

## Reïntegratie bij RSI

Helaas komt het nog steeds voor dat ondanks preventieve maatregelen, mensen te kampen krijgen met RSI-gerelateerde klachten.

Volgens verschillende onderzoeken van TNO en CBS blijkt dat één op de vijf werknemers in Nederland kampt met langdurige of regelmatige klachten aan nek, schouder of arm, gerelateerd aan het werk. Eén op de tien zoekt hulp vanwege beperkingen in het dagelijks functioneren, en 1 op de 100 verzuimt langer dan 3 maanden (Otten e.a., 1998, Blatter & Bongers 1999, Blatter e.a., 2000). Uit nog niet gepubliceerde resultaten van de TNO Arbeidssituatie Survey blijkt dat in 2001, 26% en in 2002, 28% van de werknemers dergelijke klachten heeft.

Als klachten leiden tot beperkingen en er uitval dreigt, wordt het noodzakelijk hulp te zoeken. Bij reeds uitgevallen medewerkers is arbeidsreïntegratie gewenst om langdurig verzuim te voorkomen. Een degelijke vorm van begeleiding en behandeling is dus gewenst om een duurzame arbeidscontinuering of hervatting te waarborgen.

Dit stuk gaat over arbeidsreïntegratie waar de volgende items aan bod komen.

- Diagnosestelling.
- Rol van de bedrijfsarts.
- Welke reïntegratie interventies zijn zinvol bij RSI klachten.
- Werkwijze bij ReAT (Reïntegratie Advies & Training).

### Diagnosestelling RSI

RSI is geen diagnose maar een verzamelnaam voor klachten aan het bewegingsapparaat die gelokaliseerd zijn in de bovenste extremiteiten.

Om onder deze “parapluterm” te vallen moeten de klachten wel voldoen aan enkele criteria (Gezondheidsraad, 2000).

- Ze zijn vooraf gegaan door bewegingen met een repeterend of cyclisch karakter, vaak in combinatie met langdurig werk in dezelfde houding.
- De klachten zijn niet acuut ontstaan (bv. door een val of stoot).
- Het betreft alleen klachten aan nek, bovenrug, schouder, boven- en onderarm, elleboog, pols, hand of een combinatie hiervan.
- De symptomen zijn pijn, stijfheid, tintelingen, coördinatieverlies, krachtverlies en temperatuurverschillen.

Dit geeft enig houvast bij het inschatten of er wel of geen sprake is van RSI.

Pikant detail is dat volgens de definitie van de gezondheidsraad RSI niet perse werkgerelateerd hoeft te zijn.

Bij de diagnosestelling wordt ook gekeken naar psychosociale factoren die een rol spelen bij het ontstaan van de klachten. Denk hierbij aan ervaren werkdruk, hoge taakeisen, weinig sociale steun en regelmogelijkheden.

Belangrijk is om te weten dat we 2 soorten RSI onderscheiden.

1. Een specifieke vorm (10%-15%) (van Galen e.a., 2000; Peereboom & Huysmans, 2002) met een duidelijke medische diagnose waarbij zenuwbeknellingen een rol spelen of ontstekingen rondom pezen van schouder, onderarmen of polsen. Deze vorm is medisch objectiveerbaar en wordt gekenmerkt door een voortdurende overbelasting door dezelfde handelingen veelvuldig te herhalen.

Deze komt vaak voor bij lopende band medewerkers, inpakkers en kappers

2. Een aspecifieke vorm (85%-90%) waar het ontbreekt aan medisch objectief aantoonbare afwijkingen gekenmerkt door het voortdurend werken in één houding.

RSI komt vaak voor bij beeldschermwerkers. Deze hebben eigenlijk een combinatie van de twee vormen. De schouders en armen worden voortdurend stil gehouden terwijl de vingers zeer hoogfrequent repeterende handelingen uitvoeren. (Voskamp, 2000)

## **Rol van de bedrijfsarts**

Als er ondanks de “reguliere” preventieve maatregelen bij een werknemer verergering optreedt van RSI klachten, (bv. klachten verdwijnen niet meer na normale rustperioden) is het raadzaam de bedrijfsarts in te schakelen.

De bedrijfsarts neemt een anamnese af, doet een lichamelijk onderzoek en stelt dan een diagnose.

Deze kan beslissen over het niveau van de arbeidsgerelateerdheid en benodigde acties adviseren. Zijn taak is om werknemer en werkgever te adviseren, onnodig verzuim of arbeidsongeschiktheid te voorkomen en arbeidsparticipatie zoveel mogelijk in stand te houden.

De bedrijfsarts beschikt hiervoor over (concept)richtlijnen die zijn aanbevolen door hun beroepsvereniging (NVAB). Hierna volgt een kort overzicht van deze richtlijnen.

In eerste instantie bestaat de advisering uit:

- blijven functioneren, tijdelijk taken vermijden die heftige pijnklachten provoceren, verwijzing naar therapeut.
- optimaliseren van werkfactoren (ergonomie, organisatie), uitleg geven over multifactorieële ontstaanswijze, goede prognose en persoonsgebonden factoren (ervaren werkdruk, stress, karakter).
- bij verzuim werkherhvatting op basis van tijdcontingente aanpak, taken waarbij pijn optreden tijdelijk staken.

Bij specifieke pijnklachten en ontbreken van werkherhvatting na 3 maanden verzuim, verwijzen naar een centrum voor een multidisciplinaire behandeling.

## **Welke reïntegratieinterventies zijn zinvol ?**

Bij RSI is een goede analyse van de klachten en oorzaken bepalend voor de effectiviteit van het reïntegratieproces.

Wetenschappelijk aangetoonde therapievormen die bij RSI effectief zijn, zijn er nog niet. Desondanks zijn er al enkele veelbelovende casestudies geweest die enig houvast bieden in effectieve reïntegratieprogramma's (Schakenraad e.a. 2003, Frings-Dresen e.a. 2002 TBV)

Waar de wetenschappers het wel mee eens zijn is dat RSI een multifactorieële ontstaanskarakter heeft (G.J. Mcfarlane, I.M.Hunt, A.J.Silman, 2000) Bij reïntegratie van RSI moeten we dus rekening houden met verschillende factoren.

Bij begeleiden en behandelen van RSI wordt vaak gekozen voor een aanpak volgens het biopsychosociaal model.

Bij whiplash (Birnie 1993), specifieke rugklachten (Wadell, 1987) en chronische pijnsyndromen (Vlaeyen, 2000) heeft deze aanpak zijn waarde al bewezen.

Het biopsychosociaal model besteedt aandacht aan het geheel van factoren dat van invloed is op iemands functioneren. Bij RSI patiënten wordt verondersteld dat zowel lichamelijke, psychologische als sociale factoren verantwoordelijk zijn voor het ontstaan en in stand houden van RSI klachten.

Vele programma's die gehanteerd worden bij reïntegratie van RSI gaan ook gepaard met een fysiek trainingsprogramma.

## **Werkwijze ReAT, Reïntegratie Advies & Training**

De interventies bij ReAT zijn gebaseerd op de laatste inzichten (evidence- en practice based) in het behandelen en begeleiden van patiënten met RSI gerelateerde aandoeningen. Er is gekozen voor een multifactoriële aanpak.

Reïntegratie is bij ons een dynamisch proces omdat er steeds nieuwe onderzoeken gepubliceerd worden en wij hierop inspelen.

Onze voorlichting en begeleiding wordt afgestemd op individuele wensen, behoeften en problemen ('tailoring' of maatwerk). Het is gebleken dat dit effectiever werkt en het welslagen van beoogde doelen vergroot.

## **Trainingsprogramma en uitgangspunten ReAT, Reïntegratie Advies & Training**

Het trainingsprogramma van ReAT is gebaseerd op het biopsychosociaal model in combinatie met fysieke training voor het vergroten van de lichamelijke belastbaarheid en het verbeteren van de copingstijl, zoals het leren realistische doelen te stellen en het doorbreken van pijnvermijdend gedrag.

Uitgangspunten:

- welke mogelijkheden heeft de cliënt nog om werkzaamheden te verrichten en wat zijn de eisen die zijn functie stelt ?
- onnodig verzuim op de werkplek vermijden, de kans op reïntegratie wordt bij langdurig verzuim alleen moeizamer.

### **De kern van de reïntegratie trainingen bij ReAT:**

1. Tijdcontingent herstellen van balans tussen belasting en belastbaarheid, zowel fysiek als mentaal.

2. Aandacht besteden aan het trainen van zowel persoonlijke en sociale vaardigheden als werkgerelateerde vaardigheden.

In onderstaand schema krijgt u een weergave van onze begeleiding met een korte verklaring waarom hiervoor is gekozen.

- *Voorlichting en scholing*, voorlichting op maat over RSI risicofactoren, gezond bewegingsgedrag en werkgewoonten, ontraffelen van irrationele ideeën over RSI. Dit schept voorwaarden voor een succesvolle reïntegratie.
- *Cognitieve en gedraggerichte coaching*, irrealistische cognities (denkprocessen) leiden tot irrationele gedachten en gedragingen die herstelprocessen belemmeren en een negatieve invloed op copingstrategieën (Vlaeyen 2000). Catastroferende cognities zijn van grote invloed op het uiteindelijke therapieresultaat (Keefe e.a., 1992).
- *Pijn en stressmanagement*, inzicht verschaffen over chronische pijn (waar komt het vandaan ?, is het schadelijk?), de invloed van stress en hoe daarmee om te gaan. Ontspanningstraining is onderdeel van stressmanagement, de gunstige effecten hiervan op veel gezondheidsproblemen is reeds vaak aangetoond (Norris e.a., 1993; Linden, 1993).
- *Myofeedbacktrainingen*, via myofeedback is het mogelijk op een objectieve manier spierspanning te leren herkennen en te reduceren (Schwartz, 1995) met als doel bewustwording van eigen werkstijl, afname van bewegingsonrust en verbetering van de houding (Flor & Turk, 1989). Het aanleren van effectieve micropauzes tijdens de werkzaamheden leidt ook tot reductie van klachten bij beeldschermwerkers (Veierstedt, 1993).
- *Training van de sensomotoriek*, training gericht op herstel van samenwerking tussen gevoel en motoriek van de hand (Nancy Byl, 1999).
- *Ergonomische inrichting van de werkplek*, optimale inrichting van de werkplek levert ook een bijdrage aan het reduceren van lichamelijke belasting en een verbeterde werkhouding.
- *Fysieke training van conditionele aspecten*, getraind wordt volgens het Graded Activity principe een sportieve vorm van training, waarbij binnen afgesproken tijd afgesproken doelen gehaald moeten worden, onafhankelijk van de pijn. Tevens is dit een gedragsmatig gerichte training die wetenschappelijk effectief is gebleken in het versnellen van terugkeer in het arbeidsproces (Lindström e.a., 1992).

### **Doelen:**

- Duurzame werkhervatting zonder gezondheidsrisico's.
- Chroniciteit voorkomen en copingstrategieën ontwikkelen waardoor men leert beperkingen te accepteren en resterende mogelijkheden te benutten en ontwikkelen.
- Herstellen van de balans tussen belasting en belastbaarheid, zowel fysiek als mentaal.

NB. Pijnvermindering is in eerste instantie niet ons doel, maar verhogen van het algehele activiteiten niveau en sociale participatie, vergroten van zelfvertrouwen en verantwoording in klachtenbeheersing. Het is onze ervaring dat cliënten een zekere mate van gevoeligheid blijven behouden voor hun klachten deze komen vooral weer opzetten als het enige tijd goed gaat met ze.

Mijn persoonlijke verklaring hiervoor is dat in betere tijden cliënten al gauw geneigd zijn te vervallen in hun oude patroon en de reeds latent aanwezige klachten provoceren.

Rayen Bindraban, fysiotherapeut ReAT (Reïntegratie Advies & Training)