

TNO/EMGO-syllabus  
1080107

## **Training 'Casemanagement protocol Rugklachten' voor de bedrijfsarts in de 'usual care' groep**

TNO Arbeid/EMGO-instituut

Polarisavenue 151  
Postbus 718  
2130 AS Hoofddorp

Telefoon 023 554 93 93  
Fax 023 554 93 94

Datum  
31 augustus 2000

Auteur(s)  
Han Anema  
Ivan Steenstra  
Willem van Mechelen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO/EMGO-instituut.

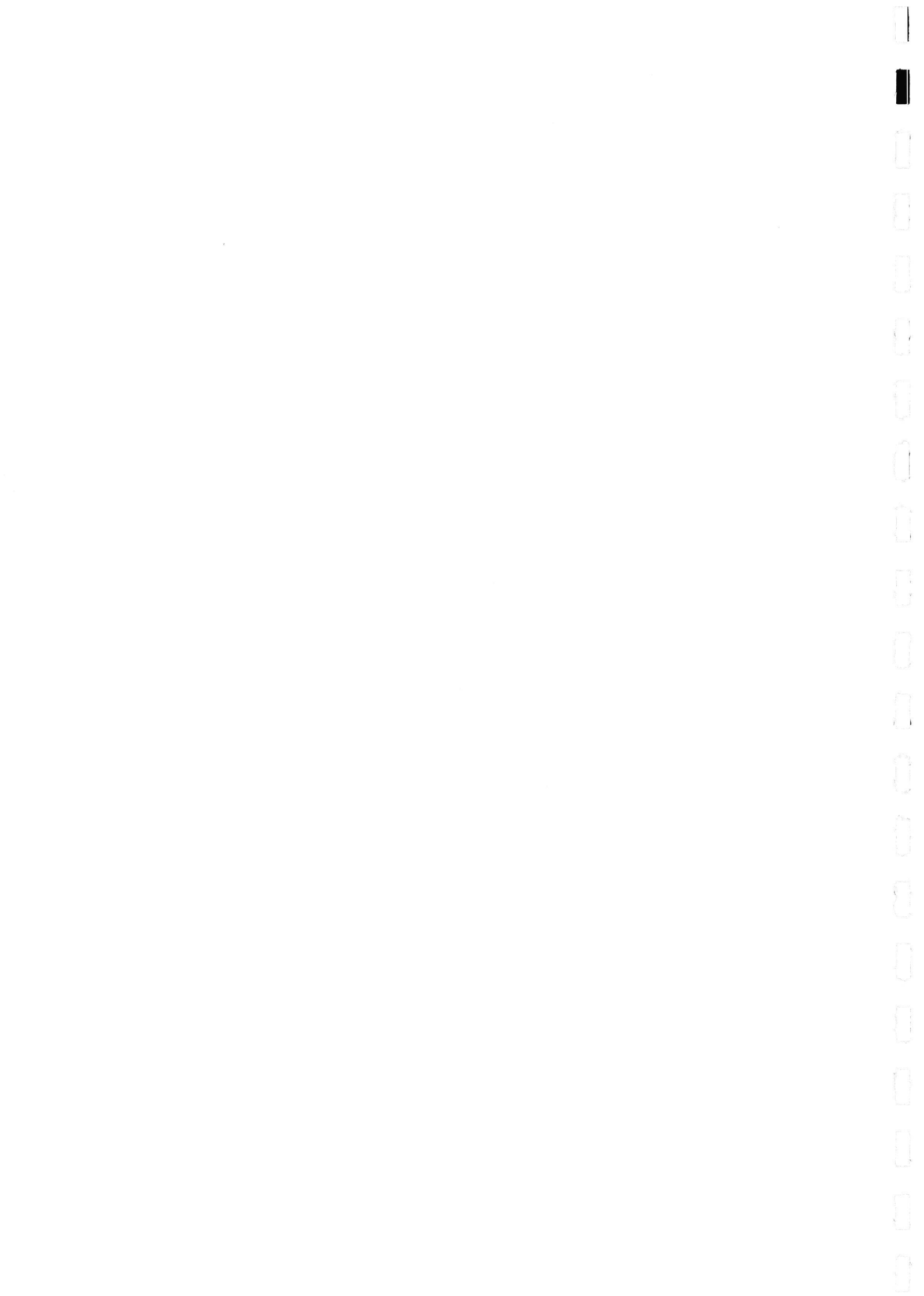
Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeksovereenkomsten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2000 TNO Arbeid/EMGO-instituut

TNO Arbeid (voorheen NIA TNO) is een kennisintensieve dienstverlener voor bedrijfsleven en overheid op het gebied van strategische arbeidsvraagstukken. Met als uitgangspunt een optimale inzet van mensen, houdt TNO Arbeid zich bezig met de innovatie van arbeid, organisatie en technologie, bevordering van arbeidsparticipatie en versterking van arbeidsomstandighedenbeleid.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO



## Inhoudsopgave

-Agenda voor training 'Casemanagement protocol Rugklachten'

-'Casemanagement protocol rugklachten' voor bedrijfsarts in de 'usual care' groep

Bijlagen:

- Contra-indicaties voor deelname aan de ASE-study voor de bedrijfsarts
- Aanmeldingsformulieren/ opdracht tot dienstverlening 'Graded Activity' door de Gezonde Zaak
- Communicatieprotocol Fysiotherapeut Gezonde Zaak-Bedrijfsarts
- Checklist verzuim

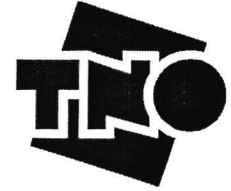
-Protocol Graded Activity ontwikkeld door de Vrije Universiteit

-Informatie voor huisarts betreffende ASE-onderzoek

-NVAB-Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Lage-rugklachten'

-Informatiebrief ASE-onderzoek voor de werknemer





**Agenda bedrijfsartsentraining usual care groep 'Amsterdam Sherbrooke-model Evaluation' (Onder voorbehoud):**

- 13.00      *Ontvangst met broodjes*
- 13.30      *Inleiding 'Belang van Amsterdam Sherbrooke-model Evaluation (ASE) voor de bedrijfsgezondheidszorg' door Prof. dr. Willem van Mechelen, bedrijfsarts VU/EMGO*
- 13.45      *Stand van zaken rond ASE door drs. Han Anema, bedrijfsarts TNO/VU*
- 14.00      *Differentiaal diagnostiek rugklachten (& verwijzindicaties) door dr. Bernard Uitdehaag, neuroloog AZVU*
- 14.30      *Protocol graded activity door drs. Ivan Steenstra/ drs. Bart Staal, bewegingswetenschapper /fysiotherapeut VU/EMGO*
- 15.00      *Koffie/thee & taart*
- 15.30      *Einde*

Van 15.30-17.00 uur wordt het programma vervolgd voor de bedrijfsartsen in de interventiegroep

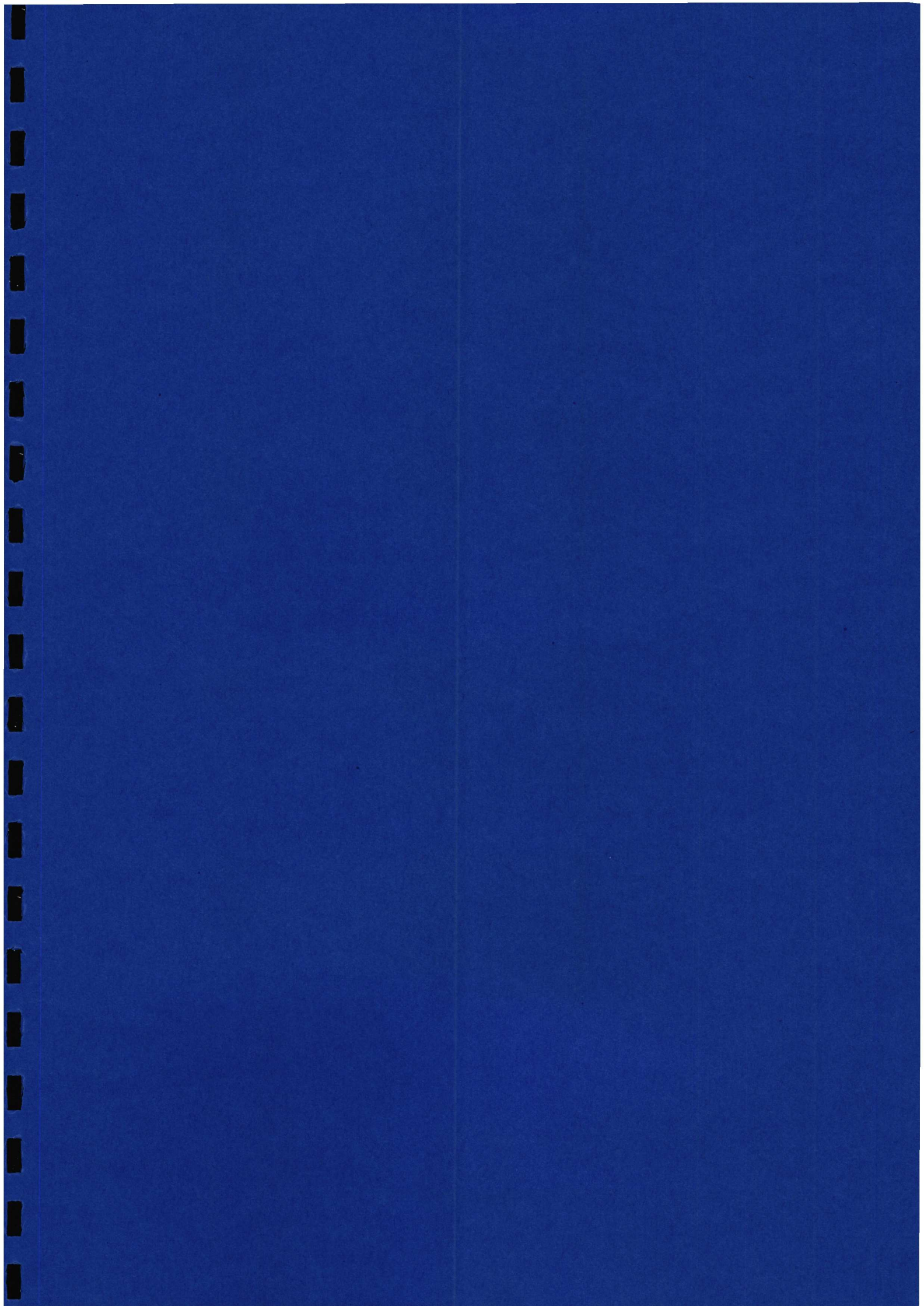
**Leerdoelen:**

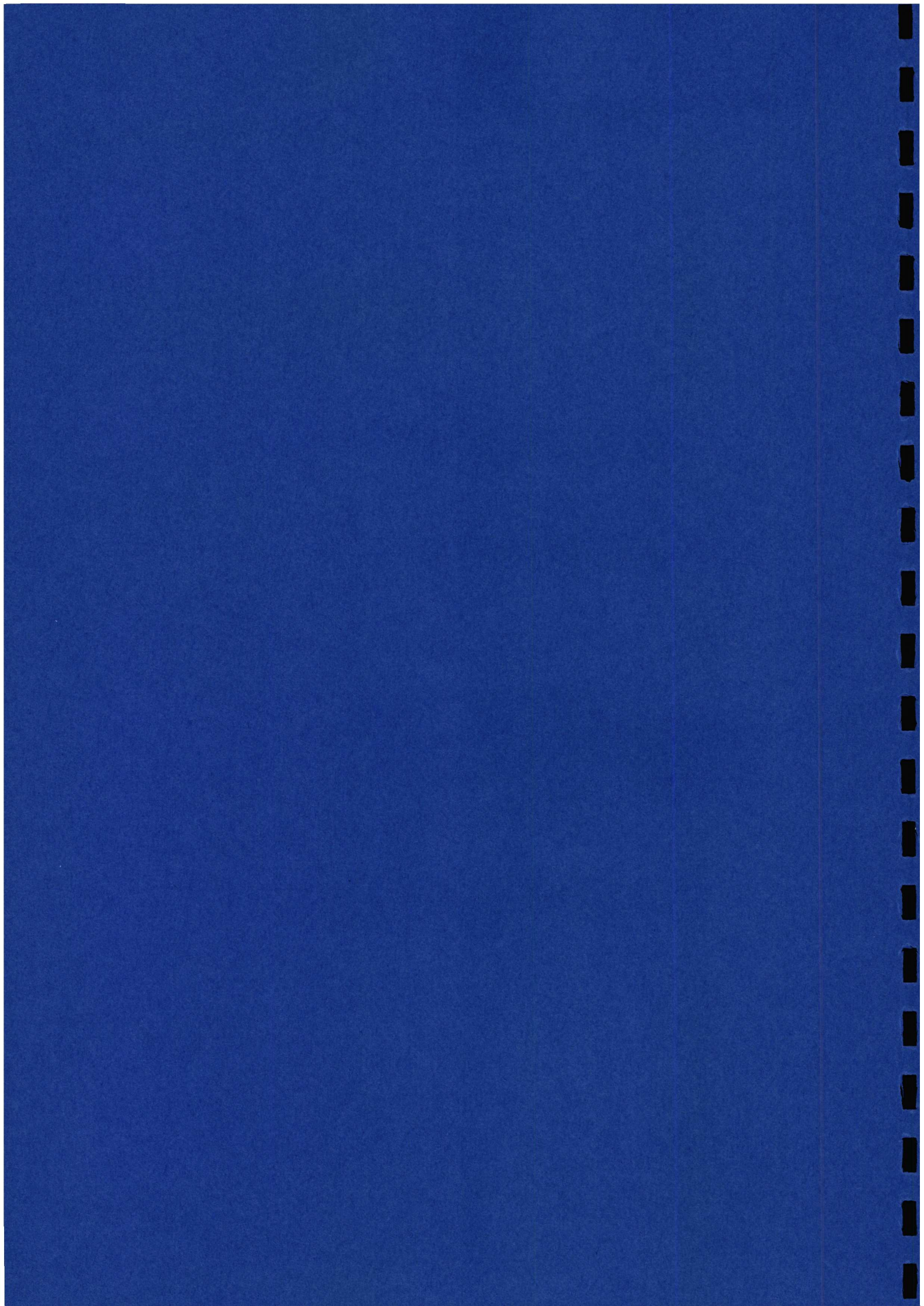
- basale kennis over opzet/protocol onderzoek (design, inclusie criteria) & plaats binnen de BGZ
- kennis differentiaal diagnostiek (a)specifieke rugklachten (zie NVAB-richtlijn)
- kennis graded activity protocol

**Literatuur:**

- Richtlijn voor bedrijfsarts 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten'.
- Protocol voor bedrijfsarts usual care groep (incl. contra-indicaties voor deelname aan onderzoek)
- Protocol Graded Activity

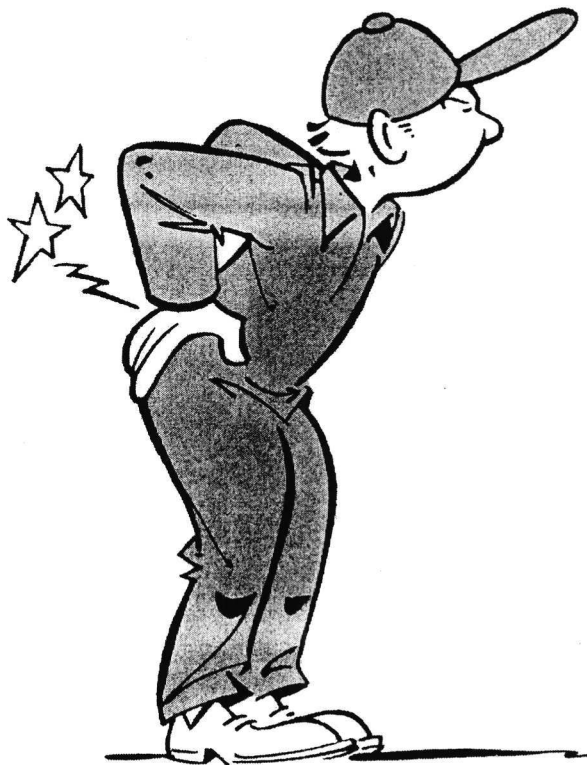


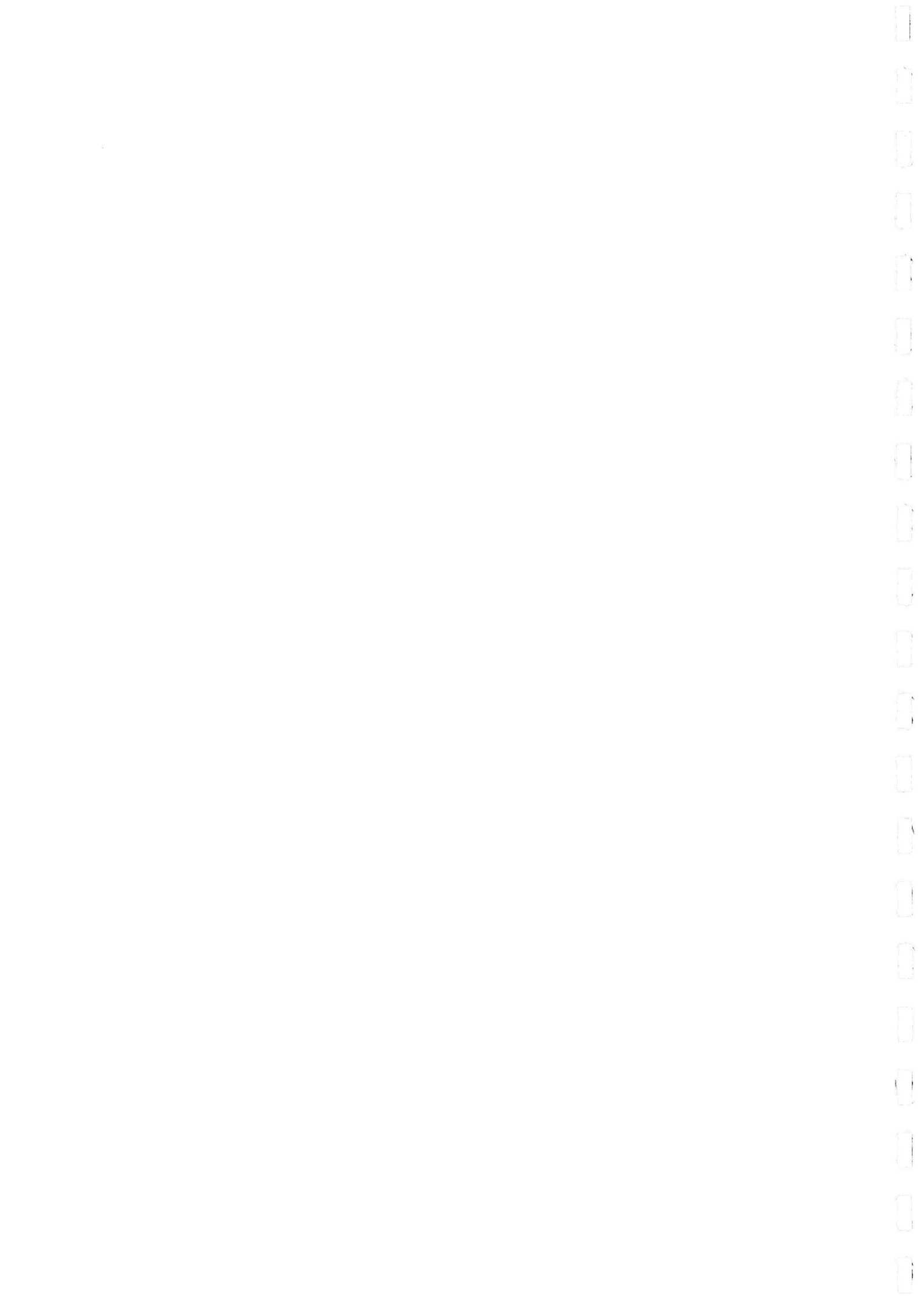






## Protocol voor bedrijfsartsen in de 'usual care' groep





# Case-management protocol voor de bedrijfsarts bij de begeleiding van werknemers met lage rugklachten.

## I Doel van het protocol.

Dit protocol beschrijft het handelen van de bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers die verzuimen ten gevolge van lage rugklachten. De bedrijfsarts heeft de rol van case-manager bij deze begeleiding. Dit protocol heeft als doel langdurig verzuim, disfunctioneren en arbeidsongeschiktheid ten gevolge van specifieke rugklachten en lumbosacraal radiculair syndroom met lichte klachten te voorkomen.

## II Samenvatting van het protocol.

De werknemer van een deelnemend bedrijf wordt ziekgemeld bij de Arbo-dienst. De secretariaatsmedewerker resp. verzuimrapporteur van de Arbo-dienst stuurt de werknemer een eigen verklaring (EV), legt een huisbezoek af of roept de werknemer rechtstreeks op voor het spreekuur. De verzuimende werknemer kan, ingeval van een EV of huisbezoek melden dat hij/zij verzuimt tengevolge van rugklachten. De secretariaatsmedewerker maakt voor deze werknemers zsm een oproep (uiterlijk na 6 weken na de eerste ziektedag) op het spreekuur en zendt informatie over het onderzoek mee.<sup>1</sup> Informed consent, inclusie, baseline meting en randomisatie vindt plaats voorafgaand aan het spreekuur door de onderzoeker. De bedrijfsarts let op contra-indicaties voor deelname en verricht de begeleiding conform de voor hem/haar gebruikelijke zorg. De bedrijfsarts geeft informatie over het onderzoek mee aan de werknemer voor de huisarts. Indien de werknemer desondanks na 8-10 weken verzuim het eigen werk nog niet volledig heeft hervat, kan de bedrijfsarts na loting de begeleiding continueren op de gebruikelijke wijze (zie NVAB-richtlijn) of de werknemer verwijzen naar het speciale oefenprogramma. Dit oefenprogramma is gebaseerd op 'graded activity' programma en kent een cognitief gedragsmatige benadering.

## III Afspraak werknemer voor inclusie, informed consent, basismeting & randomisatie.

Een patiënt van een deelnemend bedrijf komt in aanmerking voor het onderzoek als:

- Hij/zij op de eigen verklaring (EV) of aan de verzuimrapporteur aangeeft te verzuimen wegens rugklachten
- de eerste oproep op spreekuur uiterlijk na 6 weken plaatsvindt
- Voor de ziekmelding minimaal 1 maand aansluitend zich niet heeft ziekgemeld wegens rugklachten.

Indien de werknemer volgens deze criteria in aanmerking komt, stuurt de secretariaatsmedewerker hem/haar schriftelijk informatie over het onderzoek met de oproepbrief voor het spreekuur van de bedrijfsarts<sup>1</sup>. Afspraken voor het spreekuur worden gemaakt door de secretariaatsmedewerker in overleg met drs. Ivan Steenstra, bewegingswetenschapper (tel nr ), AIO van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit. Inclusie, informed consent, baselinemetingen & randomisatie van de patiënten worden 1 uur voor aanvang van het spreekuur verricht door Ivan Steenstra.

## IV Begeleiding door de bedrijfsarts

1. **Let op contra-indicaties voor deelname** (zie bijlage contra-indicaties bedrijfsarts)
2. **U verricht de begeleiding op de voor u gebruikelijke wijze.** (zie NVAB-richtlijn)
3. **Geef aan de werknemer informatie over het onderzoek mee voor de huisarts**
4. **Indien binnen 8-10 weken verzuim geen volledige werkhervatting:** U ontvangt hierover tzt bericht van de onderzoekers:
  - Vervolg met de begeleiding op de voor u gebruikelijke wijze of
  - Verwijs naar het speciale 'graded activity' oefenprogramma (zie, indien van toepassing, aanmeldingsformulier 'de Gezonde Zaak').

<sup>1</sup> Indien geen informatie over de klachten verkregen wordt door EV of huisbezoek, stuurt de secretariaatsmedewerker standaard informatie over het onderzoek met de oproep mee met het verzoek contact op te nemen in geval van rugklachten (zie bijlage protocol secretariaatsmedewerker).



## **VI Informatie over het onderzoek aan de huisarts. (zie betreffende hoofdstuk)**

De informatie aan de huisarts bestaat uit:

- 1) Informatie dat de patiënt (aspecifieke) lage rugklachten heeft en in aanmerking komt voor het Sherbrooke onderzoek, de huisarts wordt gevraagd het beleid van de bedrijfsarts als casemanager te steunen & evt contra-indicaties aan te geven.
- 2) Informatie over het Sherbrooke-onderzoek .
- 3) Antwoordkaart voor de huisarts, indien hij contra-indicaties voor deelname wil aangeven.

Indien er uitleg aan de huisarts/fysiotherapeut over het onderzoek gegeven moet worden, dan kan dat bedrijfsarts dit zelf doen of doorverwijzen naar H. Anema, bedrijfsarts en coördinator van het onderzoek.

## **VII Terugkoppeling en communicatie.**

*Oefenprogramma:*

- Na verwijzing naar de rugcholing (*indien van toepassing: zie bijlage communicatieprotocol 'de Gezonde Zaak'*) krijgt de bedrijfsarts schriftelijk na de intake en eens in de max. 4 weken informatie over de vorderingen van de training of zoveel eerder als nodig is. Het doel van de rugtraining is terugkeer in het eigen werk. Na de intake wordt er door de trainer-fysiotherapeut met de werknemer een werkherlevingsplan opgesteld<sup>3</sup>. De bedrijfsarts is als casemanager de eindverantwoordelijke en bepaalt wanneer en op welke wijze de werknemer het werk volgens dit plan hervat. Het zoeken naar passend werk voor de deelnemers in de interventiegroep verloopt via de BA aan de hand van het overleg met de trainer-fysiotherapeut.

Bij vragen of problemen kan de bedrijfsarts zich wenden tot:

Han Anema, bedrijfsarts/onderzoeker  
TNO Arbeid/Vrije Universiteit  
023-5549599  
[h.anema@arbeid.tno.nl](mailto:h.anema@arbeid.tno.nl)

Bijlagen:

- contraïndicaties voor deelname aan de ASE-study voor de bedrijfsarts
- aanmeldingsformulier graded activity 'de Gezonde Zaak'
- communicatieprotocol fysiotherapeut-bedrijfsarts 'de Gezonde Zaak'
- checklist verzuim

---

<sup>3</sup> De bedrijfsarts zal dit plan overnemen en kan slechts bij wijze van uitzondering en gemotiveerd afwijken.  
ASE-onderzoek, protocol bedrijfsarts in de 'usual care' groep versie 4 juli 2000  
JR Anema, I Steenstra, PM Bongers, HCW de Vet, W van Mechelen  
© Vrije Universiteit/TNO Arbeid



## Contra-indicaties voor deelname aan ASE-study voor bedrijfsarts

### *Vaststellen van contra-indicaties*

Door de AIO/onderzoeker (Ivan Steenstra) wordt aan de hand van vragenlijsten de werknemer ingesloten. Het is de taak van de bedrijfsarts daarna in het eerste spreekuurcontact onderstaande contra-indicaties aan te geven voor deelname aan de ASE-studie.

### *Pathologie van bewegingsapparaat*

Deelname is gecontra-indiceerd als de patiënt een *radiculaire lumbo-sacraal syndroom* heeft met:

- Heftige pijn en/of
- Motorische uitval en/of
- Veel beperkingen

Voort is deelname gecontra-indiceerd bij overige specifieke rugklachten door fractuur, tumor, infectie en oorzaken buiten de rug gelegen: zoals *wervelmetastase*, *spondylodisciitis* (bijvoorbeeld als gevolg van TBC), *osteoporotische wervelfractuur*, of langdurig bestaande klachten als gevolg van *spondylitis ankylopoietica* (ziekte van Bechterew), *deformiteiten die pijnklachten verklaren*, *reumatoïde artritis*. Bij ernstige twijfel over de diagnose dient u te verwijzen naar en te overleggen met de huisarts.

### *Pathologie op cardiaal gebied:*

Cardiologische klachten die veilige deelname aan fysieke inspanning belemmeren, zoals *angina pectoris*, *recent doorgemaakt myocardinfarct* e.d. vormen een absolute contra-indicatie voor deelname. De BA neemt bij verdachte klachten uitgebreide cardiologische anamnese af en bij twijfel dient u te verwijzen naar en te overleggen met de huisarts.

### *Pathologie op psychisch gebied.*

De volgende beelden vormen een contra-indicatie voor deelname aan de interventie:

*Psychose, ernstig neurotisch gedrag.*

Dit wordt door de bedrijfsarts beoordeeld aan de hand van de anamnese en gegevens in het dossier. Bij twijfel dient u te verwijzen naar en te overleggen met de huisarts.

### *Overige contra-indicaties:*

Een arbeidsconflict met juridische verwickelingen.







**Opdracht tot dienstverlening te leveren door de Gezonde Zaak  
Onderzoeken VU/EMGO en TNO: Sherbrooke model**

**Persoonlijke gegevens opdrachtgever**

Naam bedrijf :  
 Achternaam : O Man O Vrouw  
 Voorletters : Functie :  
 Telefoon : Mail adres :  
 Adres :  
 Postcode : Plaats :

**Gegevens ten behoeve van de facturering (indien identiek aan uw gegevens, hoeft u niets in te vullen)**

Adres : Ter attentie van :  
 Postcode : Plaats :

**Persoonlijke gegevens cliënt**

Achternaam : O Man O Vrouw  
 Voorletters : Geboortedatum :  
 Adres : Afdeling :  
 Postcode : Functie :  
 Plaats :  
 Telefoon :  
 Aantal uren : Bedrijfsarts : O Man O Vrouw  
 Voorletters :  
 Tel. Bedrijfsarts:

Aard van werkzaamheden:

Opgave andere werkzaamheden:

**Ziektemeldingegevens**

Datum eerste ziektedag : % in ziektewet: %  
 Percentage arbeidsongeschiktheid : ....% O n.v.t.

**Diagnosegegevens**

Geprognostiseerde werkhervattingdatum:

**Memo, aanvullende informatie of opmerkingen ten behoeve van de dienstverlener**

**Gewenste dienstverlening en tarieven exclusief B.T.W.**

O Sherbrooke model

f 1.750.-

**Procedure**

Dit formulier mailen naar: [casemonitoring@degezondezaak.nl](mailto:casemonitoring@degezondezaak.nl) of faxen naar: 026-3201889. Uw opdracht wordt bewaakt door het team casemonitoring van de Gezonde Zaak, bereikbaar op telefoon: 026-3201881.

Binnen één week vindt de intake/interventie plaats. Heeft u vragen omtrent de voortgang van de intake/interventie, kunt u contact opnemen met het team casemonitoring. Regelmatig wordt u per mail/telefoon geïnformeerd omtrent de voortgang van de intake/interventie.



## Communicatieprotocol fysiotherapeut-bedrijfsarts (geldend voor Sherbrooke model)

**Doel:** alle dienstverlening structureel schriftelijk en mondeling laten communiceren met bedrijfsarts van de opdrachtgever. Hiervoor dienen de procedures duidelijk te zijn.

*Schriftelijke communicatie* tussen dienstverlener en bedrijfsarts dient een aantal stappen te bevatten. Per opdrachtgever en dienstverlening gelden specifieke afspraken over de inhoud van casemonitoring. Deze specifieke afspraken worden bij elke aanvraag voor intake en vervolg dienstverlening toegezonden aan de dienstverlener.

*De stappen zijn als volgt:*

1. Na toezending van aanvraag voor intake Sherbrooke model via casemonitoring binnen een werkdag contact opnemen met cliënt voor planning eerste afspraak
2. De eerste afspraak dient binnen twee werkdagen na het verzoek van start te gaan
3. Datum eerste contact en datum afspraak bevestigen aan casemonitoring, bij voorkeur via mail: of via fax **026-3201889** of tel **026-3201881**.
4. Direct na intake contact opnemen met bedrijfsarts.
5. Na contact de rapportage arbodienst faxen naar **026-xxxx (definitief faxnummer volgt nog)**.
6. Na fiat hoofdkantoor (binnen halve werkdag) alleen “rapportage arbodienst en rapportage werknemer” sturen naar het aanspreekpunt van de opdrachtgever, op het papier zoals aangegeven vanuit casemonitoring. Omdat pre autorisatie van toepassing is dient direct vermeld te worden wanneer de eerste instructie is gepland. In rapportage opnemen wanneer dienstverlener telefonisch bereikbaar is en op welk nummer.
7. Autorisatie voor vervolg is al aanwezig! Daarom: binnen meteen afspraak maken met cliënt voor eerste instructie.
8. De instructie dient binnen twee werkdagen na intake van start te gaan.
9. Datum eerste instructie bevestigen aan casemonitoring, bij voorkeur via mail: of via fax **026-3201889** of tel **026-3201881**.
10. Na ongeveer twee behandelingen telefonisch contact opnemen met bedrijfsarts
11. Na de 8<sup>ste</sup> sessie tussenrapportage maken en verzenden, waarin opgenomen is de onderwerpen zoals aangegeven in smartmaster. (ook vermelden wanneer dienstverlener telefonisch bereikbaar is en op welk nummer voor overleg/toelichting).
12. Laatste sessie is eindevaluatie: eindrapportage (onderwerpen beschrijven zoals omschreven in smartmasters) dezelfde dag maken en faxen naar casemonitoring: **026-3201889**.
13. Na fiat (binnen halve werkdag) rapportage arbodienst en rapportage werknemer sturen naar het aanspreekpunt van de opdrachtgever.

*Mondelinge communicatie:*

Het aantal keer mondeling overleg per interventie is afhankelijk van de wensen van de bedrijfsarts. Als een bedrijfsarts graag elke week op de hoogte gehouden wil worden, dan dient de dienstverlener dit te doen. Dit kan ook via de mail, als dit afgesproken is.

**Direct en verplicht** dient er contact met de bedrijfsarts genomen te worden, als er verandering in situatie/behandeling is opgetreden.



## Staffellijst Werknemer & Werkhervatting

**Wilt u hieronder aangeven wanneer en welke veranderingen hebben plaatsgevonden in de werkhervatting en werkhervattingspercentage?**

ASE- nummer werknemer: .....

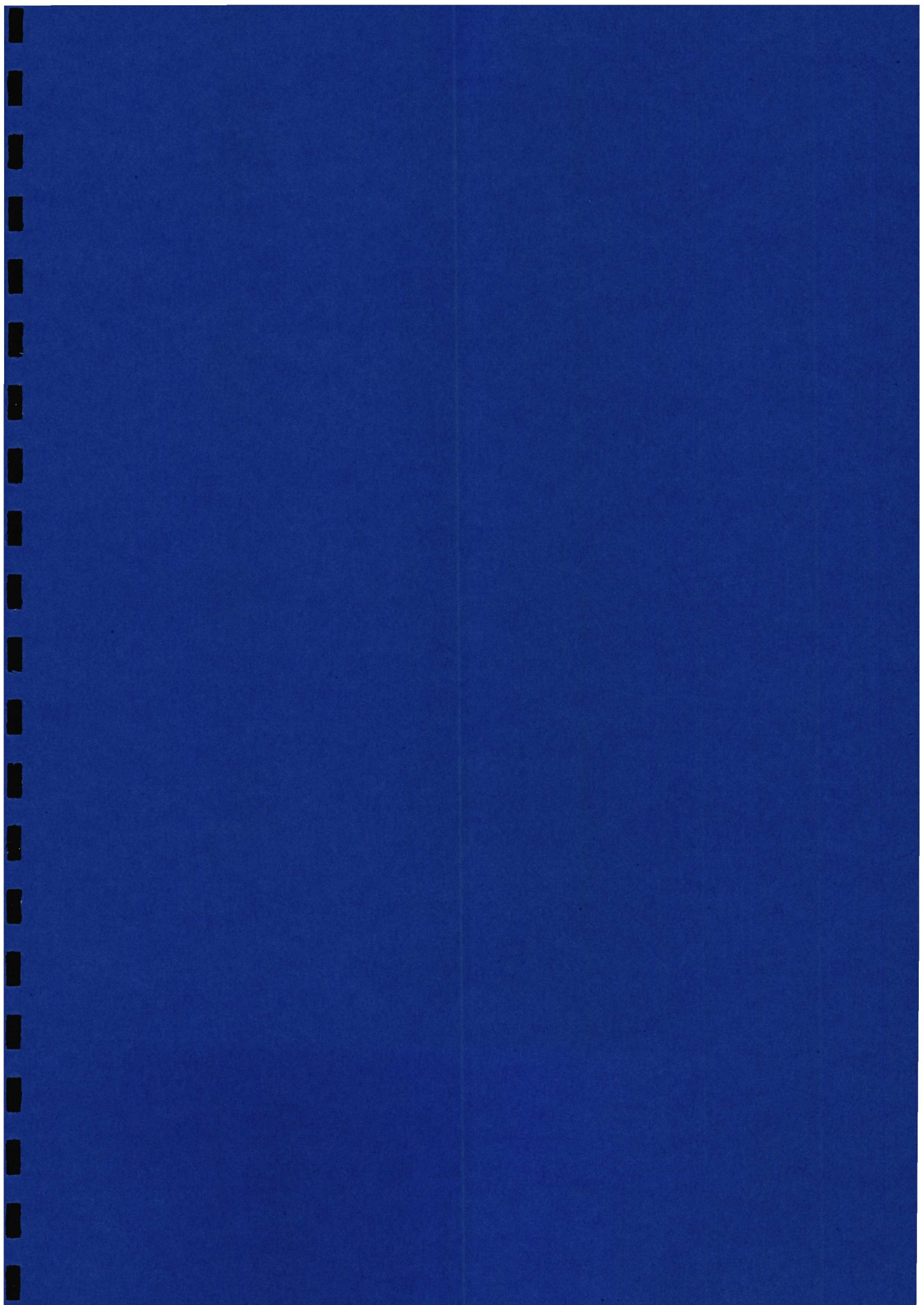
Naam bedrijfsarts: .....

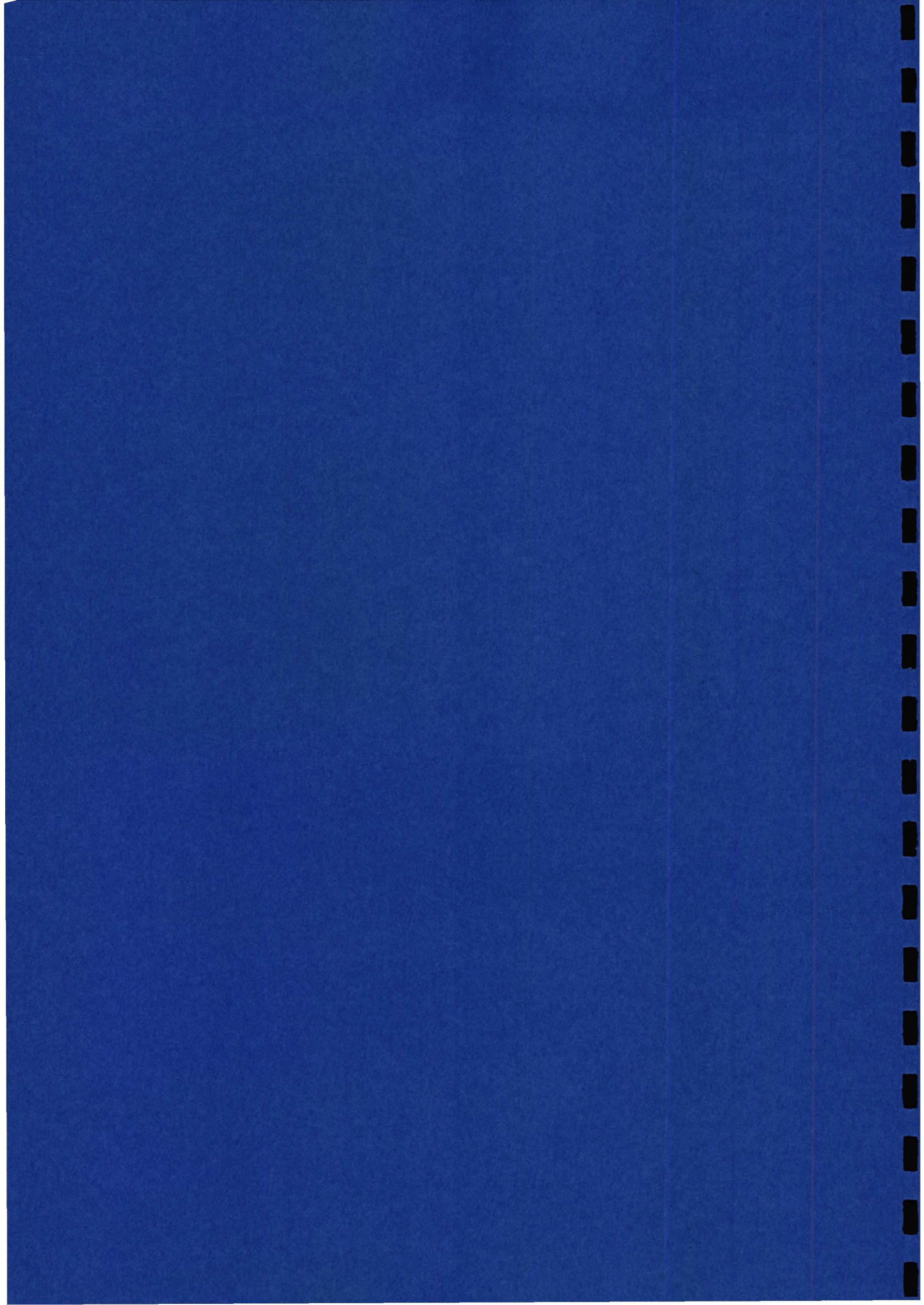
	Datum (verandering)	% werkhervatting	Werkhervatting in eigen ( evt) aangepast werk	Werkhervatting in ander werk
<i>Eerste ziektedag</i>	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...../...../.....	.....%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**U dient deze lijst in het dossier van de werknemer te bewaren en te gebruiken bij het invullen van de vragenlijsten. Wij zullen u vragen deze lijst 1 jaar na de eerste zieke dag te versturen aan H. Anema/I. Steenstra, TNO Arbeid, Postbus 718 2130 AS Hoofddorp.**











**Informatie aan de huisarts over het ASE-onderzoek**

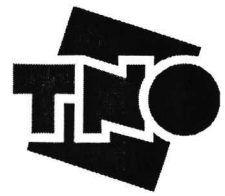






## Het ASE-onderzoek

Informatie voor de huisarts van de deelnemer



Het ASE-onderzoek (Amsterdam Sherbrooke-model Evaluation study) richt zich op werknemers die zich ziek hebben gemeld wegens niet-specifieke lage rugklachten en/of lumbosacraal radiculair syndroom met lichte klachten. Voorwaarde voor deelname aan dit onderzoek is dat de werknemer minimaal 2 en max. 6 weken verzuimt.

### **Toelichting Onderzoek**

TNO Arbeid en Vrije Universiteit verrichten in samenwerking met arbodiensten een onderzoek naar het effect van een casemanagement-programma door de bedrijfsarts bestaande uit: geprotocolleerde begeleiding van de bedrijfsarts en werkaanpassingen (interventie I), speciaal oefenprogramma (Interventie II) of een combinatie van beide (interventie III). Deze interventies worden vergeleken met de tot nu toe gebruikelijke behandeling door de bedrijfsarts (IV). Dit casemanagement-programma is ontleend aan een consensusrapport van de Quebec Taskforce on Spinal Disorders en is in een RCT in Canada succesvol gebleken.

### **Contraindicatie**

De bedrijfsarts onderzoekt de medewerker en beoordeelt of er contraïndicaties zijn voor deelname aan dit onderzoek. Patiënten met specifieke rugklachten zoals, een radiculair syndroom, metastasen in het skelet, de ziekte van Bechterew of andere specifieke diagnoses, alsmede patiënten met cardiologische contra-indicaties en zwangere patiënten worden uitgesloten van deelname aan het onderzoek.

### **Informed consent, baseline-meting & randomisatie**

Wanneer de patiënt aan de insluitcriteria voldoet, wordt deze gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Indien de patiënt aan het onderzoek wil deelnemen wordt een baseline-meting verricht (vragenlijst). Na de baseline-meting worden de werknemers at random verdeeld in 4 groepen met bovenstaande interventies (I t/m III) of usual care (IV). De "usual care" groep wordt door de bedrijfsarts op de gebruikelijke wijze behandeld (conform de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde voor de begeleiding van patiënten met lage rugklachten).

### **Werkaanpassingen**

De werkaanpassingen worden 2 weken na de ziekmelding uitgevoerd in overleg met werknemer, werkgever en ergonomoom van de Arbodienst (volgens een participatieve methode).

### **Speciale oefenprogramma**

Het "Graded Activity" oefenprogramma wordt aangeboden als de werknemer 8 weken na de ziekmelding nog niet volledig het werk hervat heeft. Het "Graded Activity" programma bestaat uit een fysiek oefenprogramma uitgaande van een gedragsgeoriënteerde benadering en is gericht op werkhervatting. Het oefenprogramma wordt 2 maal per week uitgevoerd en wordt beëindigd wanneer de medewerker zijn werk volledig, zonder functionele beperkingen, heeft hervat. Het kent een maximale duur van 3 maanden. Het programma wordt uitgevoerd door een Fysiotherapiepraktijk, specifiek getraind in deze aanpak.

### **Informatie en afstemming met de huisarts**

De bedrijfsarts informeert en/of stemt af standaard met de huisarts over zijn advies/beleid bij inclusie van patiënten in de interventiegroep I en III. Hierrtoe wordt een communicatieformulier gebruikt. De werknemer is zelf betrokken bij het opstellen van dit communicatieformulier en zorgt dat de huisarts dit ontvangt. Desgevraagd kan de huisarts op dit formulier i.o.m. de werknemer zijn reactie op het beleid geven. Wij vragen u de werknemer conform de NHG-standaarden te begeleiden (Lage rugpijn en LS radiculair syndroom).

### **Effectmeting**

Bij alle groepen vinden effectmetingen na 10, 26 en 52 weken plaats. Deze metingen bestaan uit het invullen van enkele vragenlijsten. De belangrijkste uitkomstparameters van het onderzoek zijn het arbeidsverzuim, de mate van rugpijn en de functionele status van de patiënt.

Het onderzoek neemt in totaal 4 jaar in beslag, waarvan de meetfase van september 2000 tot september 2002 duurt. De rapportage wordt verwacht aan het eind van het jaar 2003.

Het onderzoek is mogelijk gemaakt door subsidie van NWO en ZON. Het onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie voor Mensgebonden Onderzoek van de Vrije Universiteit te Amsterdam.



Naam huisarts:

Adres:

Datum, .....plaats.....

Betreft:.....(naam, geboortedatum van patiënt).

Geachte collega,

Bijgaand treft u informatie aan over de Amsterdam Sherbrooke-model Evaluation onderzoek (ASE). Het ASE-onderzoek is een interventieonderzoek naar het effect van een casemanagement-programma door de bedrijfsarts bij patiënten met niet-specifieke lage rugklachten of met een lumbosacraal radiculair syndroom met lichte klachten. Het onderzoek wordt in de bijlage kort toegelicht.

Uw patiënt doet mee aan dit onderzoek en zal in het kader van dit onderzoek de gebruikelijke begeleiding ontvangen van de bedrijfsarts, conform de richtlijn "lage rugklachten" van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Indien uw patiënt **na 8 weken nog niet volledig werkt**, vindt loting plaats. Afhankelijk van de uitslag van de loting verwijst de bedrijfsarts uw patiënt daarna naar het in de bijlage beschreven oefenprogramma of hij continueert de gebruikelijke begeleiding.

Graag wil ik hierbij uw medewerking aan dit onderzoek vragen. Dit houdt in dat u uw gebruikelijke behandeling van lage rugklachten toepast, bij voorkeur conform de NHG-standaard.

Het is voor een goed beloop van het onderzoek belangrijk te weten of bij u contra-indicaties voor deelname aan het speciale oefenprogramma bekend zijn. U kunt hierbij bijvoorbeeld denken aan ernstige cardiale problematiek die deelname aan het oefenprogramma onmogelijk maakt (zie ook bijlage informatie ASE-study). Wilt u in het geval van contra-indicaties dit per ommekeer laten weten? U kunt relevante informatie op de bijgevoegde antwoordkaart vermelden en aan de bedrijfsarts van uw patiënt toesturen.

Uw patiënt wordt vervolgens gevraagd na 10, 26 en 52 weken een vragenlijst in te vullen voor effectmetingen.

Mocht u over dit onderzoek nog vragen hebben dan kunt u overleggen met de bedrijfsarts van uw patiënt (zie hieronder) of de aan het project verbonden bedrijfsarts/onderzoeker dhr. H. Anema, telefoon 023-5549599 (TNO Arbeid).

Met dank voor uw medewerking en tot nadere toelichting bereid, verblijf wij,  
Met vriendelijke groet,

H. Anema, bedrijfsarts/onderzoeker  
TNO Arbeid/Vrije Universiteit

.....bedrijfsarts  
telnr.....



Bijlage:

-Informatie over het ASE-onderzoek



**Antwoordkaart voor de huisarts bij contra-indicaties voor deelname aan het ASE-onderzoek.**

Geachte collega,

Door middel van deze antwoordkaart en antwoordenvolpoe kunt u aan de bedrijfsarts van uw patiënt bij u bekende contra-indicaties voor de deelname aan het Amsterdam Sherbrooke-model Evaluation onderzoek (ASE) kenbaar maken.

De bedrijfsarts van uw patiënt heeft geen contra-indicaties inzake deelname aan het ASE-onderzoek kunnen vaststellen. Mochten evenwel dergelijke contra-indicaties bij u bekend zijn wilt u ons per omgaande hiervan op de hoogte stellen?

Indien wij van u binnen 1 week na dato, als vermeld in het begeleidend schrijven, geen bericht ontvangen, dan gaan wij er vanuit dat u geen contra-indicaties bekend zijn die deelname aan de interventie onmogelijk maken.

Antwoordkaart

Naam van de patiënt:

Geboorte datum:

Deelname aan het ASE-onderzoek naar de behandeling van lage rugklachten van bovengenoemde persoon is gecontra-indiceerd wegens volgende redenen:

- Specifieke afwijkingen van het bewegingsapparaat, te weten:
- Afwijkingen op cardilogisch gebied, te weten:
- Problematiek op psychologisch/psychiatrisch gebied, te weten:
- Problematiek op sociaal gebied, te weten:
- Overige contra-indicaties, te weten:

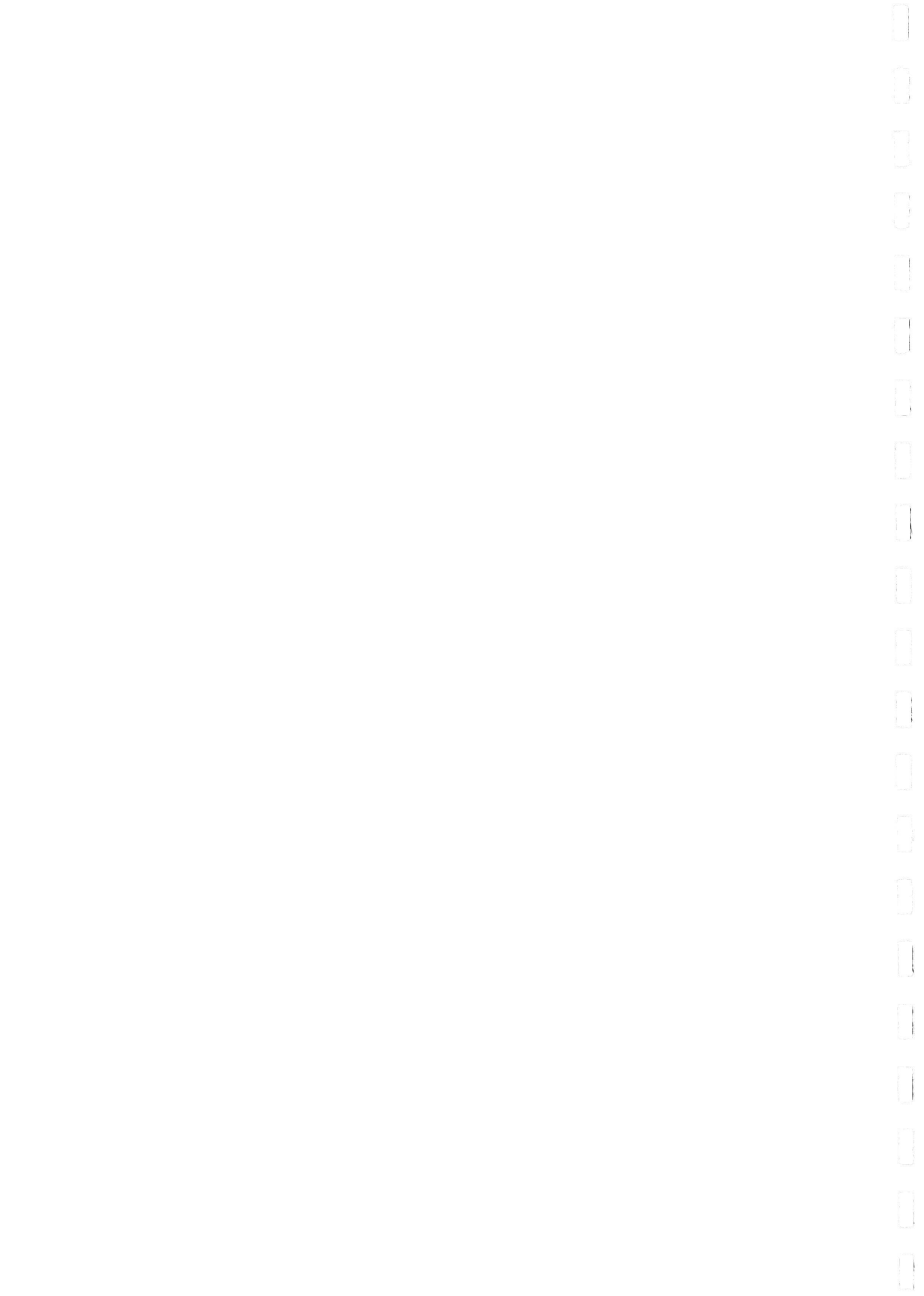
Opmerkingen:

Datum:

Naam:

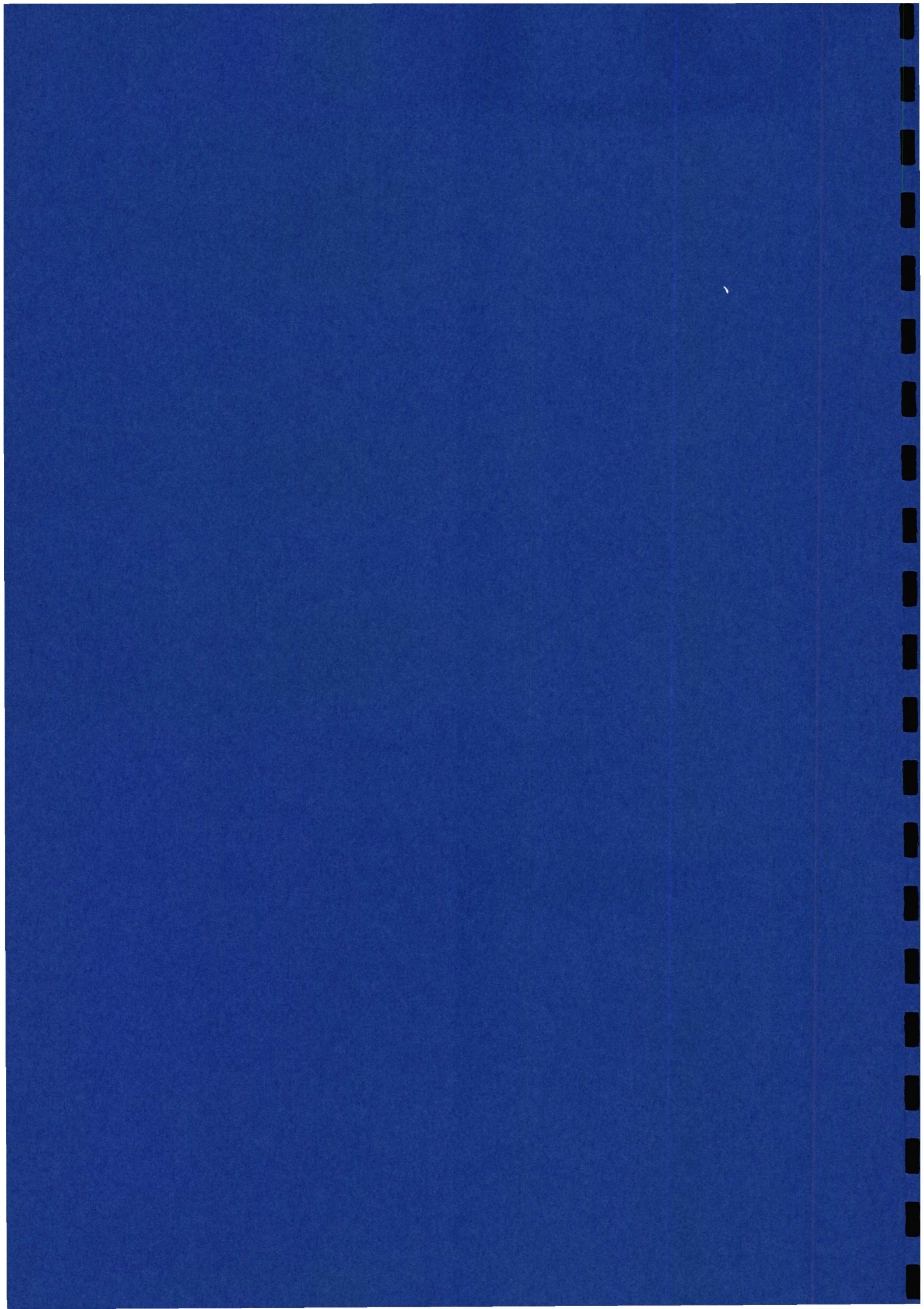
Handtekening:











## Protocol voor fysiotherapeut

*Een rugoefenprogramma volgens de "GRADED ACTIVITY" methode*

Herziene versie in het kader van Amsterdam Sherbrooke Evaluation



Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevens bestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

ASE-onderzoek, protocol fysiotherapeut, versie 3-7-2000

B.Staal, H.Hlobil, W. van Mechelen, T. Smid

© Afdeling Sociale Geneeskunde en het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek  
Vrije Universiteit, Amsterdam Vrije Universiteit

## **1. Benodigdheden**

### Agenda.

Een aparte agenda, waarin afspraken met de deelnemers genoteerd worden.

### Patiëntenkaart.

Een kaart waarop, naast administratieve gegevens en anamnese, per bijeenkomst gegevens vermeld kunnen worden die naar de mening van de fysiotherapeut relevant kunnen zijn voor het verdere verloop van de behandeling (bijvoorbeeld veranderingen in de psychosociale situatie van de deelnemer, opgelopen blessures, ziekte etc.).

### Behandelmap.

Een map (ringband) waarin gegevens over het verloop van de behandeling genoteerd worden zoals de oefeningen die gedaan zijn met de bijbehorende quota. Iedere deelnemer heeft zijn eigen behandelmap. De aantekeningen in deze behandelmap worden tevens als feedback gebruikt over de bereikte progressie.

### Oefenapparatuur.

Fietsergometer, roeiergometer, opstapbankje (step), “Latissimus machine”, “lower back bench”, halters, dumbbells, kratten en oefenmat.

## **2. Oefenduur en frequentie**

De oefenbijeenkomsten vinden plaats met een frequentie van 2 bijeenkomsten per week. De bijeenkomsten duren ongeveer één uur. De eerste bijeenkomst duurt langer en neemt ongeveer 1,5 uur in beslag.

## **3. Totale duur van de “graded activity” behandeling**

Het totale oefenprogramma bestaat maximaal uit 26 bijeenkomsten (maximale duur ongeveer 3 maanden). Het oefenprogramma kan eerder worden stopgezet als voldaan wordt aan het criterium dat de deelnemer het werk volledig heeft hervat in zijn normale functie. Wanneer de deelnemer binnen 4 weken na werkhervatting wederom verzuimt vanwege lage rugpijn kan de deelnemer opnieuw in het programma worden opgenomen (zelfde ziektegeval).

## **4. De eerste 3 bijeenkomsten**

Na binnenkomst van de deelnemer voor de eerste bijeenkomst begint de fysiotherapeut met het invullen van de naam en verdere administratieve gegevens van de deelnemer op een patiëntenkaart.

### Anamnese.

Aan het begin van de eerste bijeenkomst wordt een korte anamnese afgenomen om een indruk te krijgen van de klachten c.q. klachtenbeleving van de deelnemer. Deze anamnese bestaat uit de volgende vragen:

- a) Wat is precies uw klacht (exact uitvragen)?
- b) Hoe lang heeft u deze klacht al (tjidslijn)?
- c) Zijn de klachten in de loop van de tijd toegenomen, afgenomen of gelijk gebleven?
- d) Heeft u een idee hoe de klacht ontstaan is en wat de oorzaak van de klacht is? Denkt u dat uw rugklachten mede veroorzaakt worden door het werk?
- e) Wat heeft de bedrijfsarts verteld over het ontstaan en de oorzaak van de rugklachten (de fysiotherapeut dient de mening van de bedrijfsarts te bevestigen)?
- f) Zijn er handelingen of bewegingen in het dagelijkse leven of in uw werksituatie die u meer moeite kosten t.g.v. de rugklachten? Zo ja, welke handelingen of bewegingen zijn dat?
- g) Wanneer denkt u uw werk weer te kunnen hervatten en wat is voor u een voorwaarde om het werk weer te kunnen hervatten?

De fysiotherapeut noteert de antwoorden die de deelnemer op de bovenstaande vragen geeft in telegramstijl op de patiëntenkaart. De anamnese duurt maximaal 5 minuten.

### Lichamelijk onderzoek.

De fysiotherapeut verricht vervolgens een lichamelijk onderzoek. Voor het lichamelijk onderzoek dient de deelnemer met de wervelkolom de volgende bewegingen te maken: flexie, extensie, lateroflexie naar links en naar rechts, rotatie naar links en naar rechts. Wanneer de deelnemer uitstralende pijn heeft tot voorbij de knie, voert de fysiotherapeut een kort neurologisch onderzoek uit (proef van Lasègue c.q. Bragard, kniepeesreflex en / of achillespeesreflex, de sensibiliteit van de voet).

Aan de hand van het lichamelijk onderzoek bevestigt de fysiotherapeut de conclusie van de bedrijfsarts. Deze had geconstateerd dat de deelnemer geen afwijkingen aan de rug heeft. De fysiotherapeut vertelt de deelnemer dat hij / zij het met de bedrijfsarts eens is en dat er naar zijn / haar oordeel eveneens geen sprake is van afwijkingen aan de rug.

### Voorlichting.

Aansluitend krijgt de deelnemer een korte voorlichting over rugpijn. Deze voorlichting vindt individueel plaats.

De volgende onderwerpen worden besproken. De fysiotherapeut maakt hiervoor gebruik van een bullet-lijst.

a) Hoe ontstaan lage rugklachten?

Lage rugpijn ontstaat meestal door overbelasting van de structuren in de rug: te vlug of te zwaar tillen, of het maken van een verkeerde beweging speelt hierbij een rol. Men kan de rug ook overbelasten door de rugspieren langdurig aan te spannen. Mensen spannen hun rugspieren vaak aan zonder dat ze het in de gaten hebben.

Het is niet altijd duidelijk waardoor iemand rugklachten heeft. Het kan zijn dat meerdere oorzaken tegelijk een rol spelen. Bijvoorbeeld een slechte lichamelijke conditie, veel autorijden en spanningen.

b) Kan het kwaad?

Hoewel rugpijn erg vervelend kan zijn, wordt het meestal niet veroorzaakt door iets ernstigs. Ook niet als de pijn erg is.

c) Wat kunt u er zelf aan doen?

Door te bewegen zorgt u ervoor dat u eerder van uw klachten af bent. Iemand met lage rugklachten moet in beweging blijven, ondanks de pijn. **De pijn die u nu heeft, is geen teken dat er iets beschadigd is (de fysiotherapeut moet dit sterk benadrukken).**

Wandelen, fietsen en zwemmen zijn goede activiteiten. Als de algehele conditie (en ook de conditie van de rug- en buikspieren) beter wordt, zal de pijn afnemen.

Wanneer de deelnemer bovenstaande informatie niet begrijpt, verklaart de fysiotherapeut de rugklachten aan de hand van een belasting-belastbaarheids model. De deelnemer wordt verteld dat de belasting en de belastbaarheid van de rug met elkaar in evenwicht moeten zijn om klachten te voorkomen. Dit evenwicht kan men vergelijken met een weegschaal. Wanneer de rug een grotere belasting moet ondergaan, kan dit alleen opgevangen worden als de rug voldoende belastbaar is. Om overbelasting te voorkomen is het dus belangrijk om een goede conditie en sterke spieren te hebben.

Basislijn metingen.

De fysiotherapeut legt vervolgens aan de deelnemer de opzet van het “graded activity” oefenprogramma uit:

- De fysiotherapeut vertelt dat de eerste 3 bijeenkomsten bedoeld zijn voor het doen van basislijn metingen.
- Het doel van deze basislijn metingen wordt toegelicht. De fysiotherapeut vertelt de deelnemer dat met behulp van de basislijn metingen de conditie van de deelnemer voor verschillende

oefenvormen bepaald wordt en dat aan de hand hiervan een plan gemaakt wordt voor een stapsgewijze opbouw in de zwaarte van het oefenprogramma.

- De fysiotherapeut vertelt de deelnemer dat het programma beëindigd wordt wanneer de deelnemer het werk weer volledig heeft hervat (de deelnemer wordt niet verteld dat het programma een maximale duur heeft van 3 maanden).
- Met de deelnemer wordt afgesproken dat er een streefdatum voor werkhervatting zal worden vastgesteld. Dit wordt gedaan nadat de basislijn metingen verricht zijn.
- De deelnemer wordt verder medegedeeld dat er na iedere 6 oefenbijeenkomsten een evaluatiegesprek plaatsvindt tussen de fysiotherapeut en de deelnemer waarin de progressie besproken wordt, evenals de mogelijkheden voor werkhervatting.

De basislijn metingen worden gedaan voor een zestal vaststaande oefenvormen en drie door de fysiotherapeut vrij te kiezen oefenvormen. De vrij te kiezen oefenvormen worden door de fysiotherapeut vastgesteld aan de hand van handelingen of bewegingen die de deelnemer als problematisch aangeeft ten gevolge van de lage rugklachten (zie anamnese). Het is de bedoeling dat twee van deze vrije oefenvormen tijdens de oefenbijeenkomsten gedaan worden. Eén oefenvorm dient door de deelnemer thuis geoefend te worden.

#### Basislijnmeting 1: Fietsergometer:

De deelnemer wordt gevraagd 10 minuten te fietsen op een fietsergometer. De deelnemer dient gedurende 10 minuten gegeven zijn klachten zo “ver” mogelijk te fietsen (Fordyce: “working to tolerance”). Het Wattage en de snelheid van fietsen stelt de deelnemer naar eigen inzicht vast. De deelnemer stopt desgewenst eerder wanneer pijn of vermoeidheid hem daartoe dwingen. Hij bepaalt dan zelf het moment van stoppen. De fysiotherapeut noteert in de behandelmap de afstand die is afgelegd, het wattage en de snelheid alsmede de tijd die de deelnemer heeft gefietst in het geval dat de deelnemer de 10 minuten niet heeft uitgefietst. Wanneer de deelnemer stopt voordat de 10 minuten voorbij zijn, neemt de fysiotherapeut dat voor kennisgeving aan en noteert de benodigde gegevens. De waarden voor de verschillende parameters (afstand, Wattage en snelheid) worden op een display aangegeven.

#### Basislijnmeting 1: Roeiergometer.

In plaats van fietsen op een fietsergometer kan ook gekozen worden voor het uitvoeren van een basislijnmeting op een roeiergometer, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemer. In dat geval moet de deelnemer proberen in 10 minuten tijd zo ver mogelijk te roeien (de totale afstand, de tijd en het gemiddelde Wattage worden weergegeven op een display). Voordat de deelnemer met de basislijnmeting begint, instrueert de fysiotherapeut de deelnemer eerst ten aanzien van de juiste

roeitechniek en doet de roeibeweging voor. Vervolgens oefent de deelnemer het roeien gedurende 1 à 2 minuten op de laagste weerstand (stand 1). Hierna wordt met de basislijnmeting begonnen waarbij de weerstand van de roeiergometer op stand 3 gezet wordt. Wanneer de deelnemer stopt voordat de 10 minuten voorbij zijn, neemt de fysiotherapeut dat voor kennisgeving aan en noteert de afgelegde afstand, de tijd en het gemiddelde Wattage in de behandelmap.

#### Basislijnmeting 2: Opstapoefening.

De deelnemer oefent het op- en afstappen van een verhoging (opstapbankje). De deelnemer doet deze oefening de eerste 5 keer met het rechterbeen als het eerste op- en afstappende been en de volgende 5 keer met het linkerbeen als het eerste op- en afstappende been. Na iedere 5 keer wordt van “eerste” been gewisseld. De deelnemer wordt gevraagd zo vaak mogelijk op- en af te stappen. De deelnemer bepaalt zelf het moment van stoppen en ook hierbij moedigt de fysiotherapeut de deelnemer niet aan om door te gaan. De fysiotherapeut noteert vervolgens het aantal keer dat de deelnemer is op- en afgestapt in de behandelmap. De oefening kan naar inzicht van de fysiotherapeut worden verzwaaard door het opstapbankje te verhogen of de afstand tot het opstapbankje te vergroten.

#### Basislijnmeting 3: Latissimus machine.

De deelnemer neemt plaats op een bankje en trekt een op reikhoogte boven het hoofd horizontaal opgehangen staaf achter het hoofd langs met twee handen naar beneden. De staaf is middels 2 katrollen verbonden met een instelbaar gewicht. De deelnemer wordt gevraagd de staaf zo vaak mogelijk naar beneden te trekken. De fysiotherapeut bepaalt hierbij het gewicht dat de deelnemer moet trekken. Op basis van zijn inschatting kiest hij voor een gewicht waarbij de oefening met een maximum van ongeveer 25 herhalingen (in ieder geval tussen de 20 en 30 herhalingen) door de deelnemer kan worden uitgevoerd. In de behandelmap worden door de fysiotherapeut het aantal herhalingen en het ingestelde gewicht genoteerd.

#### Basislijnmeting 4: Dynamische extensieoefening romp:

De deelnemer neemt plaats op een “lower back bench”. Vanaf de heupen hangt het bovenlichaam vrij en de benen worden gefixeerd door een weerstand aan de dorsale zijde van de enkels. De handen van de deelnemer steunen op de handsteunen. De deelnemer wordt gevraagd de handruggen tegen het voorhoofd te plaatsen, de ellebogen opzij te richten en de romp voorover te buigen tot verticaal en vervolgens weer te strekken tot voorbij de horizontaal, dan weer voorover te buigen etc. De deelnemer herhaalt deze oefening zo vaak mogelijk.

Sommige deelnemers vinden deze oefening wellicht beangstigend. In dat geval is het raadzaam om de deelnemer de oefening eerst met de handen op de handsteunen te laten uitvoeren en dan vervolgens in gestrekte positie zonder steun van de handen een aantal seconden met de romp gestrekt te blijven



“hangen”. Wanneer de deelnemer voldoende vertrouwd is met deze uitgangshouding kan met de basislijn meting worden begonnen. De fysiotherapeut noteert vervolgens het aantal herhalingen in de behandelmap.

#### Basislijnmeting 5: Buikspieroefening.

De deelnemer ligt in ruglig op een mat, met de knieën 90 graden gebogen. Hij legt een hand boven op het hoofd en probeert met de andere hand de knieschijf van de heterolaterale knie aan te raken, gaat weer liggen en doet hetzelfde voor de andere lichaamszijde. De deelnemer wordt gevraagd deze oefening zo vaak mogelijk te doen. De fysiotherapeut noteert vervolgens het aantal herhalingen in de behandelmap.

#### Basislijnmeting 6: Opstaan uit stoel.

De deelnemer zit op een stoel met de rug tegen de leuning. De deelnemer doet de armen over elkaar, gaat rechtop staan en gaat vervolgens weer zitten. De beweging wordt zo vaak mogelijk herhaald. De fysiotherapeut noteert vervolgens het aantal herhalingen in de behandelmap. De oefening kan verzaamd worden door de deelnemer een voorwerp te laten vasthouden (bijv. een bal of een gewicht).

#### Basislijnmetingen 7 en 8: Vrije oefeningen.

De deelnemer heeft tijdens de anamnese aangegeven welke handelingen of bewegingen tijdens het werk problematisch zijn in verband met de rugklachten. De fysiotherapeut bedenkt, zo mogelijk op basis van deze informatie, maximaal 3 vrije oefeningen waarin de problematische handelingen gesimuleerd worden. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van eenvoudig hulpmateriaal zoals dumbbells, pulleys, gebruiksvoorwerpen, kratjes e.d. De deelnemer probeert de oefening met een maximaal aantal herhalingen uit te voeren.

De fysiotherapeut beschrijft de oefening gedetailleerd in de behandelmap en geeft ook de reden aan waarom voor de oefening is gekozen (de relatie tot een problematische arbeidshandeling). De fysiotherapeut noteert het aantal herhalingen waarmee geoefend is in de behandelmap. Van de genoemde oefenvormen wordt er één in het vervolg van het programma thuis geoefend. Het is logisch om te kiezen voor een oefenvorm die gerelateerd is aan een problematische ADL-handeling in de thuissituatie.

De fysiotherapeut ziet er op toe dat voor alle bovenstaande oefenvormen de quota in de behandelmap genoteerd zijn. De basislijn metingen die tijdens de eerste bijeenkomst gedaan zijn, zullen de tweede en de derde bijeenkomst voor dezelfde oefenvormen herhaald worden. Aan het einde van de derde bijeenkomst wordt van de uitkomsten van de basislijn metingen van de eerste 3 bijeenkomsten het gemiddelde berekend.

Dit gemiddelde van de basislijn metingen wordt als uitgangspunt genomen voor de stapsgewijze opbouw van het oefenprogramma.

De fysiotherapeut vraagt vervolgens aan de deelnemer wanneer hij het werk weer denkt te kunnen hervatten (datum). **In overleg met de fysiotherapeut stelt de deelnemer een streefdatum vast voor werkhervatting. Het advies voor werkhervatting van de bedrijfsarts geldt hierbij als richtlijn.** Het programma wordt beëindigd bij volledige werkhervatting. **Na werkhervatting komt de deelnemer nog één keer terug bij de fysiotherapeut voor een laatste oefenbijeenkomst.** De deelnemer kan dan verslag doen van de werkhervatting en de gezondheidstoestand.

## **6. De communicatie tussen de fysiotherapeut en de bedrijfsarts**

De fysiotherapeut neemt, nadat er een streefdatum voor werkhervatting is vastgesteld (de derde oefenbijeenkomst) contact op met de bedrijfsarts van de betreffende deelnemer om de streefdatum voor werkhervatting door te geven (telefonisch, schriftelijk of per e-mail). De bedrijfsarts stemt zijn verdere verzuimbeleid af op de streefdatum van werkhervatting en zal in overleg met de deelnemer bepalen of de deelnemer op de streefdatum het werk volledig kan hervatten (dit overleg vindt plaats op het spreekuur van de bedrijfsarts).

Als regel geldt dat de fysiotherapeut, vanaf het moment dat de streefdatum voor werkhervatting is vastgesteld en het graded activity programma is begonnen, om de 3 weken telefonisch contact opneemt met de bedrijfsarts om de voortgang van de behandeling van de betrokken deelnemer te bespreken.

## **7. De stapsgewijze opbouw van het oefenprogramma**

- Het oefenprogramma vangt aan met een belasting die onder het niveau van de gemiddelde basislijn zit. Als uitgangsniveau oefent de deelnemer met een belasting van 70 % van de gemiddelde basislijnbelasting (d.w.z. 70 % van het gemiddelde maximaal aantal herhalingen behaald bij de basislijn metingen).
- De oefeningen worden in 3 series herhaald. Tussen de series door krijgt de deelnemer minimaal een halve minuut rust.
- De fysiotherapeut kan per deelnemer besluiten om wellicht iets onder of boven het percentage van 70 % te beginnen. Het gaat er in ieder geval om dat de deelnemer met een oefening begint die vrijwel zeker succesvol wordt afgerond (“sure to win”).
- De deelnemer stelt voor iedere oefenvorm een oefendoel vast. Het oefendoel (de belasting) wordt

gespecificeerd in quota d.w.z. het gewicht en / of het aantal herhalingen voor een bepaalde oefening dat behaald dient te worden tijdens de laatste bijeenkomst voordat de deelnemer het werk weer hervat. Eventueel worden de doelen door de fysiotherapeut bijgesteld wanneer er naar het oordeel van de fysiotherapeut sprake is van een door de deelnemer te laag of een te hoog ingeschat oefendoel.

- Vervolgens tekent de deelnemer in een grafiek de stapsgewijze opbouw van het oefenprogramma in oefenquota voor het bereiken van het vastgestelde doel (dit wordt voor iedere oefening apart gedaan). In deze grafiek staat op de horizontale as de datum uitgezet en op de verticale as de belasting in oefenquota.

**Voor alle bijeenkomsten volgend op de basislijnmetingen tot aan de laatste bijeenkomst voor de werkhervatting, of tot een eerstvolgend evaluatiegesprek (zie 7.), staat dus vast met welke belasting de oefeningen uitgevoerd gaan worden.**

Als regel geldt dat minimaal 2 keer geoefend moet worden op een bepaald quota-niveau voordat de belasting van een oefening kan worden verhoogd.

**Met de deelnemer wordt nadrukkelijk afgesproken dat de komende bijeenkomsten in principe niet wordt afgeweken van de vastgestelde opbouw van de oefenquota. Bij een eventuele toename van de pijnklachten worden de oefenquota niet verlaagd en wanneer de deelnemer denkt zwaarder te kunnen oefenen dan de voorgeschreven quota worden de oefenquota niet verhoogd. De deelnemer wordt verteld dat dit principe essentieel is voor het welslagen van het oefenprogramma (de stapsgewijze opbouw van de oefeningen is niet pijn-contingent maar tijd-contingent).**

Wanneer de streefdatum voor werkhervatting is vastgesteld voor “over langere tijd” bijvoorbeeld voor over enkele weken, is het raadzaam oefendoelen te hanteren voor een kortere periode tot aan een tussentijds evaluatiegesprek (zie 7.). Tijdens dit evaluatiegesprek kunnen weer nieuwe oefendoelen met een bijbehorende opbouw in zwaarte van het programma worden vastgesteld.

**De deelnemer dient in het vervolg tijdens de oefenbijeenkomsten zelfstandig de oefeningen uit te voeren en de behaalde quota in de behandelmap te noteren.** De deelnemer krijgt dus bij binnenkomst de behandelmap uitgereikt waarin de behaalde resultaten genoteerd kunnen worden. Na het doen van de oefening noteert de deelnemer of de fysiotherapeut de behaalde resultaten in de behandelmap. De fysiotherapeut is aanwezig en zal op een geschikt moment de deelnemer complimenteren met het behaalde resultaat en de deelnemer aan de hand van de grafiek attenderen op de vooruitgang die geboekt is.

De vrije oefenvorm voor de thuissituatie wordt vanzelfsprekend thuis door de deelnemer uitgevoerd. De getekende grafiek van het oefenschema voor deze oefenvorm wordt door de deelnemer mee naar huis genomen. De deelnemer wordt gevraagd om de grafiek bij iedere oefenbijeenkomst mee te nemen zodat de voortgang met de fysiotherapeut kan worden besproken.

## 8. Evaluatie

Na iedere 6 oefenbijeenkomsten (na de basislijn metingen) wordt een kort evaluatiegesprek gehouden tussen de fysiotherapeut en de deelnemer. Het gesprek dient niet meer dan 10 minuten in beslag te nemen. Na het evaluatiegesprek neemt de fysiotherapeut contact op met de bedrijfsarts (per telefoon of e-mail) om de voortgang van de betrokken deelnemer te melden (zie 2.).

Ook de laatste bijeenkomst voordat het werk wordt hervat, dient afgesloten te worden met een evaluatiegesprek. De volgende punten komen in het evaluatiegesprek aan de orde:

- De progressie die wel of niet geboekt is. Wanneer er progressie geboekt is, bekijkt de fysiotherapeut samen met de deelnemer de grafiek met de stapsgewijze opbouw van de oefeningen. **De fysiotherapeut dient de deelnemer nadrukkelijk te wijzen op de successen die behaald zijn en hem voor deze successen te complimenteren.**
- Mogelijkheden voor werkhervatting worden besproken en gestimuleerd, ook wanneer de pijnklachten nog aanwezig zijn.
- Het vaststellen van de doelen voor de volgende bijeenkomsten. In overleg met de fysiotherapeut wordt er ook nu weer een grafiek getekend van de stapsgewijze opbouw van de oefenquota voor de volgende bijeenkomsten.

## 9. Recidieven van acute lage rugpijn

Het kan voorkomen dat een deelnemer aan het begin van een oefenbijeenkomst meldt dat de pijn is toegenomen. De oefenquota zijn van tevoren echter vastgesteld en hier dient niet van te worden afgeweken. Ondanks een verergering van de pijn moet dus gewoon volgens schema worden doorgeoefend.

Als het klachtenpatroon echter zodanig is dat de fysiotherapeut denkt dat er mogelijk sprake is van een recidief van acute rugpijn (een aanwijzing hiervoor is mogelijk een duidelijk traumamoment in de anamnese), kan de fysiotherapeut besluiten het beleid aan te passen.

- Hij kan bijvoorbeeld besluiten een aantal dagen of een week het programma stop te zetten om

vervolgens wanneer de pijn in hevigheid is afgenomen het programma te herstarten.

- Wanneer de fysiotherapeut de deelnemer verdenkt van een radiculair syndroom of enige andere vorm van specifieke pathologie dient te worden overlegd met de bedrijfsarts-onderzoeker en met de bedrijfsarts van de deelnemer over het te volgen beleid. **De fysiotherapeut dient ten allen tijde aanpassingen van het oefenprogramma te noteren in de behandelmap, evenals de reden voor de aanpassing.**

## 10. Het niet behalen van oefenquota's

Vroeg of laat in het programma kan het voorkomen dat deelnemers één of meerdere quota niet halen. Verschillende redenen kunnen hieraan ten grondslag liggen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een deelnemer een “werkelijk” maximum heeft bereikt, een slechte dag heeft of terugvalt in pijncontingent gedrag. De procedure die de fysiotherapeut dan moet volgen is de volgende:

- De fysiotherapeut moedigt de deelnemer niet aan om door te gaan (Fordyce: “attention is contingent on performance, not on non-performance”) en laat zich in positieve noch negatieve zin uit over het falen van de deelnemer. De fysiotherapeut ziet toe dat de behaalde quota genoteerd worden en loopt bijvoorbeeld even weg. Even later komt de fysiotherapeut terug en instrueert de deelnemer om aan de volgende oefening te beginnen.
- De fysiotherapeut kan ook bij de deelnemer blijven staan zonder wat te zeggen en wachten tot de deelnemer aan de volgende oefening begint. Als de quota van de volgende oefening gehaald worden, complimenteert de fysiotherapeut de deelnemer met de geleverde prestatie. Over het falen van de voorlaatste oefening wordt echter niets gezegd.
- Soms geeft een deelnemer bij aanvang van de oefeningen aan dat hij vandaag de quota wellicht niet zal halen. In dat geval zal de fysiotherapeut de deelnemer niet aanmoedigen om ondanks alles door te zetten. De fysiotherapeut zegt bijvoorbeeld: “Dat maakt u zelf uit, maar waarom zou u het niet gewoon proberen en zien hoever u kunt komen”. Wanneer de deelnemer dan met de oefening begint, kan de fysiotherapeut er bij blijven staan om met de deelnemer te praten tijdens het uitvoeren van de oefening. De aandacht van de fysiotherapeut is dan prestatiecontingent.
- Wanneer de deelnemer toch stopt voordat de quota zijn behaald, dient de fysiotherapeut te handelen volgens de eerder beschreven procedure. De volgende bijeenkomst wordt er overigens weer volgens het oorspronkelijke schema geoefend.

- Wanneer de deelnemer een aantal achtereenvolgende bijeenkomsten faalt de oefenquota te halen, dient de opbouw in oefenquota te worden aangepast. Als arbitraire regel kan men stellen dat na het niet behalen van de vastgestelde oefenquota voor 3 achtereenvolgende bijeenkomsten, de opbouw in de oefeningen naar beneden moet worden bijgesteld (Fordyce, 1976). De fysiotherapeut neemt dan samen met de deelnemer het besluit om met lagere oefenquota te gaan oefenen. Ook de snelheid waarmee wordt opgebouwd en eventueel het oefendoel kan worden aangepast. Deze beslissingen neemt de fysiotherapeut op basis van zijn “klinisch oordeel”. Het gaat er in ieder geval om dat een deelnemer snel weer oefeningen “succesvol” kan uitvoeren (“sure to win”).
- Het is mogelijk dat een deelnemer, nadat de opbouw van de oefenquota is aangepast, wederom faalt bij het bereiken van dezelfde oefenquota als voorheen. In dat geval wordt de beschreven procedure opnieuw herhaald.
- De fysiotherapeut moet zich natuurlijk bij herhaald falen van een deelnemer voor bepaalde quota afvragen, of er geen “werkelijk” maximum bereikt is voor een bepaalde oefening. Op basis van zijn klinisch oordeel, en na overleg met de deelnemer, besluit de fysiotherapeut om de deelnemer in dat geval op een constant niveau verder te laten oefenen.

## **11. Verslaglegging van de behandeling**

De fysiotherapeut maakt van de “graded activity” behandeling van iedere deelnemer een kort verslag. Dit verslag wordt verzonden naar de huisarts en de bedrijfsarts van de deelnemer.

## Schematisch overzicht “graded activity” behandeling

- Oefenbijeenkomst 1:
  - anamnese.
  - voorlichting.
  - basislijn metingen.
- Oefenbijeenkomst 2:
  - basislijn metingen.
- Oefenbijeenkomst 3:
  - basislijn metingen.
  - vaststellen oefendoelen en streefdatum voor werkhervatting.
  - bepalen stapsgewijze opbouw.
  - streefdatum voor werkhervatting doorgeven aan bedrijfsarts.
- Oefenbijeenkomst 4 t/m 9:
  - oefenen volgens schema.
- Oefenbijeenkomst 10:
  - oefenen volgens schema.
  - evaluatie “graded activity” behandeling.
  - contact met bedrijfsarts.
- Oefenbijeenkomst 11 t/m 16:
  - oefenen volgens schema.
- Oefenbijeenkomst 17:
  - oefenen volgens schema
  - evaluatie “graded activity” behandeling.
  - contact met bedrijfsarts.
- Oefenbijeenkomst 18 t/m 24
  - oefenen volgens schema.
- Oefenbijeenkomst 25:
  - oefenen volgens schema.
  - evaluatie en afsluiting

NB: Bovenstaand schema heeft betrekking op een programma van maximale duur. Wanneer de deelnemer eerder het werk hervat dient de laatste bijeenkomst afgesloten te worden met een evaluatiegesprek.

## Overzicht geraadpleegde literatuur

Fordyce WE.

Behavioral methods for chronic pain and illness.

*St. Louis: 1976, Mosby.*

Lindström I, Öhlund C, Eek C, Wallin, Peterson LE, Fordyce WE, Nachemson AL.

The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant conditioning behavioral approach.

*Physical therapy, 1992, 72 (4)*

Manniche C, Hesselsoe G, Bentzen L, Christensen I, Lundberg E.

Clinical trial of intensive muscle training for chronic low back pain.

*The Lancet 1988, 24/31, 1473-1476.*

Manniche C, Lundberg E, Christensen I, Bentzen L, Hesselsoe G.

Intensive dynamic back exercise for chronic low back pain: a clinical trial.

*Pain 1991, 47, 53-63.*

Nederlands Huisartsen Genootschap.

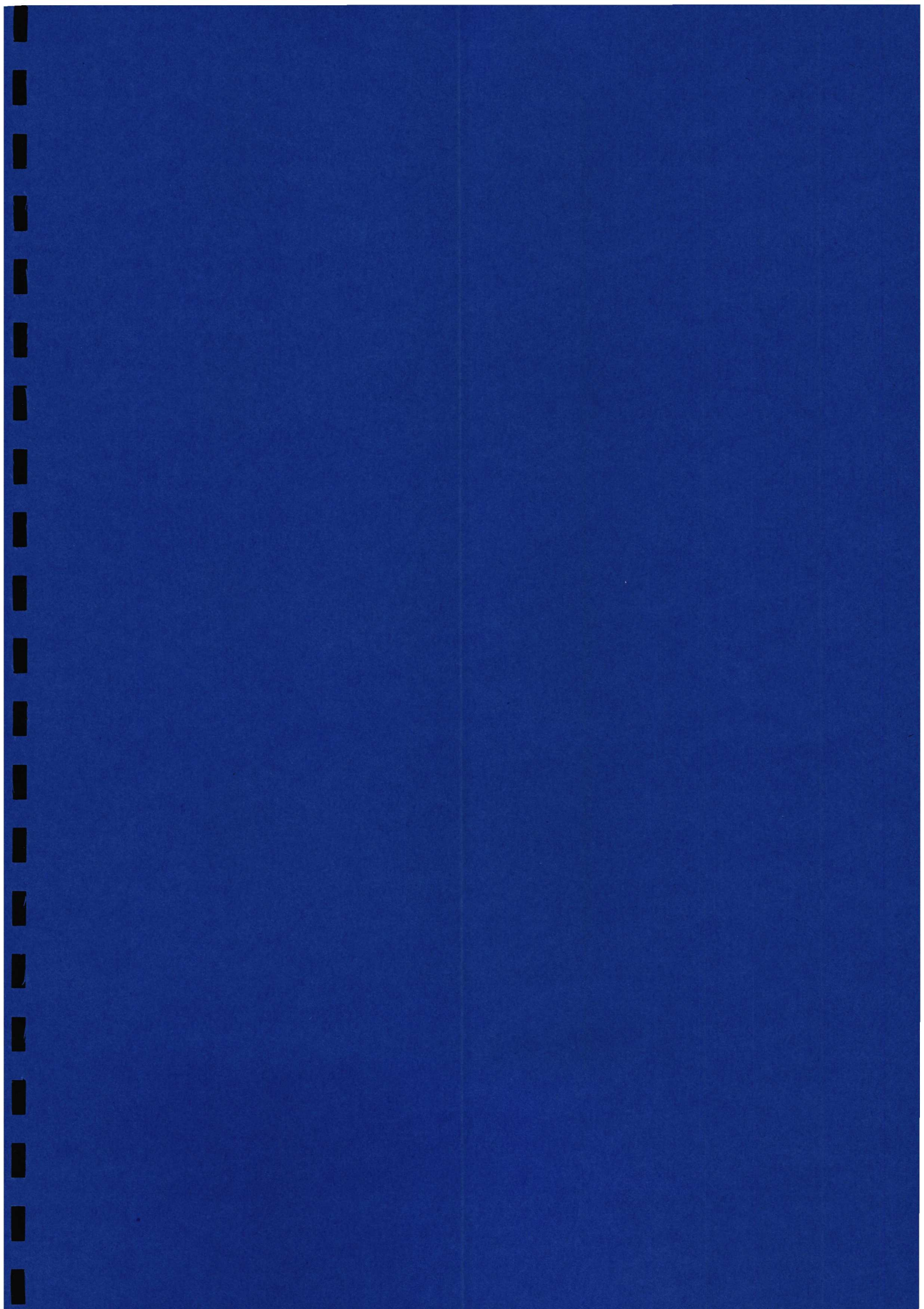
*Voorlichtingsfolder "Lage rugpijn".*

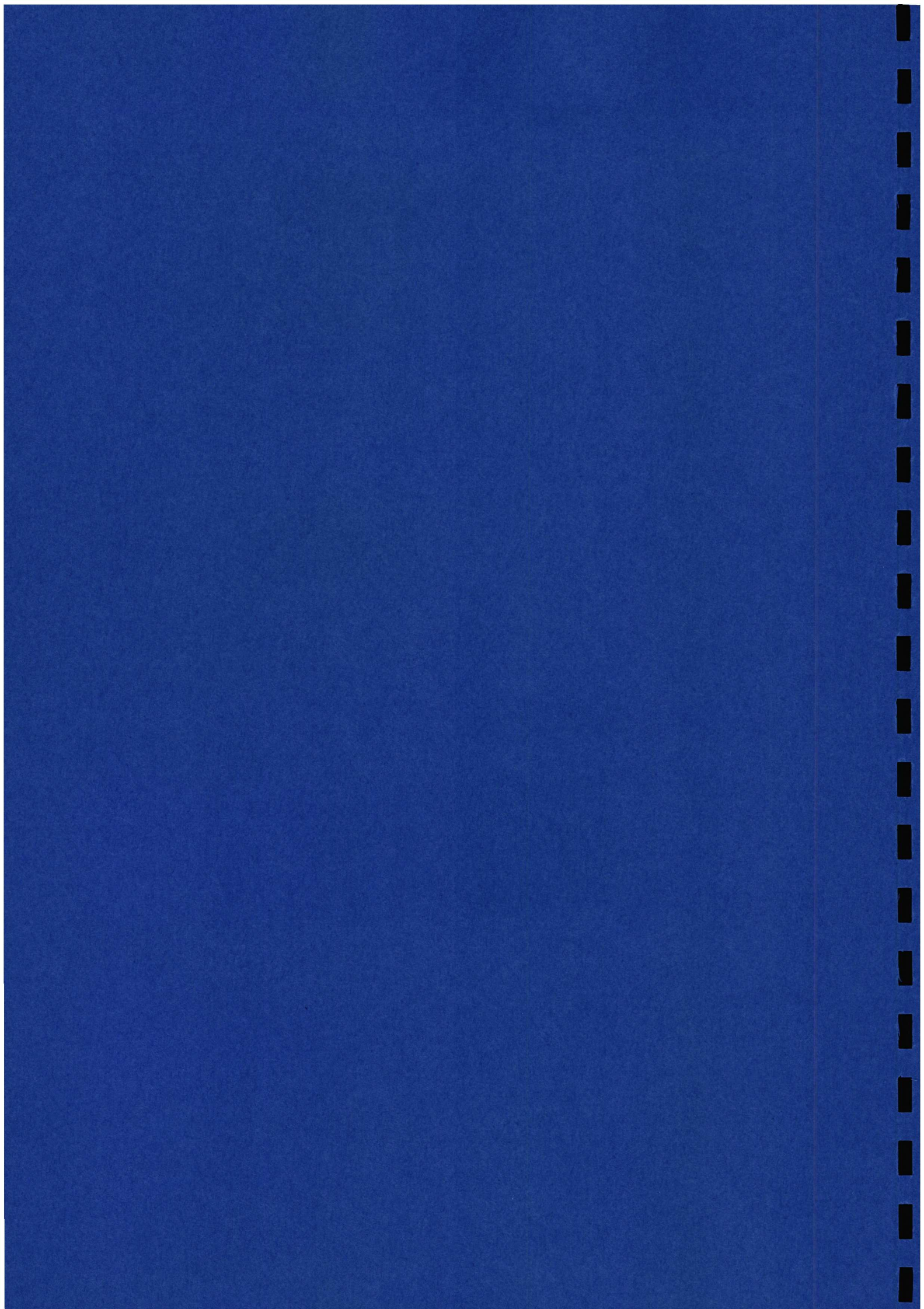
Vlaeyen J, Kole-Snijders A, Pelt R, Thomassen J, Van Eek H, Heuts P.

Gedragsgoörienteerde revalidatie van a-specifieke lage rugpijn.

*Versus, Tijdschrift voor Fysiotherapie, 1994, 5, 230-244.*







Toelichtingsbrief ASE onderzoek werknemer v. 3 juli 2000  
Amsterdam, .....2000

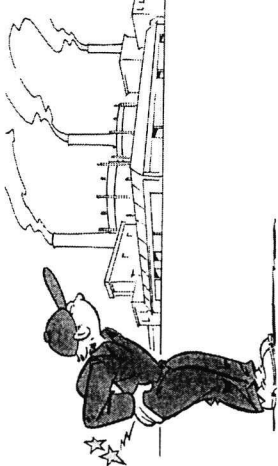
Geachte mevrouw/mijnheer,

**Met** deze brief informeren wij u over een onderzoek naar lage rugklachten van TNO Arbeid, het EMGO-Instituut (Medisch Centrum Vrije Universiteit Amsterdam) en uw Arbodienst. Uw werkgever staat achter dit onderzoek.

### **Waarom dit onderzoek?**

Lage rugklachten veroorzaken veel pijn en ongemak en is één van de belangrijkste oorzaken voor een WAO-uitkering. Wij onderzoeken welke behandeling van lage rugpijn beter is: werkaanpassingen, een oefenprogramma of de gebruikelijke begeleiding door de bedrijfsarts. Van deze behandelingen is nog niet bekend welke de beste is. Daarom is dit onderzoek opgezet. Wat deze vormen van behandeling inhouden, wordt hieronder uitgelegd.

**Lage rugklachten veroorzaken veel pijn en ongemak en is één van de belangrijkste oorzaken voor een WAO-uitkering.**



### **Werkaanpassingen**

De bedrijfsarts verwijst u naar een arbo-adviseur van de Arbodienst. Deze arbo-adviseur gaat na of uw werk(plek) kan worden aangepast. Belangrijk is dat u zelf suggesties kan geven hoe uw werksituatie verbeterd kan worden zodat uw rugklachten verminderen of voorkomen worden. Uw werkgever heeft ons zijn medewerking toegezegd. Ook krijgt u van uw bedrijfsarts een brief mee om uw huisarts te informeren.

**De werknemer kan zelf suggesties geven hoe de werksituatie verbeterd kan worden**

### **Wat is het oefenprogramma?**

Het oefenprogramma is gericht op het verbeteren van uw conditie en op het leren omgaan met de lage rugklachten in werk- en privé-situatie. Dit programma wordt zo veel mogelijk afgestemd op uw werk. Dit oefenprogramma vindt alleen plaats als u 2 maanden na de ziekmelding nog niet volledig werkt. De oefeningen worden uitgevoerd in een gespecialiseerde Fysiotherapiepraktijk bij u in de buurt. De oefeningen worden 2 maal per week gedurende 1 uur gegeven door een fysiotherapeut. Het oefenprogramma stopt als u weer volledig werkt.

**Doel programma: verbeteren van de conditie en het leren omgaan met lage rugklachten**

### **Komt u in aanmerking voor dit onderzoek?**

U komt in aanmerking als u zich tussen 2 en 6 weken geleden ziek heeft gemeld met rugklachten. Als u besluit mee te doen zullen wij u een aantal vragen stellen over uw rugklachten om te kijken of u aan het onderzoek kunt meedoen.

### **Geen kosten!**

Aan de werkaanpassingen en het oefenprogramma zijn voor u geen kosten verbonden.

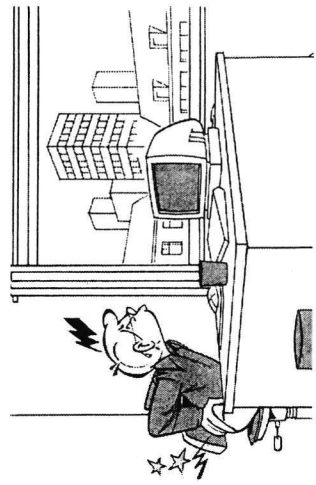
### **Hoe ziet het onderzoek eruit?**

Om het onderzoek zo objectief mogelijk te laten verlopen worden de deelnemers aan het onderzoek door loting ingedeeld in vier groepen met:

1. werkaanpassingen
2. het oefenprogramma
3. werkaanpassingen en het oefenprogramma
4. de gebruikelijke begeleiding van de bedrijfsarts.

Nogmaals: Op dit ogenblik is niet bekend welke van deze behandelingen het meeste effect heeft.

**Loting bepaalt welke behandeling u krijgt. Er zijn voor u geen kosten aan verbonden**



### **Hoe wordt het effect van de behandeling bepaald?**

Twee, zes en twaalf maanden na uw ziekmelding ontvangt iedereen, ongeacht de uitslag van de loting, opnieuw een korte vragenlijst. Wij willen namelijk weten hoe het verloop van de rugklachten na de start van het onderzoek is.

### **Vertrouwelijkheid en keuzevrijheid.**

Alle gegevens die we van u verzamelen worden vertrouwelijk behandeld. De gegevens worden losgekoppeld van uw naam en anoniem verwerkt. Er wordt verder alleen over de resultaten van groepen werknemers gerapporteerd, dus niet van afzonderlijke werknemers. Wij hopen dat u wilt meewerken aan dit onderzoek. Voor het slagen van het onderzoek is het van groot belang dat er voldoende mensen meedoen en dat u gedurende de hele onderzoeksperiode blijft meewerken. U bent uiteraard vrij in uw keuze om mee te doen en u heeft het recht op elk moment van het onderzoek terug te komen op een eerder genomen besluit tot deelname. U bent verzekerd als u met dit onderzoek meedoet (zie bijlage).

### **De gegevens worden losgekoppeld van uw naam en anoniem verwerkt**

#### **Wat vragen we van u?**

Wij vragen u of u met dit onderzoek mee wilt doen. U hoeft daarover nu nog geen beslissing te nemen. Wij nodigen u uit voor een gesprek met één van de onderzoekers. Wij zullen u dan precies uitleggen hoe het onderzoek verloopt. Tijdens dit gesprek kunt u vragen stellen over het onderzoek. Daarna kunt u beslissen of u mee wil doen. Dit gesprek vindt plaats op de Arbodienst 1 uur vóórdat u bij de bedrijfsarts moet komen.

**Wij nemen met u contact op of u naar het gesprek wilt komen. Wij vragen u bijgevoegde antwoordkaart op te sturen.**

#### **Als dank**

Als blijkt voor onze waardering dat u mee wilt doen met dit onderzoek, krijgt u na het invullen van iedere vragenlijst een kadobon.

### **Voor iedere ingevulde vragenlijst een kadobon**

#### **Tenslotte.**

Als u vragen heeft, kunt u natuurlijk ook altijd zelf direct contact opnemen met de onderzoekers van de Vrije Universiteit en TNO, Ivan Steenstra, bewegingswetenschapper of Han Anema, bedrijfsarts.

Wij rekenen op uw deelname.

Met vriendelijke groet, mede namens de onderzoekers,

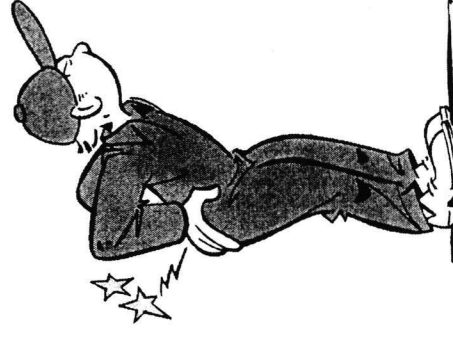
Drs. ...., bedrijfsarts .....

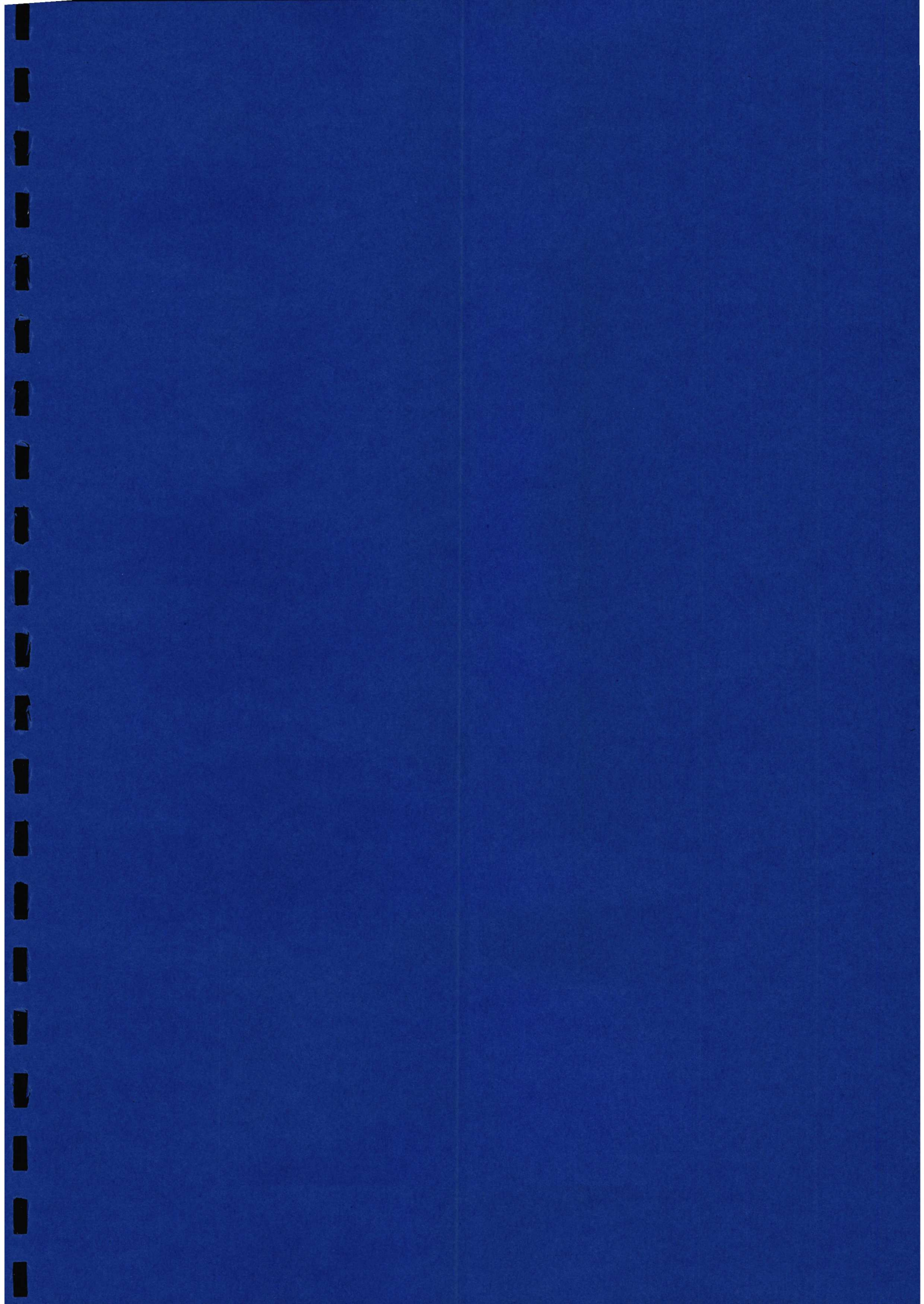
**Drs. Ivan Steenstra      Drs. Han Anema**  
**Bewegingswetenschapper      Bedrijfsarts**  
**EMGO (VU)/TNO      TNO/ EMGO (VU)**  
**020-4445986/06-      023-5549599**

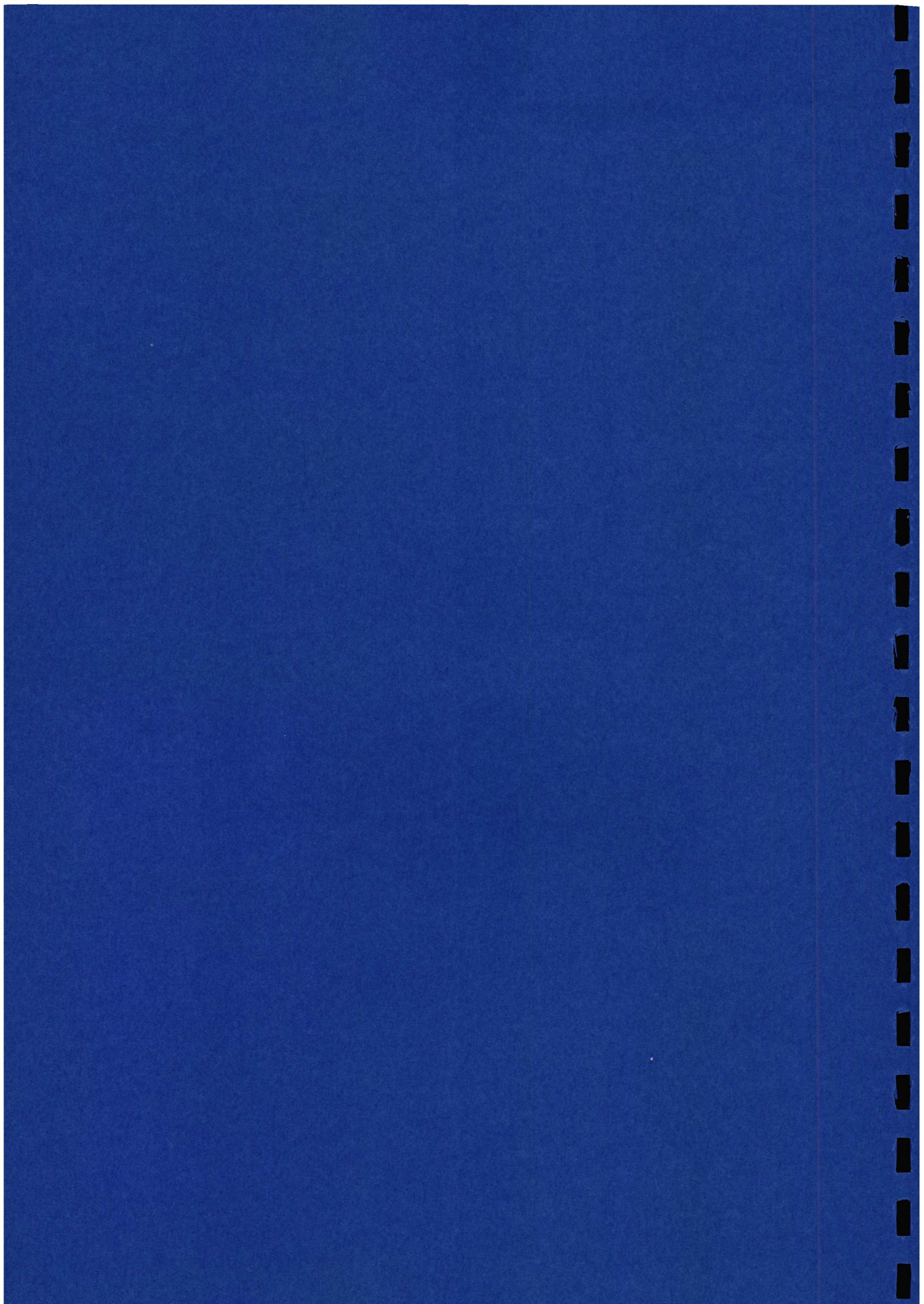
#### **In het kort:**

- **Rugklachten veroorzaken veel pijn, ongemak en risico op arbeidsongeschiktheid**
- **Dit is een onderzoek naar verschillende behandelingen van rugklachten: werk-aanpassingen, een oefenprogramma en de gebruikelijke zorg door de bedrijfsarts**
- **Loting bepaalt welke behandeling u krijgt**
- **Uw privacy en keuzevrijheid zijn tijdens het onderzoek gegarandeerd!**

**Wat is er beter voor de rug?  
Werkaanpassingen?  
Oefenen?**







RICHTLIJNEN VOOR  
BEDRIJFSARTSEN

Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met

# Lage-Rugklachten

Geautoriseerde  
richtlijn 2 april 1999



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





# RICHTLIJN

Handelen van de bedrijfsarts  
bij werknemers met

# Lage-Rugklachten

Geautoriseerde richtlijn  
2 april 1999



---

# Inleiding

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

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

vi

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

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

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

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

## I Probleeminventarisatie

### **Bij een werknemer met rugklachten**

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

## 2 Interventies

### **Bij werknemers met specifieke rugklachten**

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

### *...en bij de afwezigheid van verdere problemen*

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

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

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

### *...en bij een niet adequate behandeling*

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

### *...en bij inadequaat ziektegedrag*

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

### *...en bij psychosociale problemen*

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

---

## **Bij werknemers met een lumbosacraal radiculair syndroom**

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

## **Bij werknemers met een lumbosacraal radiculair syndroom en lichte klachten**

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

VIII

## **Bij werknemers met een lumbosacraal radiculair syndroom en ernstige klachten**

### *...en bij de afwezigheid van verdere problemen*

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

### *...en bij een inadequate behandeling*

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

### *...en bij inadequaat ziektegedrag*

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

### *...en bij psychosociale problemen*

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

**Bij werknemers met specifieke lage-rugklachten**

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

## 3 Evaluatie

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

IX

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

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

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

---

x

# ACHTERGRONDSTUDIE BIJ DE RICHTLIJN

Handelen van de bedrijfsarts  
bij werknemers met

## Lage-Rugklachten

NVAB  
2 april 1999



---

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1 Werkwijze</b>	<b>5</b>
<b>2 Probleembeoordeling</b>	<b>7</b>
2.1 Aard rugklachten	7
2.2 Bijkomende problemen	8
2.3 Beperkte belastbaarheid	9
2.4 Evaluatie van de curatieve behandeling	9
2.4.1 <i>Aspecifieke rugpijn</i>	9
2.4.2 <i>Lumbasacraal radiculair syndroom</i>	10
2.4.3 <i>Specifieke rugpijn</i>	11
2.5 Beoordeling werksituatie	11
2.6 Beoordeling arbeidsgeschiktheid	12
<b>3 Begeleidingsplan</b>	<b>13</b>
3.1 Voorlichting en werkhervattingsadvies	13
3.2 Overleg over behandeling	14
3.3 Overleg met leidinggevende	14
<b>4 Vervolg</b>	<b>16</b>
4.1 Vervolgconsulten	16
4.2 Doorverwijzing: een tweede lijn voor de bedrijfsarts	16
<b>Bijlage 1: Differentiaal diagnose</b>	<b>17</b>
<b>Bijlage 2: Psychosociale problemen, inadequaat ziektegedrag en andere prognostische factoren</b>	<b>21</b>
<b>Bijlage 3: Tijdgebonden advisering</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage 4: Overleg met en verwijzing naar curatieve sector</b>	<b>26</b>
<b>Literatuur</b>	<b>29</b>
<b>Begrippenlijst</b>	<b>flap</b>



# Inleiding

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

Voor u ligt het resultaat van de ontwikkeling van richtlijnen voor sociaal-medische begeleiding van werknemers met lage-rugklachten. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op literatuurstudie, consensusbijeenkomsten met bedrijfsartsen, gebruik in de praktijk en reacties uit het veld. De richtlijnen sluiten zoveel mogelijk aan bij de onlangs verschenen NHG-standaarden Lage-Rugpijn en Lumbosacraal Radiculair Syndroom, met name wat betreft diagnostiek en mogelijkheden voor curatieve interventies<sup>1,2)</sup>. De richtlijnen zijn met name bedoeld voor bedrijfsartsen. Bepaalde onderdelen lenen zich echter uitstekend voor overdracht aan andere disciplines binnen de dienst. Uitgangspunt is dat de bedrijfsarts de 'casemanager' is voor de begeleiding van de werknemer met lage-rugklachten. De richtlijnen zijn geschreven voor een verzuimsituatie, maar zijn ook goed toepasbaar voor werknemers met lage-rugklachten, die nog (deels) aan het werk zijn. De richtlijnen zijn in een eerdere versie getest en geëvalueerd in een onderzoeksproject. Een van de uitkomsten van dat project was dat naarmate bedrijfsartsen zich beter aan de richtlijnen hielden, de betrokken werknemers eerder aan het werk waren en meer tevreden waren over de begeleiding<sup>3)</sup>.

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

De juridische aspecten, zoals de communicatie met de werkgever en curatieve sector en de rechten en plichten van de werknemer, worden hier grotendeels buiten beschouwing gelaten. Het zijn namelijk problemen die niet specifiek voor de begeleiding van werknemers met rugklachten gelden. We verwijzen hiervoor naar andere literatuur<sup>4)</sup>.

---

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

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

## I Werkwijze

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

Het doel van het spreekuurcontact is om met de werknemer op basis van een probleembeoordeling van de klachten en het werk tot een begeleidingsplan te komen<sup>8)</sup>. De probleembeoordeling begint met uw oordeel over de aard van de rugklachten. Dit kunt u met vrij grote nauwkeurigheid krijgen door een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek. Daarnaast maakt u een inschatting van de ziektebeleving en eventueel bijkomende psychosociale problemen en het gedrag van de werknemer. Het gesprek moet u verder informatie opleveren over de behandeling door de curatieve sector. U vormt zich een indruk over de taken en belasting in de werksituatie, die (tijdelijk) problemen opleveren, en over aanpassingen die zinvol zouden zijn om de onbalans tussen belasting en belastbaarheid op te heffen. Tenslotte moet u duidelijk krijgen welke factoren in de organisatie van het bedrijf terugkeer naar het werk belemmeren.

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

---

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

6

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

## 2 Probleembeoordeling

### 2.1 Aard rugklachten

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

Er bestaan twee problemen die bij rugpijn kunnen optreden. De eerste is dat de pijnklachten blijven en een chronisch karakter krijgen met v $\acute{e}$ rstrekkende gevolgen voor het werk en arbeidsgeschiktheid. Het doel van uw begeleiding is om dit chronisch karakter

#### *Probleembeoordeling*

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

van de pijnklachten juist te voorkómen, door naast lichamelijke ook andere aspecten te bekijken<sup>9,10</sup>). Het tweede probleem is dat u een belangrijke lichamelijke oorzaak over het hoofd ziet die een medische behandeling vereist. Door een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek kunt u vrijwel altijd tussen deze twee problemen differentiëren. Bij klachten die korter dan 6 weken duren is dit voldoende. Het is natuurlijk goed mogelijk dat de werknemer al met één of meerdere artsen of therapeuten contact heeft gehad. Als u vindt dat de werknemer u een plausibel verhaal vertelt, kunt u besluiten geen nader lichamelijk onderzoek te verrichten, met name als de uitkomst uw verdere beleid niet zal veranderen.

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Bijkomende problemen

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

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

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

### 2.3 Beperkte belastbaarheid

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

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

### 2.4 Evaluatie van de curatieve behandeling

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

#### 2.4.1 Aspecifieke rugpijn

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

#### Evaluatie behandeling

- 1  
aspecifieke rugpijn:  
- activering
- 2  
lumbosacraal radiculair  
syndroom:  
- na rustkuur: geleidelijke  
mobilisering  
- operatie: alléén op indicatie
- 3  
specifieke rugpijn:  
- nader onderzoek

---

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

Kortom, bij de werknemer die 2 weken verzuimt met aspecifieke rugpijn dient de begeleiding gericht te zijn op activering, ongeacht de medicatie die de werknemer gebruikt. Deze activering kan het beste zoveel mogelijk aansluiten bij de dagelijkse bezigheden. Er is weinig reden om bepaalde behandelingen in te zetten<sup>6)</sup>. Als de werknemer toch besluit tot een bepaalde behandeling, lijkt manuele therapie de beste optie.

#### **2.4.2 Lumbosacraal radiculair syndroom**

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

Wanneer er sprake is van lichte klachten, bijvoorbeeld alleen pijnklachten zonder neurologische uitvalsverschijnselen, kan het beleid gericht zijn op activeren en terugkeer naar het oude niveau van functioneren. De klachten duren over het algemeen langer, maar ook hier is het natuurlijk beloop veelal gunstig. Binnen 4 weken is het functioneren bij 70% van de patiënten aanzienlijk verbeterd en 80% kan conservatief behandeld worden. In de huidige praktijk wordt nog vaak een bedrustkuur van 1 à 2 weken voorgeschreven. Een alternatief is afwachten van het natuurlijk beloop en tijdens deze fase goede pijnstilling en actief blijven voor zover mogelijk. Als het lumbosacraal radiculair syndroom na zes weken nog onveranderd aanwezig is, kan worden besloten tot operatief ingrijpen. Operatie levert sneller resultaat op dan conservatieve behandeling maar op lange termijn (4 jaar) zijn er geen verschillen meer<sup>20,21)</sup>. Bij een goede operatie indicatie zou een operatie kosten-effectiever kunnen zijn. De beenklachten zijn na behandeling bij vrijwel alle patiënten verdwenen maar de rugklachten blijven bij de helft aanwezig. Na operatieve of conservatieve behandeling mogen patiënten alle werkzaamheden weer verrichten. Na behandeling gaat u daarom ten aanzien van werkhervatting te werk als bij aspecifieke rugklachten.

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

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



### 2.4.3 Specifieke rugpijn

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

## 2.5 Beoordeling werkstituatie

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

### Werkanamnese

- 1  
bespreken van taken:
  - houdingen en bewegingen
  - werk- en rusttijden
  - kennis en vaardigheden
  - taakinhoud
  - omgeving
- 2  
inschatten van belasting
- 3  
werkplekonderzoek
- 4  
organisatie werk:
  - houding leiding
  - praktische problemen
- 5  
oplossingsmogelijkheden:
  - hulpmiddelen
  - taakverlichting/roulatie
  - aanpassing werktijden

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

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

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

---

## 2.6 Beoordeling arbeidsgeschiktheid

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

### Samenvatting probleembeoordeling

12

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

### 3 Begeleidingsplan

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

#### 3.1 Voorlichting en werkhervattingsadvies

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

13

#### Voorlichting

1

*altijd:*

- geruststellende prognose
- niet rusten, maar bewegen

2

*bij specifieke rugpijn /  
licht lumbosacraal  
radiculair syndroom:*

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

2 weken

3

*bij vermijdingsgedrag:*

- relatie rugpijn bespreken
- naar psycholoog verwijzen

4

*in het werk:*

- vermindering rugbelasting
- contact werkplek

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

Het is niet nodig dat mensen met specifieke rugklachten of een licht lumbosacraal radiculair syndroom wachten tot de klachten geheel verdwenen zijn alvorens naar het werk terug te keren. Bij de afwezigheid van verdere problemen krijgt de werknemer het advies om het werk binnen twee weken of zoveel eerder als gewenst is te hervatten. De werksituatie kan gebruikt worden voor het herstel. Een vooraf vastgesteld programma, met concrete afspraken over de belasting, geeft betere resultaten dan een 'let the pain be the guide' programma, waarin de patiënt zelf bepaalt wanneer hij of zij stopt met een bepaalde taak of oefening (zie bijlage 3)<sup>1</sup>. Vraag de patiënt waar hij zelf aan denkt, welke taken er binnen het bedrijf door hem of haar gedaan zouden kunnen worden en welke oplossingen er zijn voor te zware taken. Zelf meedenken werkt motiverend. Als u, samen met de werknemer, een concreet werkhervattingsadvies opstelt, is het zaak om op een niveau te starten dat de werknemer zeker aan kan. U vertelt de werknemer dat de geleidelijke opvoering van de belasting gepaard kan gaan met rugpijn, wat op zich geen reden is om de belasting te verlagen. Pijn betekent niet dat er schade ontstaat. U overlegt tevoren met de werkgever of er voldoende gelegenheid is om geleidelijk terug te keren. Als terugkeer naar het werk praktisch niet mogelijk is, adviseert u de werknemer om het contact met de werkplek te onderhouden. Als de weerstand om naar het werk terug te keren niet te overwinnen is geeft u in ieder geval een concreet advies voor het opbouwen

---

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

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

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

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

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

### **3.2 Overleg over behandeling**

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

### **3.3 Overleg met leidinggevende**

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

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

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

---

## 4 Vervolg

### 4.1 Vervolgconsulten

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

### 4.2 Doorverwijzing: een tweede lijn voor de bedrijfsarts

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

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

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

## Bijlage 1: Differentiaal diagnose

### Anamnese

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

Aspecifieke rugpijn wordt gekenmerkt door lage rugpijn die op de voorgrond staat en de klachten die geprovoceerd worden door bepaalde houdingen, bewegingen en externe belasting. Verder kunnen de klachten in episoden verlopen en kan er sprake zijn van ochtendstijfheid. De eerste episode begint meestal tussen de 20 en 55 jaar. Uitstraling in

het been kan optreden, echter zelden voorbij de knie. Het onderscheid met een lumbosacraal radiculair syndroom kunt u op basis van het lichamelijk onderzoek maken. Bij pijn die over een groot onbegrensd gebied wordt aangegeven, moet u aan bijkomende psychosociale problemen denken.

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

Zelden zult u op uw spreekuur mensen aantreffen waarbij de onderliggende oorzaak een ernstige ziekte is. Toch is het goed hierop bedacht te blijven. Het verloop is anders dan bij aspecifieke rugpijn of lumbosacraal radiculair syndroom. Deze derde categorie is daarom de categorie specifieke rugpijn. U moet denken aan een fractuur, tumor, infectie en

een oorzaak buiten de rug. Progressie van de pijn in een aantal weken, met vooral 's nachts pijn, bij een oudere werknemer met een carcinoom in de voorgeschiedenis en zonder voorgeschiedenis van rugpijn, suggereert een maligniteit. Verder onderzoek is dan aangewezen. Ook is het mogelijk dat de wervel of discus hematogeen geïnfecteerd is.

### Anamnese

1

#### rugpijn:

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

2

#### motorische/sensibele uitval:

- spierzwakte
- gevoelsstoornissen
- mictie-stoornissen

3

#### algemeen ziek-zijn:

- gewichtsverlies, koorts

4

#### leeftijd

Er is dan altijd sprake van bijkomende ziekteverschijnselen of problemen, zoals temperatuurverhoging, diabetes, gebruik van immuno-suppressiva, drugsverslaving, recente retro-peritoneale ontsteking, of operatie aan wervelkolom. Niet in de rug gelegen oorzaken die met specifieke rugpijn gepaard gaan zijn nierstenen, galstenen en extra-uteriene graviditeit<sup>2)</sup>.

### Lichamelijk onderzoek

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

#### Lichamelijk onderzoek

1  
rug-functie en effecten op pijn

2  
bij uitstralende pijn:  
- (omgekeerde) Lasègue

- KPR, APR

- motoriek

- sensibiliteit

3  
eventueel:  
- heuponderzoek

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

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

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

Bij uitstralende pijn is deze proef positief. Verder test u bij uitstralende pijn de kniepees- en achillespeesreflexen, de aan- of afwezigheid van spierzwakte en gevoelsstoornissen.





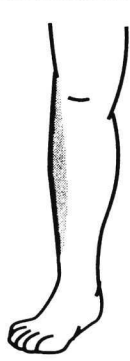
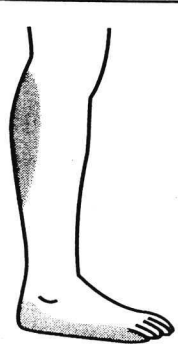
Op basis van de anamnese en deze proeven is het mogelijk te differentiëren tussen specifieke rugklachten en een lumbosacraal radiculair syndroom. Bij uitstralende pijn en een positieve proef of omgekeerde proef van Lasègue besluit u tot de diagnosecategorie lumbosacraal radiculair syndroom. Verminderde reflexen, spierzwakte en gevoelsstoornissen zijn extra signalen, die de diagnose lumbosacraal radiculair syndroom bevestigen.

In de tabel staan de specifieke testen op een rij.

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

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



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

### Aanvullende diagnostiek

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

### Aspecifieke rugpijn

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

*Verder kunnen de volgende kenmerken aanwezig zijn:*

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

### Lumbosacraal radiculair syndroom (3 categorieën)

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

*Mogelijk zijn ook de volgende kenmerken:*

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

### Specifieke rugpijn

#### **Tumor:**

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

#### **Infectie:**

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

#### **Trauma/spontane fractuur:**

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

## Bijlage 2: Psychosociale problemen, inadequaar ziektegedrag en andere prognostische factoren

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

Vooraf is het belangrijk om op te merken dat het vaststellen van psychosociale problemen en/of inadequaar ziektegedrag geen moreel oordeel inhoudt. Dergelijke problemen kunnen bij iedereen voorkomen. Dus ook werknemers die goed gemotiveerd zijn of bekend staan als harde werkers kunnen met hun rug in de knoop raken. Ook bij hen kan er sprake zijn van angst voor invaliditeit of onherstelbare beschadiging van de rug, waardoor ze in een vicieuze cirkel van inactiviteit raken. Daarnaast is het zo dat een lage arbeidssatisfactie en weinig motivatie om te werken het vanzelfsprekend moeilijker maken om, ondanks de rugpijn, toch aan het werk te gaan. Het is goed om een gebrek aan motivatie te onderscheiden van psychosociale problemen en/of inadequaar ziektegedrag. De laatste problemen kunnen op veel verschillende manieren aan bod komen. Er is weinig onderzoek dat de superioriteit van de ene boven de andere methode aantoonst. Wel blijkt de aanwezigheid van problemen door de huisarts even goed te kunnen worden vastgesteld in een gesprek met de patiënt als met behulp van een vragenlijst met pijnomschrijvingen (Nederlandse Pijnwoordenlijst). Van andere vragenlijsten is een dergelijke vergelijking niet bekend<sup>26)</sup>.

21

### 1 Inadequaar ziektegedrag en somatische fixatie

Inadequaar ziektegedrag kan het beste gedefinieerd worden als gedrag dat de klachten en symptomen van een aandoening in stand houdt of verergert. Door Waddell, een orthopeed uit Glasgow, is onderzoek gedaan naar het vaststellen van inadequaar ziektegedrag, en het verband tussen inadequaar ziektegedrag en het succes van behandeling<sup>27)</sup>. Inadequaar ziektegedrag werd door hem gepresenteerd als een totaalscore gebaseerd op de uitkomsten van een pijntekening, pijnbeschrijving, specifieke symptomen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek. Bij een score van 0, *dus afwezigheid* van tekenen van inadequaar ziektegedrag is de prognose van behandeling veel gunstiger dan bij de aanwezigheid van dergelijke tekenen.

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

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

In Nederlands onderzoek is de zogenaamde Tampa-Scale-for-Kinesiophobia gebruikt<sup>28)</sup>. De 17 vragen zijn weergegeven in onderstaande tabel. De totaalscore bestaat uit de som van de scores op de individuele vragen, waarbij vraag 4, 8, 12 en 16 omgekeerd gecodeerd worden. Omdat er nog geen prospectief onderzoek met deze lijst is gedaan is het moeilijk om aan te geven bij welke score er een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid bestaat. Een score vergelijkbaar met die van chronische patiënten (score = 38) moet wel als een zeker risico worden beschouwd.

22

### **Tampa-Scale-for-Kinesiophobia (TSK)**

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

Bij elke vraag wordt de volgende antwoordmogelijkheid geboden:

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

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

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

## Signalen van somatische fixatie

1

Vanuit patiënt/werknemer

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

2

Vanuit werk-, privé-omgeving

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

3

Vanuit arts

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

Op vergelijkbare manier als bij het hier beschreven inadequaat ziektegedrag is er in het verleden onderzoek verricht naar het ontstaan van somatische fixatie bij patiënten in de huisartsenpraktijk<sup>29)</sup>. Somatische fixatie wordt gedefinieerd als een proces van voortdurend inadequaat omgaan met en reageren op ziekte, onlustgevoelens, klachten of problemen, door mensen zelf, door hun sociale omgeving of door vertegenwoordigers van de gezondheidszorg, waardoor mensen meer dan nodig afhankelijk worden van anderen, met name van (medische) hulpverlening of zelfs gaan vastlopen in het medisch kanaal.

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

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

## 2 Psychosociale problemen

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

## 3 Andere prognostische factoren

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

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

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

**Ongunstige prognostische factoren rugklachten**

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

1

*Lange duur en/of groot aantal voorafgaande pijnepisoden*

2

*Uitstraling in het been*

3

*Ernstige beperkingen*

4

*Geleidelijk begin*

5

*Hoge pijnintensiteit*

6

*Langdurige fysiotherapie*

7

*Rugoperatie doorgemaakt*

8

*Ontevredenheid over het werk*

9

*Lichamelijk zwaar werk*

## Bijlage 3: Tijdsgebonden advisering

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

Voorbeeld:

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

---

## Bijlage 4: Overleg met en verwijzing naar curatieve sector

### Overleg met de huisarts

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

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

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

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



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

### **Overleg met de fysiotherapeut**

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

27

### **De tweede lijn voor de bedrijfsarts**

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

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

---

De volgende mogelijkheden voor een tweede lijn zijn aanwezig.

**1 Rugadviescentrum**

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

28

**2 Revalidatie-instellingen**

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

**3 Neuroloog**

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

## Literatuur

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

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

## Colofon

© NVAB 1999

### *Uitgave*

NVAB

Stuurgroep Richtlijnontwikkeling

### *Secretariaat:*

Postbus 1594

5602 BN Eindhoven

telefoon 040 - 248 13 22

fax 040 - 248 07 11

e-mail nvab@wxs.nl

### *Coördinatie*

Mw. C. Meinenbelt, bedrijfsarts

A.N.H. Weel, bedrijfsarts

### *Eindredactie*

J.H.A.M. Verbeek, bedrijfsarts

### *Auteurs*

P. Aulman, bedrijfsarts

Mw. R.M. Bakker-Rens, bedrijfsarts

Mw. S.F. Dielemans, bedrijfsarts

A. Mulder, bedrijfsarts

J.H.A.M. Verbeek, bedrijfsarts

### *Ontwerp en opmaak*

Hordijk grafisch ontwerp BNO, Hoofddorp

### *Coverfoto*

Dick Vader, Amstelveen

### *Druk*

Druckery B.V., van de Geer 10, Bunnik

### *Bindwerk*

Meeuwis B.V., Amsterdam



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

## Begrippenlijst behorend bij de geantoriseerde richtlijn

*Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Lage-Rugklachten*

**Acute lage-rugpijn:** bestaat < 6 weken

**Subacute lage-rugpijn:** bestaat 6-12 weken

**Chronische lage-rugpijn:** bestaat > 12 weken

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

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

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

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

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

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

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

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