

Behandeling en sociaal-medische begeleiding bij verzuim door klachten van arm, nek of schouder (RSI)

B.M. Blatter · S.G. van den Heuvel · E.M.M. de Vroome · P.M. Bongers

Samenvatting Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de huidige praktijk van behandeling en sociaal-medische begeleiding bij werknemers met verzuim door arm-, nek- en schouderklachten (RSI). Werknemers met deze klachten en hun bedrijfsartsen vulden vragenlijsten in na insluiting in het onderzoek en 6 maanden daarna.

De helft van de werknemers had volledig hervat na 8 maanden sinds de eerste verzuimdag. Tweederde van de respondenten had binnen 2 maanden na de eerste verzuimdag een fysiotherapeut bezocht; 60% gebruikte pijnstillers. De bedrijfsarts adviseerde 21% van de respondenten totale rust te houden, 52% gedoseerd te bewegen, en 13% te sporten. Elf procent werd verwezen naar een tweedelijnsvoorziening voor reïntegratie. Vrouwen hadden meer klachten dan mannen, maar werden minder vaak doorverwezen voor diagnostiek. Er waren weinig verschillen in de aanpak van de bedrijfsarts tussen werknemers met specifieke en specifieke diagnoses.

Keywords repetitive strain injury · verzuim · bedrijfsarts

Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat in Nederland 20% tot 30% van de werknemers in een jaar langdurig of regelmatig klachten heeft aan arm, nek of schouder, die gerelateerd zijn aan het werk^{1,2} (RSI). Echter, niet al deze klachten zijn even ernstig. Van alle werknemers verzuimt 8% (in een jaar) door RSI-klachten, 2% verzuimt langer dan 4 weken, en 4 op de 10.000 werknemers belanden in de WAO door RSI.³ Doordat het hier gaat om een meestal werkgerelateerde aandoening waarvoor de beste therapie vooralsnog onduidelijk is,^{4,5} zijn preventie van chroniciteit en bevordering van terugkeer naar werk in de huidige praktijk vooral een proces van ‘trial and error’.

Een betere karakterisering van de RSI-patiënten, een beter inzicht in de huidige praktijk van sociaal-medische begeleiding en inzicht in de effectiviteit van behandelingen zullen tot een verbeterde arbeidsparticipatie van deze groep zieken leiden. Er is in Nederland echter weinig onderzoek uitgevoerd naar de praktijk van sociaal-medische begeleiding door de bedrijfsarts bij (specifieke) RSI-klachten.⁶ De curatieve en sociaal-medische praktijk bij nek- en armklachten^{7,8} beschreven in de internationale literatuur, verschilt te veel van de Nederlandse situatie om bruikbare informatie te kunnen opleveren. Recentelijk zijn wel enkele richtlijnen verschenen hoe te handelen bij patiënten met specifieke klachten van arm, nek of schouder (o.a. van de NVAB en oefen-therapeuten Mensendieck).

De vraagstelling van het onderzoek luidt: Wat is de huidige praktijk van sociaal-medi-sche begeleiding en behandeling van werknemers die verzuimen door RSI-klachten? Hiervoor is een longitudinaal onderzoek opgezet bij twee arbodiensten.

B.M. Blatter (✉)

Birgitte Blatter werkt bij TNO Arbeid, Hoofddorp en Body@Work, Onderzoekscentrum Bewegen, Arbeid en Gezondheid TNO-Vumc, Amsterdam. Swenneke van den Heuvel en Ernest de Vroome werken bij TNO Arbeid, Hoofddorp. Paulien Bongers werkt bij TNO Arbeid, Hoofddorp, Body@Work, Onderzoekscentrum Bewegen, Arbeid en Gezondheid TNO-Vumc, Amsterdam en het EMGOinstituut, Vumc, Amsterdam. Correspondentieadres Dr. B.M. Blatter, TNO Arbeid, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp. E-mail: b.blatter@arbeid.tno.nl.

1. Bijna de helft van de RSI-patiënten die volledig verzuimden op de eerste verzuimdag, was ongeveer 8 maanden later weer geheel aan het werk.
2. Tweederde van de werknemers had (meer dan eens) een fysiotherapeut bezocht 1 tot 2 maanden na de eerste verzuimdag en 16% een oefentherapeut. Ook de bedrijfsarts adviseerde relatief de meeste werknemers (35%) om naar een fysiotherapeut te gaan, en een kleinere groep (9%) naar een oefentherapeut Mensendieck of Cesar.
3. Vrouwen rapporteerden meer pijnklachten maar werden minder vaak voor nadere diagnostiek verwezen.
4. Beeldschermwerkers verzuimden minder en er werden vaker werkaanpassingen geadviseerd.
5. Er waren weinig verschillen in de uitgevoerde en geadviseerde (medische) interventies tussen werknemers met specifieke en aspecifieke RSI-aandoeningen.

Methoden

De onderzoeksgroep in dit longitudinale onderzoek bestond uit werknemers met geheel of gedeeltelijk verzuim door pijnklachten aan arm en/of nek. Deze werknemers waren in 2001 door bedrijfsartsen van Commit Arbo en Arbo Unie (Midden en West) ingesloten in het onderzoek. Aan 340 bedrijfsartsen waren in totaal 2380 vragenlijstpakketten verstrekt met een informatiefolder, vragenlijst en toestemmingsformulier voor de werknemer, en een vragenlijst voor de bedrijfsarts. Aan de bedrijfsartsen werd gevraagd om werknemers bij hun eerste consult (T0, 1 à 2 maanden na de eerste verzuimdag) de vragenlijst te geven wanneer zij voldeden aan de inclusiecriteria: geheel of gedeeltelijk verzuim, niet langer dan 6 weken geleden uitgevallen uit het werk en een diagnose vallend onder lijst met CAS-codes (of via een beslisboom met uitsluitingscriteria (bijlage 1)). Alle

werknemers die deze vragenlijst en het toestemmingsformulier hadden teruggestuurd aan de onderzoekers, kregen 6 maanden na aanvang van de studie (T1, 7 à 8 maanden na de eerste verzuimdag) een tweede vragenlijst opgestuurd. De bedrijfsartsen vulden over elke ingesloten werknemer eveneens tweemaal een korte vragenlijst in, op hetzelfde tijdstip als de werknemer.

De eerste vragenlijst voor de werknemers bestond zoveel mogelijk uit gevalideerde vragenlijstmodules over ernst, aard en begin van de klachten,⁶ beperkingen (DASH-vragenlijst),⁹ omvang en begin van het verzuim, behandelingen, aanpassingen in het werk en mate van tevredenheid over de bedrijfsarts.¹⁰

Aan de vervolgvragenlijst voor werknemers werden vragen over het verloop van het verzuim toegevoegd.

De eerste vragenlijst voor de bedrijfsarts bevatte vragen over de eerste verzuimdag, diagnose(s) die gesteld werd(en), door de arts gepercipieerde oorzaken van de klachten, de voorgestelde aanpak en een inschatting van het moment van hervatting. Vragen die waren toegevoegd aan de tweede vragenlijst, gingen over het verloop van het verzuim.

Percentages zijn berekend voor de groep werknemers met nek-, arm- en schouderklachten in zijn geheel en apart voor mannen en vrouwen, werknemers met specifieke en aspecifieke, door de bedrijfsarts gestelde diagnoses (zie bijlage 1 voor definities) en werknemers met beeldschermwerk (meer dan 4 uur per dag) en ander werk.

Resultaten

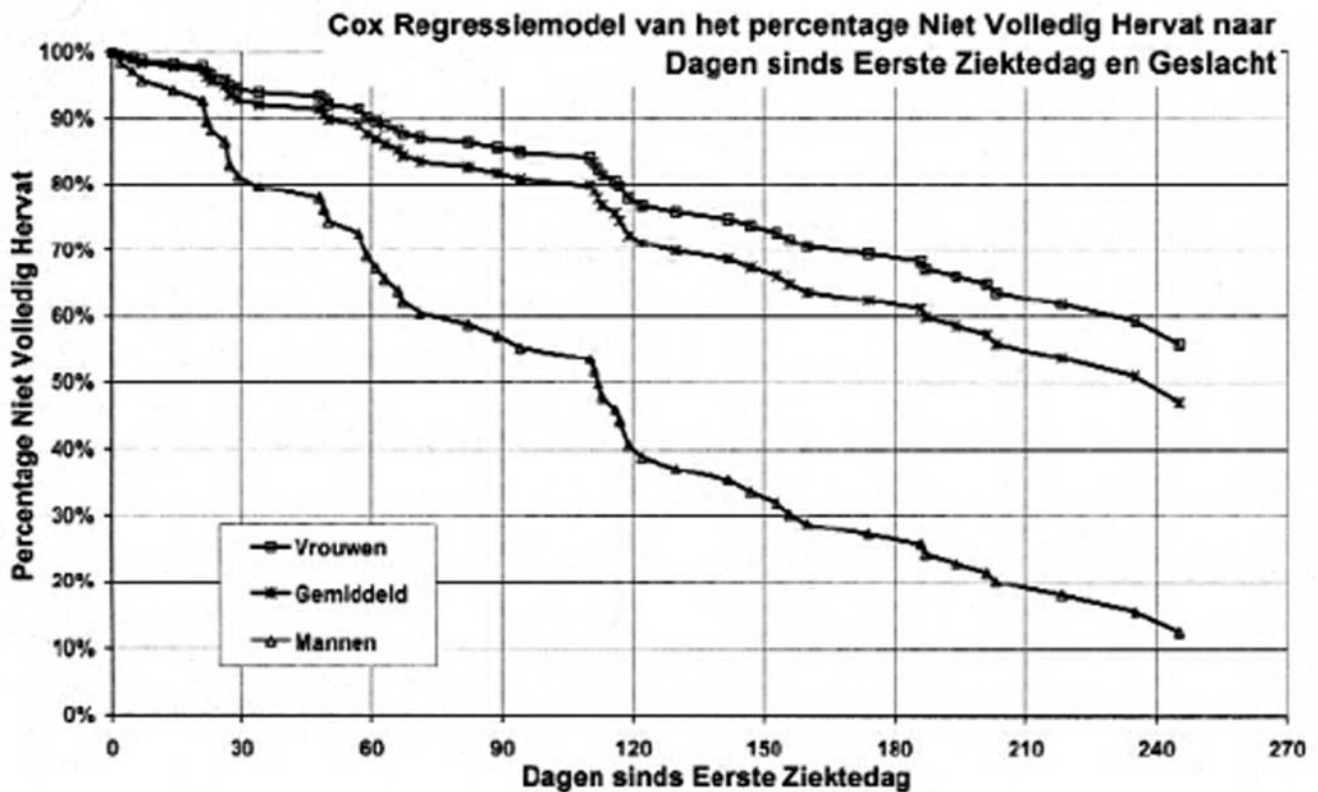
In de 6 maanden durende inclusieperiode waren 163 werknemersvragenlijsten en 178 bedrijfsartsenvragenlijsten ontvangen. Van 150 werknemers was zowel werknemers- als bedrijfsartseninformatie binnengekomen; van 193 personen was óf de werknemers- óf de bedrijfsartsenvragenlijst ontvangen. Deze patiënten waren

Tabel 1 Verzuimgegevens 1 tot 2 maanden na eerste verzuimdag (T0)

| | Man | Vrouw | Aspecifiek | Specifiek | Ander werk | Beeldscherm-werk >4 uur | Totaal |
|-------------------------------------|-----|-------|------------|-----------|------------|-------------------------|--------|
| | n = | n = | n = 115 | n = 66 | n = 86 | n = 75 | n = |
| Eerder verzuimd om dezelfde redenen | 37 | 125 | | | | | 193 |
| Verzuim eerste verzuimdag | | | | | | | |
| Volledig | 68% | 79% | 72% | 82% | 87% | ▼ 63% | 76% |
| Gedeeltelijk | 23% | 19% | 22% | 14% | 10% | △ 32% | 19% |
| Niet* | 10% | ▼ 2% | 6% | 5% | 3% | 5% | 5% |

▼ en △ : toets op verschil tussen betrokken subgroepen met $p < 0,05$.

* in tegenstelling tot inclusiecriteria.



Figuur 1 Beloop van volledige werkhervatting in de tijd, weergegeven voor de totale groep en voor mannen en vrouwen apart

aangeleverd door 48 bedrijfsartsen. De onderzoeksgroep bestond voor 75% uit vrouwen, was gemiddeld 37 jaar en bestond voor 40% uit werknemers in de administratieve sector.

Van de werknemers had 27% eerder om dezelfde reden verzuimd (tabel 1). Op de eerste verzuimdag verzuimde 76% van de werknemers volledig (volgens gegevens van de arbodienst) en 19% gedeeltelijk. Werknemers met ander werk dan beeldschermwerk verzuimden vaker volledig dan beeldschermwerkers. In figuur 1 is te zien dat 50% van de werknemers die volledig verzuimden, na 240 dagen (8 maanden) het werk weer volledig had hervat. Vrouwen hervatten het werk langzamer dan mannen.

In tabel 2 zijn de door de bedrijfsarts gestelde diagnoses weergegeven en tevens zelfgerapporteerde klachten in de verschillende lichaamsregio's. De 'diagnose' RSI van schouder/bovenarm was door de bedrijfsarts het meest gesteld (in 40% van de gevallen); daarna volgden RSI van elleboog/onderarm (29%). Bij het merendeel (60%, $n = 115$) waren door de bedrijfsarts alleen specifieke diagnoses gesteld; dit was vaker het geval bij werknemers

met beeldschermwerk dan bij werknemers met ander werk. De meest voorkomende, door de werknemers gerapporteerde klachten waren schouderklachten (73%) en bovenarm- en onderarmklachten (beide 63%). Vrouwen hadden vaker langdurige nekkklachten dan mannen (zowel zelfgerapporteerd als gediagnosticeerd door de bedrijfsarts).

Oordeel bedrijfsarts over oorzaak van de klachten

Bijna alle aandoeningen (98%) waren volgens de bedrijfsarts aan het werk gerelateerd (tabel 3). Bij 94% van de respondenten speelde fysieke belasting op het werk een rol (minder vaak bij beeldschermwerkers); bij 51% speelde ook psychosociale belasting een rol (vaker bij beeldschermwerkers). Ruim eenderde van de bedrijfsartsen vond dat er sprake was van inadequaat ziekte- en herstelgedrag als één van de oorzaken van de klachten. Bijna alle bedrijfsartsen ($n = 54$) bedoelden hier echter mee dat mensen hun grenzen niet kenden of te lang doorwerkten ondanks de pijn.

Tabel 2 Diagnose en klachten één tot twee maanden na eerste verzuimdag (T0)

| | Man n = 37 | Vrouw n = 125 | Aspecifiek n = 115 | Specifiek n = 66 | Ander werk n = 86 | Beeldscherm- werk >4 uur n = 75 | Totaal n = 193 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------|
| <i>Diagnoses bedrijfsarts (meerdere antwoorden mogelijk)</i> | | | | | | | |
| Aspecifieke nekpijn | 6% | △ 24% | 22% | 14% | 19% | 21% | 19% |
| Pijn bovenste extremiteiten | 30% | 21% | 27% | 11% | 16% | △ 31% | 21% |
| RSI schouder/bovenarm | 27% | 44% | 52% | 18% | 38% | 44% | 40% |
| RSI elleboog/onderarm | 33% | 27% | 32% | 23% | 19% | △ 39% | 29% |
| RSI pols/hand | 21% | 21% | 31% | 5% | 14% | △ 30% | 22% |
| Discopathie cervicaal | 0% | 1% | 0%* | 2% | 1% | 0% | 1% |
| Cervicobrachiaal syndroom | 6% | 7% | 0%* | 18% | 5% | 9% | 7% |
| Adhesieve capsulitis schouder | 0% | 5% | 0%* | 9% | 6% | 1% | 3% |
| Epicondylitis lateralis | 18% | 24% | 0%* | 61% | 34% | ▼ 9% | 22% |
| Epicondylitis medialis | 9% | 9% | 0%* | 23% | 11% | 6% | 8% |
| Carpale tunnel syndroom | 3% | 1% | 0%* | 5% | 3% | 0% | 2% |
| Andere diagnose | 3% | 9% | 8% | 8% | 9% | 7% | 8% |
| <i>Zelfgerapporteerde klachten minstens 4 tot 7 dagen per week (meerdere antwoorden mogelijk)</i> | | | | | | | |
| Nek | 32% | △ 56% | 47% | 54% | 48% | 54% | 51% |
| Schouder | 65% | 75% | 70% | 79% | 79% | 68% | 73% |
| Bovenarm | 64% | 62% | 61% | 71% | 67% | 58% | 63% |
| Elleboog | 38% | 49% | 35% | △ 67% | 53% | 41% | 47% |
| Onderarm | 64% | 63% | 55% | △ 81% | 65% | 62% | 63% |
| Pols | 31% | 49% | 47% | 45% | 38% | 51% | 45% |
| Hand/vinger | 52% | 57% | 51% | 66% | 56% | 57% | 56% |

▼ en △: toets op verschil tussen betrokken subgroepen met $p < 0,05$.

* per definitie 0.

Tabel 3 Oorzaken klachten volgens bedrijfsarts

| Werkgerelateerd | Man n = 37 | Vrouw n = 125 | Aspecifiek n = 115 | Specifiek n = 66 | Ander werk n = 86 | Beeldscherm- werk >4 uur n = 75 | Totaal n = 193 |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------|
| – nee | 0% | 3% | 1% | 3% | 4% | 0% | 2% |
| – gedeeltelijk | 52% | 52% | 50% | 59% | 58% | 46% | 54% |
| – volledig | 48% | 45% | 49% | 38% | 38% | △ 54% | 45% |
| Fysieke belasting speelt een rol | 94% | 93% | 91% | 98% | 97% | ▼ 88% | 94% |
| Psychosociale belasting speelt een rol | 52% | 54% | 55% | 45% | 43% | △ 63% | 51% |
| Inadequaate ziekte/herstelgedrag / grenzen niet kennen speelt een rol | 42% | 36% | 34% | 38% | 40% | 35% | 35% |

▼ en △: toets op verschil tussen betrokken subgroepen met $p < 0,05$.

Behandelingen

Fysiotherapie bleek de meest voorkomende behandeling te zijn (tabel 4): 65% van de werknemers had 1 à 2 maanden na de eerste verzuimdag meer dan eens de fysiotherapeut bezocht (vrouwen vaker dan mannen). Van de onderzoeksgroep bezocht 16% meer dan eens een oefentherapeut Cesar of Mensendieck (beeldschermwerkers vaker dan andere werknemers), 9% een manuele therapeut, 2% een psycholoog en 6% een specialist.

Pijnstillers werden veel gebruikt: 60% van de werknemers met RSI-klachten gebruikte pijnstillers in de eerste 2 maanden na verzuim (tabel 5). Bijna 60% van de mensen die pijnstillers slikten gaven echter aan hier geen baat bij te hebben of dit nog niet te weten (niet in tabel). Vrouwen slikten meer pijnstillers dan mannen en werknemers met ander werk dan beeldschermwerk namen meer pijnstillers dan beeldschermwerkers. Bijna iedereen (ongeveer 90%) had ooit rust voorgeschreven gekregen; 72% vond dat die rust baat had gehad. Dat men gedoseerd moest bewegen was bij 57% geadviseerd.

Tabel 4 Behandeling therapeuten (zelfgerapporteerd) 1 tot 2 maanden na eerste verzuimdag (T0)

| | Man n = 37 | Vrouw n = 125 | Aspecifiek n = 115 | Specifiek n = 66 | Ander werk n = 86 | Beeldscherm- werk >4 uur n = 75 | Totaal n = 193 |
|-----------------------------|---------------|------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Fysiotherapeut (>1 keer) | 51% | △ 69% | 61% | 71% | 66% | 64% | 65% |
| Houdingstherapeut (>1 keer) | 14% | 17% | 19% | 11% | 7% | △ 27% | 16% |
| Manuele therapeut (>1 keer) | 8% | 10% | 9% | 7% | 6% | 14% | 9% |
| Psycholoog (>1 keer) | 0% | 2% | 2% | 0% | 0% | 4% | 2% |
| Specialist (>1 keer) | 0% | 7% | 5% | 7% | 6% | 5% | 6% |

▼ en △: toets op verschil tussen betrokken subgroepen met $p < 0,05$.

Tabel 5 Voorgescreven therapie (zelfgerapporteerd) 1 tot 2 maanden na eerste verzuimdag (T0)

| | Man n = 37 | Vrouw n = 125 | Aspecifiek n = 115 | Specifiek n = 66 | Ander werk n = 86 | Beeldscherm- werk >4 uur n = 75 | Totaal n = 193 |
|-------------------|---------------|------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Pijnstillers | 41% | △ 65% | 56% | 70% | 72% | ▼ 45% | 60% |
| Rust | 84% | 89% | 89% | 89% | 89% | 87% | 88% |
| Gedoseerd bewegen | 56% | 58% | 57% | 57% | 50% | △ 67% | 57% |
| Operatie | 0% | △ 14% | 11% | 9% | 7% | 15% | 11% |
| Hulpmiddelen | 0% | 9% | 6% | 9% | 10% | 4% | 7% |

▼ en △: toets op verschil tussen betrokken subgroepen met $p < 0,05$.

Tweederde van de mensen aan wie dit was geadviseerd gaf aan hier baat bij te hebben. Bij beeldschermwerkers was dit vaker geadviseerd dan bij werknemers met ander werk dan beeldschermwerk. Operaties waren bij 11% uitgevoerd, waarbij vrouwen vaker een operatie hadden gehad dan mannen. Er was geen verschil in het percentage operaties tussen werknemers met aspecifieke en specifieke diagnoses. Maar 12% van de mensen die geopereerd waren, zei hier baat bij te hebben gehad. Het gebruik van hulpmiddelen, zoals een mitella of een spalk, werd door 7% in de eerste 2 maanden na verzuim gerapporteerd. Ongeveer 40% zei baat bij de hulpmiddelen te hebben.

Aanpak van de bedrijfsarts

Aan de bedrijfsarts was in de eerste vragenlijst gevraagd wat voor advies men aan de werknemer had gegeven met betrekking tot de behandeling, verwijzing naar andere hulpverleners en werkaanpassingen (tabel 6). Aan 21% van de werknemers werd totale rust met de arm geadviseerd, aan 52% gedoseerd te bewegen en aan 15% te gaan sporten. Uiteraard konden combinaties van deze adviezen ook voorkomen. Het advies om te sporten werd vaker aan werknemers met aspecifieke diagnoses en aan beeldschermwerkers gegeven. In 7% van de gevallen verwees de bedrijfsarts door voor nadere diagnostiek; dit gebeurde vaker bij mannen en bij beeldschermwerkers, ongeacht of het aspecifieke of specifieke diagnoses betrof. Het grootste deel van de werknemers (35%) werd verwezen naar de fysiotherapeut. Naar een

tweedelijnszorginstelling (zoals een RSI-trainingscentrum) werd 11% verwezen en 9% naar de huisarts. Beeldschermwerkers werden vaker naar oefentherapie Cesar en Mensendieck doorverwezen dan andere werknemers. De aanpak van de bedrijfsarts was in slechts 2% van de gevallen afgestemd met de huisarts. Bij 8% ging dit alsnog gebeuren; voor de overigen vond de bedrijfsarts dit niet nodig.

Discussie en conclusies

Aan de hand van dit onderzoek is een beeld geschetst van het verzuimbeloop, de acties, contacten, en doorverwijzingen van de bedrijfsarts en de behandelingen die uitgevoerd worden bij werknemers die verzuimen met arm-, nek- en schouderklachten. Dit onderzoek had niet tot doel noch de juiste methodiek om de effectiviteit van behandelingen te onderzoeken. Prognostische factoren zijn elders beschreven.^{11,12} Een beperking van dit onderzoek is de lage respons van de bedrijfsartsen. Ten aanzien van de representativiteit denken wij echter dat de kans klein is dat er selectie is opgetreden ten aanzien van bepaalde diagnoses of beroepen. Een groot deel van de non-respons was veroorzaakt doordat een aantal vestigingen besloten had collectief niet mee te doen aan het onderzoek. Selectie lijkt dus eerder veroorzaakt te zijn door gebrek aan tijd of motivatie. De koppeling van informatie van zowel de werknemers zelf als informatie van de bedrijfsartsen levert nieuwe en interessante

Tabel 6 Adviezen van bedrijfsarts met betrekking tot behandeling 1 tot 2 maanden na eerste verzuimdag (T0)

| | Man n = 37 | Vrouw n = 125 | Aspecifiek n = 115 | Specifiek n = 66 | Ander werk n = 86 | Beeldscherm- werk >4 uur n = 75 | Totaal n = 193 |
|--------------------------------------------------|---------------|------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------|
| <i>Aanpak bedrijfsarts</i> | | | | | | | |
| Adviseren totale rust met arm | 18% | 23% | 20% | 23% | 21% | 24% | 21% |
| Adviseren gedoseerd te bewegen met arm | 52% | 51% | 53% | 51% | 54% | 47% | 52% |
| Adviseren te gaan sporten | 18% | 12% | 19% | ▼ 6% | 6% | △ 21% | 15% |
| Verwijzen voor diagnostiek | 18% | ▼ 4% | 5% | 9% | 3% | △ 13% | 7% |
| Verwijzen voor behandeling | 24% | 31% | 26% | 31% | 21% | △ 39% | 28% |
| Fysiotherapie | 33% | 35% | 33% | 38% | 29% | 40% | 35% |
| Oefentherapie Mensendieck | 9% | 6% | 9% | 3% | 3% | △ 11% | 7% |
| Oefentherapie Cesar | 0% | 3% | 4% | 0% | 0% | 4% | 2% |
| Psycholoog | 0% | 1% | 1% | 0% | 0% | 1% | 1% |
| Niet nodig (al onder behandeling) | 9% | 18% | 12% | 20% | 22% | 10% | 15% |
| Verwijzen naar 2e lijn (RSI trainingscentrum) | 6% | 12% | 9% | 14% | 9% | 13% | 11% |
| Verwijzen naar huisarts | 12% | 8% | 9% | 11% | 8% | 10% | 9% |
| <i>Aanpak afgestemd met huisarts</i> | | | | | | | |
| Ja | 6% | 1% | 1% | 3% | 3% | 1% | 2% |
| Nee, maar dit is niet nodig | 85% | 91% | 89% | 91% | 94% | 84% | 90% |
| Nee, maar dit ga ik wel doen | 9% | 9% | 10% | 6% | 4% | △ 14% | 8% |

▼ en △: toets op verschil tussen betrokken subgroepen met $p < 0,05$.

gegevens op. Zo was het mogelijk klachten, acties en verwijzingen apart te presenteren

TBV 12, nr. 10 (oktober 2004)

voor werknemers met aspecifieke en specifieke diagnoses.

Bijna de helft van de RSI-patiënten die volledig verzuimden op de eerste verzuimdag was ongeveer 8 maanden later weer geheel aan het werk. Bij de interpretatie van dit cijfer dient ermee rekening gehouden te worden dat de onderzoeksgroep bij inclusie al 1 tot 2 maanden verzuimde. De grote vooruitgang die binnen 8 maanden na eerste verzuimdag in deze groep optrad, is een belangrijke bevinding in dit onderzoek. Uit een Amerikaanse studie¹³ bleek dat er in 16 maanden bijna geen verandering in verzuimstatus had plaatsgevonden. Doordat de verschillen tussen de Verenigde Staten en Nederland in maatschappelijke situatie en de sociale verzekeringen groot zijn, is het niet mogelijk hieruit conclusies te trekken over de reïntegratiepraktijken in Nederland.

Ruim een kwart van de onderzoeksgroep had eerder verzuimd om dezelfde reden. Uit dit hoge percentage blijkt dat veel mensen niet in één keer van hun arm-, nek- en schouderklachten af te helpen zijn, maar dat velen opnieuw klachten ontwikkelen.

De klachten van 98% van de werknemers waren volgens de bedrijfsarts werkgerelateerd. Bij eenderde waren de klachten (mede) veroorzaakt door het 'doorgaan met werken ondanks de pijn', of 'zijn eigen grenzen niet kennen'. Hieruit blijkt dat het beeld dat RSI een modegevoelige ziekte is of een ten onrechte gebruikt klachtenpatroon, in dit onderzoek niet bevestigd wordt.

In de in 2003 uitgekomen NVAB-richtlijn 'Klachten van arm, schouder of nek' wordt totale rust niet geadviseerd, maar wordt geadviseerd bij aspecifieke nek- en armklachten zoveel mogelijk het werk vol te houden.¹⁴ Toch adviseerde de bedrijfsarts in 2001 aan een vijfde van de werknemers om totale rust te houden. De helft van de werknemers moest gedoseerd gaan bewegen, en 13% gaan sporten.

Tweederde van de werknemers had 1 tot 2 maanden na de eerste verzuimdag (meer dan eens) een fysiotherapeut bezocht en 16% een oefentherapeut. Ook de bedrijfsarts adviseerde relatief de meeste werknemers (35%) naar een fysiotherapeut te gaan, een veel kleinere groep (9%) naar een oefentherapeut Mensendieck of Cesar. In de NVAB-richtlijn wordt geadviseerd bij voorkeur naar oefen- of houdingstherapie te verwijzen, die zowel door fysiotherapeuten als oefentherapeuten gegeven wordt.¹⁴ Door de bedrijfsarts werd 11% verwezen naar een tweedelijnsvoorziening (zoals een RSI-trainingscentrum). Helaas is er voor de effectiviteit van RSI-behandelingen slechts beperkt bewijs beschikbaar.¹⁵

Arbocuratieve samenwerking wordt door onderzoekers en artsen zeer gestimuleerd, ook in de eerdergenoemde richtlijn van de NVAB.¹⁴ Overleg met de huisarts was ten tijde van het onderzoek echter zeer schaars. In een workshop van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (AKB) bleken de huisarts en de bedrijfsarts nog lang niet op één lijn te zitten ten aanzien van de rollen die beiden zouden moeten hebben bij de begeleiding van RSI-patiënten.¹⁶

We concluderen dat de onderzoeksgroep van werknemers die verzuimden met arm-, nek- en schouderklachten, voornamelijk uit vrouwen bestond. Ondanks dat in prevalentiestudies door vrouwen anderhalf tot twee keer zoveel klachten gerapporteerd worden dan door mannen,¹ was de man-vrouwverhouding in de hier onderzochte groep veel schever, namelijk 20% man en 80% vrouw. Dit was overigens wel vergelijkbaar met een Amerikaanse studie.¹⁷ Vrouwen rapporteerden in de huidige studie meer klachten en beperkingen maar werden veel minder vaak voor nadere diagnostiek verwezen dan mannen.

Onder arm-, nek- en schouderklachten vallen zowel specifieke als aspecifieke diagnoses.^{2,18} Bij tweederde van de werknemers had de bedrijfsarts een aspecifieke diagnose gesteld. Dit was hoger dan men in de Amerikaanse studie vond (47%),¹⁵ maar vergelijkbaar met een Australische patiëntengroep (63%).¹⁹ Ook hebben we gekeken of de aanpak van de bedrijfsarts verschilde tussen beide groepen. Opvallend is dat er in het algemeen weinig verschillen waren wat betreft (medische) interventies. Himmelstein et al.¹⁶ vonden in hun studie ook weinig verschillen tussen patiënten met specifieke en aspecifieke diagnoses. Wel vonden zij dat patiënten met aspecifieke diagnoses juist een langere duur van klachten hadden en vaker verzuimden, tegengesteld aan de bevindingen in het huidige project.

Veel RSI-onderzoek en -maatregelen in Nederland zijn gericht op beeldschermwerkers, terwijl andere beroepen ook RSI kunnen veroorzaken. Uit de vergelijking tussen beeldschermwerkers en werknemers met ander werk bleek dat beeldschermwerkers minder vaak volledig verzuimden. Beeldschermwerkers werden, waarschijnlijk in verband met het zittende werk, vaker verwezen naar een oefentherapeut Cesar en Mensendieck en werden vaker geadviseerd om te gaan sporten.

Dankwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (PAN-project). Voor het slagen van dit onderzoek was de

medewerking van de deelnemende bedrijfsartsen en contactpersonen van Commit Arbo, Arbo Unie West en Arbo Unie Midden onontbeerlijk. Ook de werknemers met klachten aan arm, nek of schouder die één of meerdere vragenlijsten hebben ingevuld, danken we voor hun deelname.

Belangenconflicten: geen gemeld Financiële ondersteuning: ministerie van SZW

Treatment and social-medical counseling for absence due to disorders of the arms, neck or shoulders (RSI).

B.M. Blatter, S.G. van den Heuvel, E.M.M. de Vroome, P.M. Bongers

This prospective study was conducted to gain an insight into the current practice of treatment and social-medical counseling for employees that are absent due to disorders of the arms, neck and shoulder (RSI). Employees with disorders and their occupational physicians filled out questionnaires after inclusion in the study, and again six months later.

Nearly half of the employees had fully resumed work 8 months after the first day of absence. Two-thirds of the respondents had visited a physiotherapist within 2 months of the first day of absence, 16% had visited a Cesar or Mensendieck therapist and 60% used analgesics. The occupational physician had advised 21% of the respondents to take complete rest, 52% was to use gradual exercise, and 13% was advised sports activities. Eleven percent was referred to a secondary health care facility for reintegration. Women suffered from more disorders than men did, but they were referred less often for diagnostics. Computer workers were absent less often, and were more frequently advised to try modified work. With respect to referral and treatment there were few differences in the approach by occupational physicians to employees with non-specific and specific disorders.

Bijlage 1 RSI CAS-codes¹ voor inclusie werknemers

Aspecifiek

L684: RSI van schouder/bovenarm

L685: RSI van elleboog/onderarm

L686: RSI van pols en hand

L100: aspecifieke nekpijn

L121: pijn in bovenste extremiteiten

Specifiek

L620: discopathie

L624: cervicobrachiaal syndroom

L643: artrose eerste carpacometacarpale gewricht²

C650: syndroom van Raynaud²

L680: chronische crepiterende synovitis van hand en pols²

L690: adhesieve capsulitis schouder

L694: epicondylitis lateralis

L695: epicondylitis medialis

N613: carpal tunnel syndroom

¹ Classificaties voor Arbo en Sociale Verzekeringen

² kwam niet voor in onderzoeksgroep

Beslisboom voor inclusie werknemers

1. Bevinden de klachten zich in één van de regio's van nek, schouders, arm, elleboog, pols of hand?
 - nee einde vragenlijst
 - ja door naar 2
2. Zijn de klachten veroorzaakt door acute blessure, snijof schaafwond?
 - nee door naar 3
 - ja einde vragenlijst
3. Zijn de klachten veroorzaakt door een hernia van de nucleus pulposus?
 - nee door naar 4
 - ja einde vragenlijst
4. Zijn de klachten veroorzaakt door (aangeboren) ziektes zoals diabetes, reuma?
 - nee door naar 5
 - ja einde vragenlijst
5. Duurt het huidige verzuim al langer dan 6 weken?
 - nee door naar 6
 - ja einde vragenlijst
6. Heeft de werknemer in het afgelopen half jaar wegens dezelfde reden reeds verzuimd?
 - nee INCLUSIE: vragenlijst
 - ja einde vragenlijstje

Literatuur

- Heinrich J, Blatter BM. RSI-klachten in de Nederlandse beroepsbevolking. Trends, risicofactoren en verklaringen. Aangeboden aan Tijdschr Soc Geneesk. Gezondheidsraad: RSI. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr 2000/22.
- Blatter BM, Heuvel SG van den, Bongers PM, et al. De omvang van verzuim en arbeidsongeschiktheid door RSI. Doetinchem: Elsevier, 2001.
- Konijnenburg HS, Wilde NS de, Gerritsen AAM, et al. Conservative treatment for repetitive strain injury. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27(5): 299–310.
- Piligian G, Herbert R, Hearn M, et al. Evaluation and management of chronic work-related musculoskeletal disorders of the distal upper extremity. *Am J Ind Med* 2000; 37: 75–93.
- Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. RSI-patiënten gehoord: Inventarisatie van werkfactoren, klachten en subjectieve meningen over behandeling en begeleiding. Amsterdam: Coronel Instituut, 1999; rapport nr 99-08.
- Miller MH, Topliss DJ. Chronic upper limb pain syndrome (repetitive strain injury) in the Australian workforce: A systematic cross-sectional rheumatological study of 229 patients. *J Rheumatol* 1988; 15: 1705–1712.
- Pransky GS, Benjamin K, Himmelstein J, et al. Work related upper extremity disorders: Prospective evaluation of clinical and functional outcomes. *J Occup Environ Med* 1999; 41: 884–892.
- Hudak P, Amadio PC, Bombardieri C and the Upper Extremity Collaborative Group. Development of an upper extremity outcome measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand). *Am J Ind Med* 1996; 29: 602–608.
- Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, et al. Return to work of cancer survivors, a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60: 352–357.
- Blatter B, Heuvel S van den, Bongers P, et al. De praktijk van sociaal-medische begeleiding en voorspellers van werkhervatting bij RSI. Doetinchem: Reed Business Information, 2003.
- Blatter BM, Heuvel SG van den, Vroome E de, et al. Prognostic factors for chronic disability due to neck and upper limb disorders. *La Medicina del Lavoro* 2002; 93,5: 412. Special issue of Sixteenth International Symposium Epidemiology in Occupational Health 2002 in Barcelona, Spain.
- Pransky GS, Benjamin K, Himmelstein J, et al. Work related upper extremity disorders: prospective evaluation of clinical and functional outcomes. *J Occup Environ Med* 1999; 41: 884–892.
- NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek. Ned. Ver. voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde, 2003.
- Blatter BM, Bongers PM, Dieën JH van, et al. RSI maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie. Programmeringstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doetinchem, Reed Business Information, 2004.
- Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat. Naar een rationele aanpak van werkgerelateerde klachten van de bovenste extremiteit (RSI): Verslag van de werkconferentie op 16 maart 2001. Kenniscentrum AKB, Rotterdam, 2001.
- Himmelstein JS, Feuerstein M, Stanek EJ, et al. Work-related upper extremity disorders and work disability: clinical and psychosocial presentation. *J Occup Environ Med* 1995; 37: 1278–1286.
- Sluiter JK, Rest KM, Frings-Dresen MH. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health*. 2001; 27 (Suppl 1): 1-102.
- Sikorski JM, Molan RR, Askin GN. Orthopaedic basis for occupationally related arm and neck pain. *Aust NZ J Surg* 1989; 59: 471–478.