

TNO-rapport

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

018-44018/01.03/R0315703

**Behandeling en reïntegratie van RSI-patiënten:
verkennde inventarisatie van activiteiten en
meningen van RSI-deskundige behandelaars**

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum 17 december 2003

Auteurs Heleen de Kraker
Birgitte Blatter

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.

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

© 2003 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Methode	3
3	Resultaten	4
4	RSI-case	7
5	Discussie en conclusies	9
5.1	Dankwoord	9

1 Inleiding

De effectiviteit van RSI behandelmethoden is nog nauwelijks wetenschappelijk aangetoond (Gezondheidsraad, 2000). Tot de tijd dat onderzoek naar de effectiviteit is afgerond, is het dus van belang om richtlijnen en protocollen op de praktische ervaring van RSI deskundige behandelaars te baseren. Om een beter inzicht in de gehanteerde methoden te krijgen voor zowel behandeling als reïntegratie, heeft TNO Arbeid een onderzoek onder RSI-deskundige behandelaars¹ uitgevoerd. Naast een inzicht in de gehanteerde behandelingen was een doel van dit onderzoek te inventariseren wat de meningen waren over een aantal kwesties ten aanzien van RSI waar de wetenschap nog geen antwoord op heeft.

RSI wordt gedefinieerd als ‘een tot beperkingen of participatieproblemen leidend multifactorieel bepaald klachtensyndroom aan nek, bovenrug, schouder, boven- of onderarm, elleboog, pols of hand of een combinatie hiervan, gekenmerkt door een verstoring van de balans tussen belasting en belastbaarheid, voorafgegaan door activiteiten met herhaalde bewegingen of een statische houding van één of meer van de genoemde lichaamsdelen als één van de veronderstelde etiologische factoren.’ (Gezondheidsraad, 2000). Zowel de specifieke als aspecifieke klachten vallen onder deze definitie.

2 Methode

Twaalf RSI deskundige behandelaars zijn aangeschreven met het verzoek deel te nemen aan dit onderzoek. Deelname hield in dat een interview bij de behandelaar werd afgenomen over de globale inhoud van zijn/haar huidige aanpak bij RSI, de mening over bepaalde kwesties en het oordeel over een voorgelegde ‘RSI-case’.

De resultaten van de interviews zijn ingedeeld in 6 delen. Eerst zijn vragen gesteld over het stellen van de diagnose RSI en over het natuurlijk beloop van klachten. Daarna zijn vragen voorgelegd over de behandelmethoden en hoe men tegen bepaalde aspecten van de behandelmethode aankijkt, gevolgd door een vraag over de werkhervatting. Tenslotte is gevraagd naar de meningen en inzichten van de behandelaars ten aanzien van bepaalde kwesties met betrekking tot de behandeling van RSI-patiënten. Na dit algemene deel volgde steeds een intakegesprek met of casebeschrijving van dezelfde RSI-patiënt, waarover vervolgens drie vragen gesteld werden.

De interviews zijn persoonlijk of telefonisch afgenomen.

De resultaten van de interviews zijn steeds per vraag beschreven. De meningen van de behandelaars zijn wanneer mogelijk samengevat of anders is juist de variatie in antwoorden weergegeven. Aan het eind van het rapport is een samenvattende conclusie geschreven.

¹ De huisarts die in deze studie geïnterviewd is, noemde zichzelf niet RSI-deskundig

3 Resultaten

Uiteindelijk zijn acht behandelaars geïnterviewd. De groep behandelaars was als volgt samengesteld: oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar, fysiotherapeut, arts orthopedische geneeskunde, revalidatiearts, neuroloog, huisarts en bedrijfsarts. Vier interviews zijn persoonlijk afgenomen en vier telefonisch.

Tijdens drie van de vier persoonlijke interviews was de RSI-patiënt lijfelijk aanwezig en kon een intakegesprek uitgebreider plaatsvinden. Tijdens de telefonische interviews werd de RSI-patiënt als 'papiercase' voorgelegd. De duur van het interview varieerde van 1 tot 1,5 uur.

Vraag 1: "Kunt u, om een globaal idee te krijgen van uw praktijk, vertellen hoe u in uw praktijk omgaat met het stellen van de diagnose RSI?"

(stelt u de diagnose altijd zelf of is er ook kans dat u een 'RSI-patiënt' doorverwezen krijgt? Stelt u de diagnose dan ook op uw eigen manier vast?)

De antwoorden op deze vraag lopen zeer uiteen. Sommige behandelaars gaan direct met de klachten aan de slag en geven de diagnose zelf vrijwel geen aandacht. Wel noemen zij kenmerken van de klachten of kenmerken in de blootstelling waarvan zij vinden dat er dan sprake is van RSI. Voorbeelden van deze kenmerken zijn: lange tijd in dezelfde houding dezelfde bewegingen maken, weinig variatie in de bewegingen die regelmatig gemaakt worden, klachten worden erger tijdens of vlak na het werk, de precieze locatie van de pijn is onduidelijk (nek, schouder arm regio), stress is meestal aanwezig (op het werk of in de thuissituatie).

Het grootste deel van de behandelaars krijgt over het algemeen patiënten van de huisarts doorverwezen. De verwijzing is volgens drie behandelaars op basis van klachten, de term RSI wordt maar weinig gebruikt.

Alle behandelaars houden bij het eerste contact een intakegesprek om zoveel mogelijk over de klachten en de patiënt te weten te komen. De intakegesprekken worden in sommige gevallen uitgebreid met fysieke testen, diagnostisch onderzoek, röntgenfoto's of EMG-metingen (electromyografie). Twee behandelaars bekeken of specifieke klachten in het intakegesprek (en eventuele testen) uitgesloten kunnen worden.

Vraag 2: "Moet een patiënt aan bepaalde minimale eisen voldoen om de diagnose RSI te krijgen? Zo ja, welke?"

Deze vraag is door vijf behandelaars met ja beantwoord. Enkele behandelaars hadden een aantal duidelijke criteria waaraan een patiënt moet voldoen. Andere behandelaars noemden de criteria meer in algemene termen. Drie criteria werden door alle vijf behandelaars genoemd, namelijk de aanwezigheid van pijn in de nek-schouderregio en/of de armen, de klachten zijn werkgerelateerd en de klachten treden op in combinatie met enige vorm van stress of werkdruk.

Vraag 3: "Kunt u een schets geven van het natuurlijk beloop van klachten?"

Geen enkele behandelaar kwam met een overtuigend antwoord op deze vraag. Eén behandelaar dacht dat 50% van de klachten spontaan weer verdwijnt. Een andere behandelaar dacht juist dat er geen neiging tot herstellen is en dat er sprake is van steeds recidiverende klachten wanneer men er eenmaal last van heeft gehad. Een andere behandelaar verklaarde het aanblijven van klachten door een (blijvende) verandering van het centraal zenuwstelsel die na verloop van tijd optreedt. Vier behandelaars stellen dat het tijdig ingrijpen op de situatie waarin de klachten ontstaan zijn, van groot belang is op het verdere verloop van de klachten. Als fase 3 is bereikt, zijn de voorspellingen niet

gunstig. De voorspellingen voor fase 3 klachten zijn wel beter dan een aantal jaren geleden, omdat de behandelmogelijkheden in de loop der jaren verbeterd zijn.

Vraag 4: "Wat zijn de belangrijkste componenten van uw (meest voorkomende) behandelmethode?"

Bij specifieke klachten worden specifieke behandelmethoden gebruikt, waar verder niet op ingegaan werd. Bij het merendeel van de klachten dat binnenkomt bij de behandelaars is echter sprake van aspecifieke klachten. Elke behandelaar heeft een behandelmethode met eigen kenmerken, gebaseerd op ervaring en/of achtergrond. Maatwerk lijkt een belangrijke factor. De meeste behandelaars begonnen het antwoord op deze vraag met: "Dat kan ik zo in het algemeen niet zeggen, dat hangt van de (ernst van de) patiënt af."

Alle behandelaars noemden ontspanning als belangrijke factor. Ontspanningsoefeningen, het creëren van ontspanningsmomenten tijdens het werk en het (geestelijk en lichamelijk) leren van ontspannen werden als component in de behandeling genoemd. Verder werd door de verschillende behandelaars nadruk op verschillende componenten gelegd. Voorbeelden zijn nadruk op: (werk)houding, het versterken van houdingsspieren, het vergroten van de lichaamsbewustwording en het toepassen van IMS (intra musculaire stimulatie). Twee behandelaars dachten dat ze representatief waren voor hun veld, twee behandelaars dachten dat ze wel representatief waren maar gaven aan zichzelf niet als RSI-deskundige te beschouwen en vier behandelaars gaven aan niet representatief te zijn omdat ze dachten verder te zijn dan het merendeel van de behandelaars in hun veld.

Vraag 5: "Behandelingen voor RSI worden vaak gebaseerd op behandelingen voor rugklachten, wat is uw mening hierover?"

(bestaat er een stereotype chronische rugklachtpatiënt en een stereotype RSI-patiënt? Is het 'vertalen' van behandelmethoden in dat opzicht voor de hand liggend?)

Drie behandelaars vonden het voor de hand liggend dat behandelingen voor RSI gebaseerd worden op behandelingen voor rugklachten. Zij stelden dat beide klachten verminderd kunnen worden door activeren en ontspannen (graded activity). Verschillen tussen RSI- en rugklachtpatiënten werden bij deze behandelaars wel gezien, maar een toelichting hierop is niet helder gegeven.

Vijf behandelaars waren het niet met de stelling eens. Ze zien RSI als een andere klacht met andere behandeling. Enkele behandelaars vonden zelfs dat oefeningen die aan rugklachtpatiënten aangeboden worden, RSI-klachten zouden kunnen verergeren. De stereotypen werden wel herkend, maar geen enkele behandelaar 'durfde' achter deze bewering te gaan staan.

Vraag 6: "Tijdens het behandelen van RSI-klachten kan er sprake zijn van een pijncontingente of tijdscontingente opbouw. Welke aanpak heeft uw voorkeur?"

Vier behandelaars spraken hun voorkeur uit voor een tijdscontingente opbouw: twee behandelaars voor een pijncontingente opbouw en twee behandelaars voor een combinatie van pijn- en tijdscontingent. Naast de twee behandelaars die een voorkeur hadden voor een combinatie, gaven vier behandelaars als toevoeging aan dat er in de praktijk vrijwel altijd sprake is van een combinatie.

Vraag 7: "Wat is uw advies aan RSI-patiënten over de werkhervatting na klachten?"

De antwoorden die gegeven zijn, lopen erg uiteen. Thuis zitten en helemaal geen (beeldscherm)werk doen werd door twee behandelaars geadviseerd als de klachten ernstig zijn en deze 'rust' niet langer dan 4 tot 6 weken duurt. Een ander advies was

juist zo lang mogelijk aan het werk te blijven, waarbij pijnlijke handelingen vermeden moeten worden en meer afwisseling in het werk mogelijk gemaakt moet worden.

Over de start van de werkhervatting verschillen de adviezen ook. Sommige behandelaars adviseerden thuis, in een beschermde omgeving, te beginnen met het oefenen met beeldschermwerk, anderen adviseerden op het werk te starten, maar dan uit de hectiek en weer anderen vonden dat je zo snel mogelijk weer in de oude functie terug moet keren. De meest gehoorde duur voor het starten van het beeldschermwerk is 10-15 minuten per dag. Dit kan langzaam opgebouwd worden tot 1 à 2 uur per dag.

Een aandachtspunt bij de reïntegratie was voor meerdere behandelaars dat de RSI-patiënt 'voldoende bij heeft geleerd' en zelf kan aangeven waar grenzen liggen, en beter in zijn vel zit. Hierbij zijn grote autonomie en zoveel mogelijk zelf doen en (vooral) laten belangrijk.

Twee behandelaars bekijken de werkplek ook zelf tijdens het begeleidingstraject. Eén behandelaar concludeerde dat als de klachten na reïntegratie, direct na terugkomst op de werkplek, weer terugkeren er uit moet worden gezien naar ander werk.

Vraag 8: "Wat is uw mening over training als onderdeel van de behandeling? Bent u voorstander van duurtraining, krachttraining, coördinatie training, een combinatie van trainingsvormen of juist helemaal geen training?"

Alle behandelaars hadden 'een vorm' van training in de behandeling opgenomen. De trainingen variëren van zeer uitgebreide programma's tot het doen van simpele losmaak- en zwaai-oefeningen. Drie behandelaars benadrukten bewustwording in de trainingen, waarbij coördinatie (ontregelde proprioceptie herstellen, houdingscorrectie) een belangrijke rol speelt. Ook leggen enkele behandelaars de nadruk op het doen van zoveel mogelijk 'normale dagelijkse handelingen'. Hierbij werd aangegeven dat bewegen belangrijk is en er geen sprake hoeft te zijn van een opbouwend schema. Geen van de behandelaars adviseerde uitsluitend krachttraining, ook duurtraining werd niet als zodanig geadviseerd. Componenten van deze trainingen komen in afgezwakte vorm wel voor.

Er werd door twee behandelaars gewaarschuwd dat training geen verplichting moet zijn. De patiënten moeten een vorm van training/beweging vinden die ze zelf prettig vinden, anders bestaat het gevaar dat er een (extra) verplichting ontstaat die ook weer druk met zich meebrengt.

Vraag 9: "Wat zijn uw ideeën over de invloed van absolute rust op de ontwikkeling van RSI-klachten?"

Geen van de behandelaars was voorstander van absolute rust bij RSI-klachten. Twee behandelaars zagen rust wel als 'laatste redmiddel' bij zeer ernstige klachten. Voor specifieke RSI-klachten werd rust als component van een efficiënte oplossing gezien.

Vraag 10: "Wat is naar uw mening de invloed van sporten/ regelmatig bewegen in de vrije tijd (algemene fitheid) op het herstellen van RSI-klachten?"

De behandelaars waren het er allen over eens dat regelmatig bewegen en sporten in de vrije tijd een zeer belangrijke factor is. Een van de behandelaars antwoordde zelfs met: "Van levensbelang". Er werden verschillende redenen genoemd waarom het belang van bewegen en sporten groot is: een verbeterde doorbloeding, grotere bewustwording, diepere ademhaling en positieve ervaring. Er werd wel gewaarschuwd dat sporten geen bescherming biedt tegen klachten en dat de klachten tijdens het sporten niet mogen verergeren.

4 RSI-case

Casebeschrijving zoals deze is gegeven bij de interviews waarbij de RSI-patiënt niet aanwezig was:

Vrouw, secretaresse, 40 uur per week werkzaam bij een commercieel bedrijf sinds juli 2001, leuke baan, maar hoge werkdruk.

In februari 2002 naar de huisarts gegaan met lichte polsklachten (tintelingen), volgens de patiënte door het werk veroorzaakt. Op dat moment niets aan gedaan.

In september 2002 (na intensief mountainbiken) ergere klachten (krachtsverlies) aan de pols en nek. De huisarts verwijst door naar fysiotherapie (massage, manuele therapie) en schrijft pijnstillers voor. De klachten zitten in de hele arm rechts, ze is ook rechtshandig. Na 2 maanden weer gestopt met fysiotherapie, omdat de klachten niet minder werden.

In november 2002 heeft ze een aangepast bureau gekregen met headset en een gesplitst toetsenbord.

Vanaf februari 2003 worden de klachten weer erger.

In april 2003 ernstige beperkingen thuis: kopje optillen, haren wassen en deur open doen gaat niet meer.

Half april 2003 verzuim: eerst een week voor 75%, daarna volledig. In juni geprobeerd op therapeutische basis 2 uur per dag te werken, dat lukte niet. Ook autorijden naar het werk was een probleem. Na 2 weken weer volledig verzuim.

In juli 2003 met voetreflextherapie en fysiotraining begonnen, de laatste 2x per week.

Vanaf 1 september 2003: 6 uur/week therapeutisch en aangepast werk: niet tillen en maar 10 min/ uur beeldschermwerk.

Op dit moment doet ze 1x per week fysiotraining (oefeningen, grote bewegingen) en 1x per week fitness bij sportschool (cardiotraining en ontspanningsoefeningen voor schouder/nek).

Het gaat nu langzaam beter.

Na het voorleggen van de situatie van de RSI-patiënt (en de klachten van de patiënt zoals die sinds februari 2002 in meer en mindere mate zijn opgetreden), zijn drie vragen gesteld:

"Hoe zou u de diagnose voor deze patiënt stellen?"

Alle behandelaars vertelden altijd met een uitgebreid intakegesprek te beginnen. Over zaken als de werkplek, werksfeer, werkomstandigheden maar ook over hobby's, gezondheidsaspecten en de privé-situatie worden vragen gesteld om een compleet beeld van de situatie te krijgen. Enkele behandelaars doen ook tests die uiteenlopen van het laten maken van simpele bewegingen tot neurologisch onderzoek, röntgenfoto's en MRI-scans. De testen worden met name gedaan om de oorzaak (of oorzaken) te achterhalen, specifieke vormen van RSI uit te sluiten en de patiënten gerust te stellen dat er geen aantoonbare afwijkingen geconstateerd worden. Alle behandelaars waren het erover eens dat er bij de geïntroduceerde patiënt sprake was van specifieke klachten.

"Wat is uw mening over de aanpak die tot nu toe heeft plaatsgevonden?"

De behandelaars zijn het er bijna allemaal over eens dat de (juiste) behandeling en werkplekaanpassingen te laat hebben plaatsgevonden. Ook de rol van de bedrijfsarts werd in het doorlopen traject gemist. Twee behandelaars stellen dat het beeldschermwerk veel eerder in intensiteit en duur verminderd had moeten worden. Tweemaal zijn

de woorden "het typische geval" gebruikt, waarmee aangegeven werd dat de patiënt te lang met de klachten is doorgelopen door inefficiënt optreden van de bedrijfsarts of huisarts die de ernst van de klachten in eerste instantie niet ingezien heeft.

"Welke aanpak zou u voor deze patiënt vanaf nu willen voorstellen?"

De meeste behandelaars stellen voor dat de patiënt de fysiotraining die ze momenteel volgt, blijft doen. Er wordt wel gewaarschuwd dat de training niet te zwaar mag zijn en dat de klachten na de training niet verergerd mogen zijn. De accenten zouden moeten liggen op de arm, waarbij uiteindelijk het vertrouwen in de eigen arm opgebouwd moet worden.

Een ander aspect dat door vrijwel alle behandelaars als onderdeel van de behandeling genoemd wordt, zijn ontspanningsoefeningen en het leren omgaan met de eigen spierspanning. Het aanpakken van de stress wordt ook door meerdere behandelaars genoemd. Afhankelijk van de situatie van de patiënt op dit moment kan dat in de vorm van veel praten of door psychologische begeleiding. Tenslotte is een rol van de arboarts en de leidinggevende gewenst, zodat alle partijen op de hoogte zijn van de ontwikkelingen en er ook naar de organisatorische kant van het werk gekeken kan worden. De terugkeer naar het werk moet nadrukkelijk met kleine stapjes gebeuren. Eén behandelaar benadrukt dat er vooral niet geopereerd moet worden, dat er geen brace gedragen moet worden en er geen pillen geslikt moeten worden. Twee behandelaars suggereren dat het werken met spraakherkenning wellicht een poging waard is.

5 Discussie en conclusies

Ondanks het geringe aantal interviews (8), is er een grote hoeveelheid informatie over de inzichten, behandelingen en reïntegratieadviezen verzameld. Doordat de meningen over bepaalde aspecten erg uiteenlopen, zijn conclusies op dit moment moeilijk te trekken. Er is in deze verkennende studie wel meer inzicht in het scala aan behandelingen dat aangeboden wordt.

Maatwerk lijkt belangrijk bij de keuze voor een behandeling. Het is belangrijk eerst een totaalbeeld van de situatie te krijgen (belangrijkste oorzaken, soort blootstelling, fase van de klachten) voordat een behandel- en reïntegratieplan opgesteld worden.

Over een aantal punten waren de meningen van de behandelaars gelijk. De grote invloed van stress en werkdruk werd door alle behandelaars onderkend. Ook het regelmatig en langdurig herhalen van bewegingen wordt door alle behandelaars genoemd als één van de oorzaken van RSI.

Gemeenschappelijke punten binnen de behandeling zijn de mening over regelmatig bewegen en het nemen van absolute rust. Alle behandelaars zien regelmatig bewegen als een bevorderende factor en in het nemen van absolute rust ziet geen enkele behandelaar een oplossing. Wat betreft de andere aspecten van de behandeling loopt de aanpak per behandelaar sterk uiteen.

Over het stellen van de diagnose, het geadviseerde reïntegratietraject en het soort oefeningen dat gedaan moet worden, hebben de verschillende behandelaars verschillende inzichten, gebaseerd op achtergrond en ervaring.

De meeste behandelaars zijn tevreden tot zeer tevreden over de eigen aanpak en boeken in het grootste deel van de gevallen goede resultaten. Omdat de behandelingen wat de inhoud betreft sterk kunnen verschillen, zijn deze ook moeilijk te vergelijken. Het ontwikkelen van een sociale kaart, waaruit blijkt welke soort klachten het best aansluiten op welke soort behandeling kan wellicht een oplossing bieden.

5.1 Dankwoord

Onze dank gaat uit naar de behandelaars die hebben meegewerkt aan de interviews voor deze studie. Uiteraard gaat onze dank ook uit naar de RSI-patiënt die aan deze studie heeft deelgenomen.