vertegenwoordigers van [TNO Arbeid](#) en het [Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat](#), 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



Vervolg verantwoording

2004

In 2004 heeft [STECR](#) gevraagd om de Werkwijzer te beoordelen en zo nodig te herschrijven. Een kern van leden van de oorspronkelijke Kenniskring heeft die vraag op zich genomen en in een tweetal sessies aanpassingen van de Werkwijzer geformuleerd.

Na de revisie door de Kenniskring in 2004 is het concept wederom voorgelegd aan de eerder genoemde groep van vertegenwoordigers van [TNO](#) en [AKB](#) en is hun commentaar verwerkt in de definitieve versie van de Werkwijzer die nu voorligt.

De Werkwijzer is daarmee weer geheel up-to-date, sluit aan bij de heersende praktijk en kan weer een paar jaar in deze vorm mee. Natuurlijk zal ook deze Werkwijzer weer gereviseerd worden; 2006 lijkt daarvoor het aangewezen jaar.





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. Het doel 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 in 1999 van 1.800 personen). 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 aan de eigenschappen en geldt 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 worden begonnen, zodat een wachttijd de schade niet vergroot.

Op het gebied van begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers legt de overheid wet- en regelgeving op. De invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP, 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.

Door de invoering van de WVP zijn de werkgever en de arbeidsongeschikte werknemer gedwongen om in een vroeg stadium van het verzuim afspraken te maken over de reïntegratie. De WVP is nu twee jaar van kracht. Resultaat van de invoering is dat de werkgever zijn rol op het gebied van begeleiding van





Vervolg uitgangspunten

arbeidsongeschikte werknemers goed heeft opgepakt en steeds beter uitvoert. De overheid had de verantwoordelijkheid van de verzuimbegeleiding al nadrukkelijker bij de werkgever neergelegd met de invoering van de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte per 1 januari 2004. De werkgever moet sinds 2004 twee jaar lang het salaris door betalen in plaats van één jaar (het eerste jaar 100% en het tweede jaar 70%). Het is voor werkgevers dus van groot financieel belang om snel te starten met activiteiten om langdurig ziekteverzuim en WAO-instroom te voorkomen.

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 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.

Inmiddels is de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen per 1 januari 2004 een feit. De bedrijfsarts kan de werknemer nu bij arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen doorverwijzen naar de curatieve sector voor diagnostiek en behandeling. Er dient een goede afstemming met de huisarts aan vooraf te gaan. In het kader van de verzuimbegeleiding kan dit instrument in een vroeg stadium worden ingezet om te beoordelen of er sprake is van specifieke rugpijn, lumbosacraal syndroom of aspecifieke rugpijn.

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 werk-aanpassing 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





Vervolg uitgangspunten

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.

De Wet REA bood in het verleden de mogelijkheid om ruginterventies gesubsidieerd te krijgen via het [UWV](#). Deze subsidieregeling is afgeschaft. De kosten van de interventie komen thans voor rekening van de werkgever. Inmiddels zijn er particuliere verzekeraars die pakketten aanbieden, waarin de ruginterventies gedeeltelijk worden vergoed.





Synopsis

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 de navolgende onderdelen 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, wetenschap en richtlijnen

Wet

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 Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen ([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. 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 pre-selectie te laten maken wie in eerste instantie wel en wie niet naar de bedrijfsarts wordt doorgestuurd.

Deze deskundigen bepalen hun keuze onder meer aan de hand van eenvoudige beslisboominstrumenten. 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 vergroot 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.

Vervolg wet, wetenschap en richtlijnen

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.

5.1 Wetenschap, richtlijnen en wetgeving

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 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 er tot een optimale werkwijze kan worden gekomen die door alle richtlijnen wordt ondersteund.

NVAB-richtlijn verwijst naar CBO-richtlijn

Begin 2002 verscheen de richtlijn 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-consensus](#)-



Vervolg wet, wetenschap en richtlijnen

richtlijnen 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.

Wetgeving

De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor het geven van advies aan de werkgever én de werknemer bij zes weken verzuim conform de WVP. Deze zelfde Wet 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 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.

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.



Inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking

Bij het vergelijken van de richtlijnen van het [NHG](#), het [KNGF](#), de [NVAB](#) en de gepubliceerde interdisciplinaire richtlijn 'Aspecifieke lage rugklachten' van het [CBO](#) is gezocht naar gemeenschappelijke elementen die een praktisch toepasbare procesbeschrijving kan opleveren.

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

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

6.1 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 benoemt ook aspecten als inadequaat ziektegedrag, het effect van behandeling, de beleving van de beperkingen, de werksituatie en de arbeidsgeschiktheid.

De [KNGF](#)-richtlijn 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](#)-richtlijn 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.

Vervolg inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking

Rode vlaggen zijn:

- debuut 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?
- toetsen medicijngebruik.

Lichamelijk onderzoek:

- positieve worteltrekproef (Lasègue, Bragard), omgekeerde en gekruiste Lasègue?
- neurologische uitval (motoriek, sensibiliteit en/of mictie) in bekken, heup en onderste extremiteit?
- drukpijn ter plaatse van een geïsoleerde processus spinosus met asdruppijn 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.’)



Vervolg inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking

GELE VLAGGEN: SIGNAAL VOOR PSYCHOSOCIALE FACTOREN

Zowel de [NVAB-richtlijn](#) als de [CBO-richtlijn](#) 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-richtlijn](#) 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;
- 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 dagelijkse 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'.



Vervolg inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking

Aanpassing van het gedrag:

- overmatig medicijngebruik;
- shoppinggedrag;
- 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.

6.2 Relatie met het werk, het deskundig oordeel

Uit allerlei wetenschappelijk onderzoek en publicaties, zoals de wetenschappelijke achtergrondstudie voor het instrument voor het vaststellen van de arbeidsgereleerdheid van lage rugklachten (Lötters et al, 2003) en de voorstudie hiervan door Heinrich et al, 2002, 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 artikelen 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. Naast fysieke factoren worden psychosociale factoren als ontevredenheid over het werk, weinig regelmogelijkheden in het werk, een lagere sociale status en een te laag ervaren inkomen risicofactoren genoemd voor het ontstaan of recidiveren van lage rugklachten.

Werkplekonderzoek

Om de aard van de fysieke en psychische belemmeringen naar waarde te kunnen inschatten is werkplekonderzoek onontbeerlijk. De werkplekdeskundige (bijvoorbeeld een arbodeskundige, bedrijfsfysiotherapeut of ergonoom) beoordeelt de fysieke belasting, de ergonomische inrichting, de organisatie van het werk, de invloed die collega's en leidinggevende hebben op de wijze van werkuitvoering en hij interpreteert de lichaamstaal bij het uitvoeren van taken.

Zowel het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten van het Bewegingsapparaat (AKB) als [TNO Arbeid](#) doen onderzoek om te komen tot heldere criteria waarmee de invloed die de verschillende factoren hebben kan worden vastgesteld.

Het AKB heeft in een stappenplan (concept)criteria opgesteld waarmee de mate van arbeidsgerelateerdheid van de klachten kan worden berekend. Deze criteria zijn gebaseerd op gegevens uit epidemiologische studies. Alleen factoren waarvoor overtuigend wetenschappelijk bewijs bestaat zijn opgenomen. De mate van arbeidsgerelateerdheid wordt in twee stappen berekend. In stap 1 wordt de blootstelling aan de belangrijkste fysieke en psychosociale risicofactoren geïnventariseerd. In stap 2 wordt de daarbij behorende etiologische fractie als percentage berekend. Bij een percentage van 50 of meer speelt het werk in overwegende mate een rol, en bij een percentage tussen de 20 en 50% speelt het werk mogelijk een rol bij het optreden van de klachten.

TNO heeft criteria voor participatieve ergonomische interventie opgesteld ([Anema, 2003](#))

Samen met de onderzoeksgegevens van de bedrijfsarts vormen de gegevens en conclusies uit het werkplekbezoek de basis voor een gedegen probleemanalyse en daarmee voor een doeltreffend, praktisch advies aan werkgever en werknemer over een eventuele interventie,

In [bijlage 11](#) treft u een voorbeeld aan van een beknopte checklist voor werkplekonderzoek. Hiermee kan de geroutineerde werkplekdeskundige alle genoemde factoren beoordelen en vastleggen.

6.3 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.

Vervolg inhoudelijke uitwerking van de richtlijnenvergelijking

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 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.

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 fysieke 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 specificiteit, 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 rugklachten 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.



Vervolg inhoudelijke uitwerking
van de richtlijnenvergelijking

6.4 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 WVP gelden evaluatietermijnen van ten hoogste zes weken voor opeenvolgende evaluaties.

6.5 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.



7 Intakecriteria en interventies

7.1 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 kunnen als aparte criteria onderscheiden worden.

7.2 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.



Vervolg intakecriteria en interventies

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 te voeren initiatieven of interventies gegeven die direct leiden tot meer durf om actief te blijven.

7.3 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 – zie tabel blz. 31 –, en 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.



Vervolg intakecriteria
en interventies

7.4 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 zonodig in zijn advies vermelden.

Belangrijke aandachtspunten 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. Daaraan is een zesde categorie toegevoegd die interventie op maat noodzaakt.

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.

Vervolg intakecriteria en interventies

Verdere toelichting op de categoriën

- 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, de 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.
- Functionele capaciteitsmetingen, vragenlijsten en pijnscoremethoden 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 7.1](#) 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.



Vervolg intakecriteria en interventies

- Participatie: in de tabellen wordt de opmerking 'participatief' gebruikt. Daar wordt het belang aangegeven van het gezamenlijk mét de werknemer én (vanaf 2) de leidinggevende werkaanpassingsadviezen te formuleren. 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, 2002](#)).

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 uitval naar de WAO tegen te gaan.

De leidraad bevat criteria om te bepalen wanneer afstemming noodzakelijk is teneinde tegenstrijdige adviezen van de artsen te voorkomen. De leidraad voldoet aan de privacy-eisen van de [KNMG](#) voor uitwisseling van patiëntengegevens. Het communicatieformulier en de leidraad zijn in de praktijk uitgebreid getest. In 2001 gaf de toenmalige minister Borst van VWS de Tweede Kamer aan de leidraad als goed richtsnoer voor beide doelgroepen te zien. De Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding bij arbeidsverzuim is een gezamenlijke uitgave van De Huisarts en TBV en te bestellen te downloaden via www.arbeid.tno.nl/perskamer/files/leidraad.pdf



Vervolg intakecriteria en interventies

Tabel interventievormen bij specifieke lage rugklachten

	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 intakecriteria en interventies

	Intakecriteria	'Productomschrijving' ruginterventie	Uitvoering door	Globale doorlooptijd
3	Pijn, enige functiestoornis, beginnend pijngedrag en angst	<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. 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. Werkplekadvies 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. 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, 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. Werkplekadvies 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 intakecriteria en interventies

	Intakecriteria	'Productomschrijving' ruginterventie	Uitvoering door	Globale doorlooptijd
5	Pijn, complete functiestoornis voor eigen werk, ernstig pijngedrag en angst, grote 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, gedragsgeoriënteerde training in trainingscentrum 6. Psychologische coaching 	Bedrijfsarts, werkplekdeskundige, trainer, fysiotherapeut, psycholoog	Spreekuur-uren, werkplekbezoek fysieke training en psychische coaching van zes weken tot vele maanden, indien nodig terugkeerbegeleiding
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Geruststelling als bij 1 door de bedrijfsarts. 2. Werkplekadvis 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. 			
6	Divers	Interventie op maat: door bedrijfsarts samen te stellen uit het toegankelijke aanbod (als bovenstaande mogelijkheden niet voldoende aansluiten bij het probleem)	Bedrijfsarts en andere deskundigen	Divers
	<p>Bijvoorbeeld: de bij 7.1 beschreven groep patiënten – bij wie mogelijk niet de conditionering naar pijngedrag, maar factoren als reactiesnelheid, coördinatie, bewegingsgevoel, proprioceptie meer op de voorgrond treden – kunnen verwezen worden naar centra voor wie deze categorie patiënten hoofddoelgroep is.</p> <p>Naar inzicht van de bedrijfsarts kan, mits goed gefundeerd, iedere andere samenstelling van interventievormen een goede keuze zijn.</p>			

Vervolg intakecriteria en interventies

7.5 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 uitvoerders 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-richtlijn](#) 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 reeds eerder is opgemerkt kan, afhankelijk van de ingezette professionele kwaliteit (per arbodienst verschillend), ter ondersteuning van het WVP-proces, in een vroeg stadium van verzuim een aantal rode en gele vlaggen door andere deskundigen dan de bedrijfsarts worden vastgesteld.

7.6 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 werknemer is vaak zo onzeker dat de reacties nieuwe uitval tot gevolg hebben.



Vervolg intakecriteria en interventies

7.7 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 non-verbale en 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.

7.8 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.

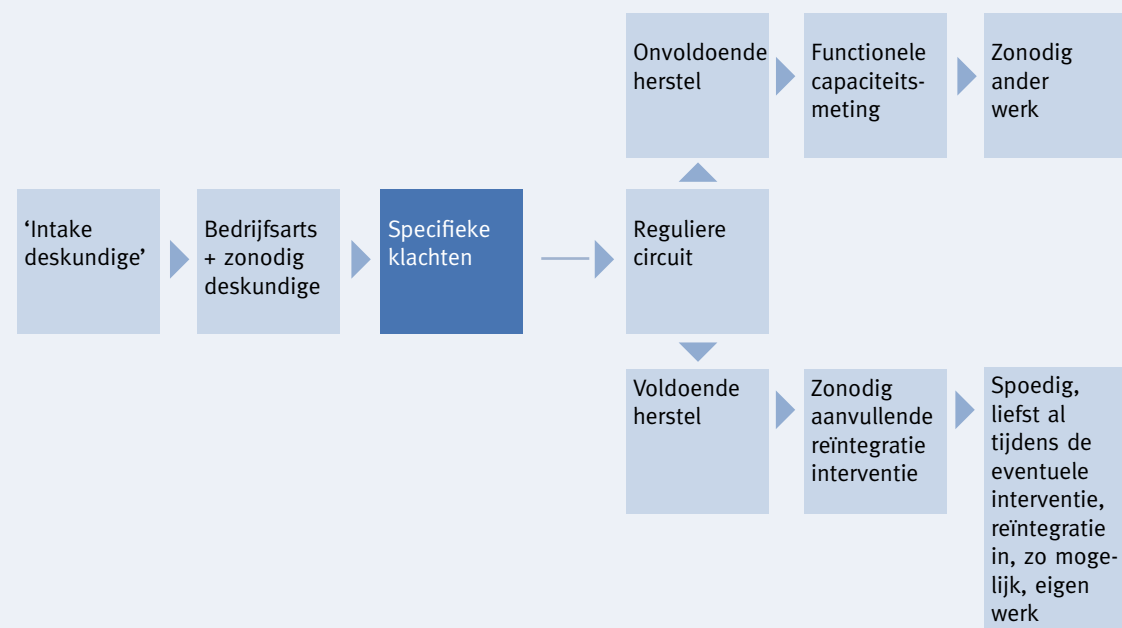


Werkwijzer routingmodel

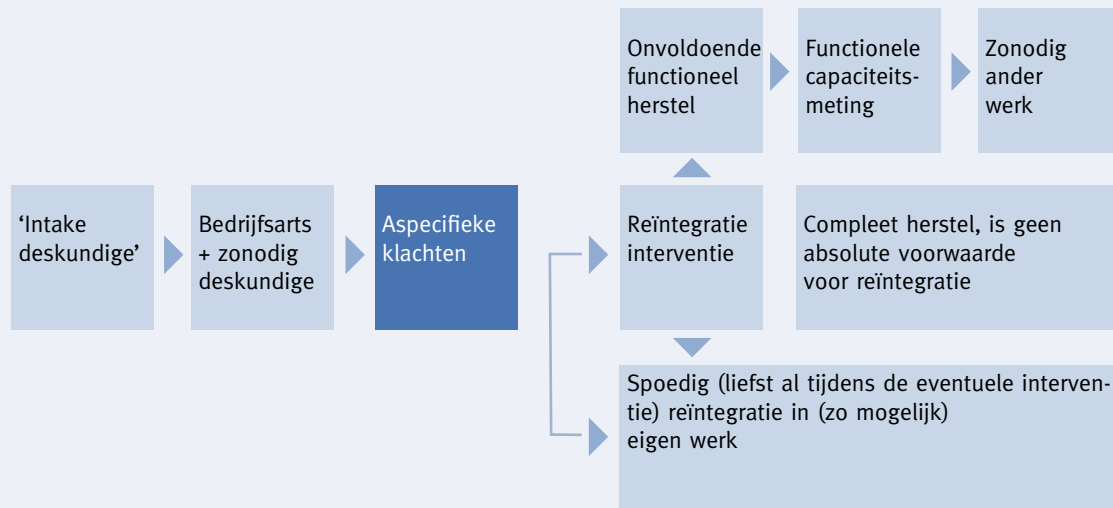
Om de complexiteit van de werkelijkheid te reduceren wordt hier een routingmodel en een aanwijzing voor een beslisboom weergegeven. In dit model is de 'weg' van een werknemer met lage rugklachten aangegeven.

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 werkwijzer routingmodel

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 ([UWV](#)) 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 vreemd dat met een gedegen systematische interventie het verzuim met veertig procent naar beneden gebracht kon worden ([Staal 1992](#)).

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 et al, 2002](#)).



Vervolg achtergrond/beschouwing

Door een gebrek aan bedrijfsartsen, inspeland op de mogelijkheden van de WVP of demedicalisering nastrevend, besluiten steeds meer arbodiensten om verzuim mede te laten begeleiden door arboverpleegkundigen of niet (para)medisch opgeleide consulenten. 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 in 2001 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. De Werkwijzer is in 2004 geëvalueerd en aangepast. Het blijft noodzakelijk dit regelmatig te doen 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.





10 Literatuur

1. Anema, et al, 'Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim', TNO Arbeid, 2002
2. Aulman P., R.M. Bakker-Rens, S.F. Dielemans, Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten, Kwaliteitsbureau NVAB, 1999
3. 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
4. Chin Kwie Joe, M., 'Handelen bedrijfsartsen conform de NVAB-richtlijn en welke belemmeringen zijn er bij toepassing van de richtlijn?', onderzoek NSOH, 2002
5. CTSV Stand ziektegeldverzekering 1993. Duur van ziektemeldingen wegens rugklachten, 1993
6. Cuelenaere, B., A.M. van der Giezen, T.J. Veerman & R. Prins, 'Werkhervatting na rugklachten: langdurig zieke werknemers twee jaar gevolgd', eindrapport Nederlandse studie, CTSV, 1999
7. Dekker, G.F., 'Rugklachten-Management-Programma bij de Nederlandse Aardolie Maatschappij B.V.', Proefschrift 18 december 1995
8. Faas, A. et al, 'NHG-standaard lage rugpijn', Huisarts Wetenschap 1996; 39: 18-31
9. Heinrich, J., A. Burdorf, L.A.M. Elders, Risicofactoren voor ziekteverzuim vanwege lage rugklachten bij steigerbouwers. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002;5:298-304
10. 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
11. Hout, van den A., 'Beter terug met betere rug', Arbeidsomstandigheden 12-01/jaargang 77 (2001), pag. 38-39
12. Johanning, E. (MD, MSc), 'Evaluation and management of occupational low back disorders', American Journal of Industrial Medicine 2000;37:94-111
13. 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
14. KanKaanpää, M., et al, 'The Efficacy of active rehabilitation in chronic low backpain', Spine, 1999, 24(10), 1034-1042
15. Koes, B.W., M.W. van Tulder, 'Overzicht van (inter)nationale richtlijnen voor het beleid bij lage rugpijn', AKB, Rotterdam, juni 2001
16. Kuiper, I.J., Concept criteria document: criteria voor het bepalen van arbeidsgerelateerdheid van specifieke lage rugklachten, kenniscentrum AKB, 2004
17. Kuiper, I.J., 'Effectiviteit van persoonsgerichte preventieve interventies voor



Vervolg literatuur

- lage rugklachten', AKB, januari 2002
18. Law, et al, 'The person, environment and occupational model', Canadian Journal of Occupational Therapy, 1996; 63-1
 19. Loisel, et al, OEM 1994, 51:597-602
 20. Loisel, et al, Spine 1997, 22:2911-8
 21. Lötters et al, Achtergrondstudie voor het instrument voor vaststellen van de arbeidsgerelateerdheid van lage rugklachten, 2003
 22. 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 workactivities as predictors of future low backpain', Spine Volume 22, Number 10, pp 1143-1149
 23. Miedema, H.S., 'Effectiviteit van multidisciplinaire behandelprogramma's voor subacute en chronische lage rugklachten', AKB, juni 2002
 24. 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
 25. Pfaff, Th.M., W. van Mechelen, A. Vermeer, 'Secundaire preventie van aspecifieke lage rugklachten, TBV 5, nr 3 (juni 1997), pag. 86-97
 26. Staal, J.B., Bijdrage in het nationale Rugcongres, Rotterdam 2002
 27. 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
 28. 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
 29. Tulder, M.W. van, B.W. Koes, 'De effectiviteit van niet-operatieve behandelingen voor lage rugpijn', AKB, juni 2001



11

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, meestal



Vervolg bijlage

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, machogedrag, 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?





12 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 [NHG-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 blijft het noodzakelijk deze Werkwijzer deze Werkwijzer te evalueren en zo nodig aan te passen aan de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

