

Kritische succesfactoren bij reïntegratie

Inleiding:

Fysiotherapeuten kunnen een belangrijke rol spelen bij een snelle terugkeer in het arbeidsproces, van werknemers die zijn uitgevallen en dreigen uit te vallen met (arbeidsgerelateerde of arbeidsrelevante) klachten aan het bewegingsapparaat. Hiermee is ook gezegd dat we een belangrijke bijdrage kunnen leveren in het terugdringen van (langdurig) ziekteverzuim en op termijn verminderen van de WAO instroom. Onderschat de invloed niet die we kunnen uitoefenen op het welzijn en cognities van onze cliënten. Gaan we ze medicaliseren en passief pijngericht behandelen of een leren we ze copingstrategieën, stimuleren we een actieve en gezonde leefstijl en wat adviseren we ze ten aanzien van werkherleving. (Is werk een voorwaarde voor herstel of is herstel een voorwaarde om te werken?)

Hoe vaak wordt aan ons niet gevraagd, “wanneer kan ik weer aan het werk?”, “kan ik doorwerken?” of “wat kan ik wel en niet doen?”

In de praktijk is er vaak een kloof tussen fysiotherapeut en bedrijfsarts, of breder tussen de curatieve gezondheidszorg en arbozorg.⁵

Mede door de veranderde wetgeving wordt het belangrijk voor alle partijen (bedrijfsarts, fysiotherapeut, werkgever en werknemer) om samen te werken en zijn we allen gebaat bij een eenduidig afgestemd beleid.

Het doel van deze interactieve learn- workshop is:

- Factoren bespreken die van belang zijn bij het begeleiden en behandelen van arbeidsgerelateerde aandoeningen.
- Onze klassieke beroepsprofiel als fysiotherapeut bijstellen als we optimaal willen werken in arbocuratieve zorg.

We zijn altijd gewend geweest te revalideren, wat is nou het verschil tussen revalideren en reïntegreren?

Revalidatie : geheel van medische en sociale maatregelen die ten doel hebben de validiteit van patiënt zo ver mogelijk te herstellen.

Reïntegratie : begeleiding (behandeling) die erop gericht is iemand (opnieuw) aan het **arbeidsproces** te laten deelnemen. Hierbij hoeft de klacht niet noodzakelijkerwijs zijn oorsprong te vinden in arbeid.

Bij reïntegratie houden we ons specifiek bezig met verkorten van verzuimduur.

Wanneer mag van succes gesproken worden ?

Binnen de reïntegratie wordt van succes gesproken als de cliënt op een duurzame manier zonder gezondheidsrisico's weer aan het arbeidsproces deelneemt.

Wat is bepalend voor succes ?

De wijze waarop iemand omgaat met zijn beperkingen, geleerd heeft deze beperkingen te accepteren, geleerd heeft zijn resterende mogelijkheden te ontwikkelen, en de vaardigheid bezit om hierover met zijn werkgever en collega's te communiceren⁶ (Grundemann & Nijboer, 1998).

Fysiotherapeuten kunnen hierin een rol van betekenis spelen. De mate van onze inbreng is afhankelijk van onze interesse en bekwaamheid.

Essentiële voorwaarden als we ons met reïntegratie willen bezighouden:

- ❖ Inzicht in relevante wetgeving (WAO-Wulbz-Pemba-Poortwachter).
- ❖ Globaal inzicht in taken van Arbodienst (bedrijfsarts, bedrijfsfysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werker) en kennis van richtlijnen voor bedrijfsartsen (klachten van arm, nek en schouder en a-specifieke rugklachten).

Wetgeving in vogelvlucht

De WAO heeft sinds zijn invoering in 1967 tot 1985 een aanzuigende werking gehad, (werkgevers gebruikten de WAO ook als afvloeiingsregeling voor overbodig geworden werknemers).

In 1976 werd de half miljoen gepasseerd en in 1985 stond de teller op 764.000.

In 1985 begonnen de herzieningen in hoogte en duur die de WAO minder aantrekkelijk moest maken.

In 1994 invoering van de wet WULBZ (Wet Uitbreiding Loondoorbetaling Bij Ziekte) loondoorbetaling bij ziekte kwam op conto van de werkgever. Hierdoor werd naarstig gezocht naar mogelijkheden om zieke werknemers sneller terug te brengen op de werkvloer.

In 1998 kwam de wet Pemba die werkgevers een strafpremie oplegde als één van zijn werknemers in de WAO raakte, het ging dus naast de loondoorbetaling ook het bedrijf blijvend meer geld kosten.

Tot slot kwam in april 2002 de Wet Verbetering Poortwachter, deze stimuleert bedrijfsartsen, werkgevers en werknemers tot een steeds effectievere en efficiëntere reïntegratie. Plichten van werknemers en werkgevers zijn door deze wet aangescherpt, met name wanneer een werknemer langdurig dreigt te verzuimen. Werknemer en werkgever zijn samen verantwoordelijk voor reïntegratie en indien ze zich niet aan de regels hebben gehouden kan een WAO uitkering na 1 jaar ziekte wet worden geweigerd.

Vanaf 2004 uitbreiding WULBZ, van 1 naar 2 jaar doorbetaling door de werkgever.

WAO regels momenteel nog onduidelijk, wel zeker is dat er zeer strenge criteria zullen komen.

Al deze veranderingen in de wetgeving stimuleren het belang van reïntegratie.

Reïntegratie wordt als een belangrijk instrument gezien om ziekteverzuim te verkorten en de WAO instroom in te dammen.

Inzicht in elkaars expertise

Willen we op een adequate manier samenwerken dan is kennis van elkaars expertise belangrijk.

- Het voorkomt dat we tegenstrijdige adviezen geven, dus neem kennis van richtlijnen voor bedrijfsartsen. (richtlijnen bij klachten van arm, schouder en nek en richtlijnen Lage rugklachten, downloaden via www.nvab.nl, of www.cbo.nl).
- Het biedt de mogelijkheden om advies uit te brengen als er andere disciplines moeten worden aangesproken, denk b.v. adviseren van een ergonomist of bedrijfsfysiotherapeut voor een werkplekonderzoek, adviseer bij herkenning van een arbeidsconflict of onvrede een bedrijfsmaatschappelijk werker. Deze communicatie gaat via de bedrijfsarts.

Enkele aandoeningen komen het meest in aanmerking voor reïntegratie. Ik heb het dan niet over een acuut enkelletsel, maar over de veelal chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat die verantwoordelijk zijn voor bijna 1/3 deel van de WAO (Arbobaalans 2002 uitgave min.SZW).

We praten over aandoeningen als RSI, chronische lage rugklachten, whiplash syndroom, fibromyalgie en andere chronische pijnsyndromen.

Succesfactoren binnen de reïntegratie:

- ❖ Kritische bekwaamheid van de fysiotherapeut, werken volgens het biopsychosociaal model, aandacht voor het geheel van lichamelijke, psychologische en sociale factoren¹.
- ❖ Samenwerking en communicatie met andere disciplines (bedrijfsarts, werkgever, etc).
- ❖ Tijdcontingente aanpak (bij specifieke aandoeningen die gepaard gaan met chronische pijn)^{1,2,3,4}.
- ❖ Actieve aanpak (Graded Activity)^{1,2,3,4}.

Kritische bekwaamheid van de fysiotherapeut.

Hou er rekening mee dat bij langdurig verzuim van het werk er vaak sprake is van multifactorieel probleem. Besteed niet te veel aandacht aan problemen op stoornis niveau (hypertonie of blokkade).

Probeer vooral te inventariseren wat de herstel belemmerende factoren zijn, deze kunnen een biomedische oorzaak hebben maar vaak ook een psychosociale oorzaak (stress, onvrede, hoge werkdruk, weinig regelmogelijkheden).

Let op of er herstel belemmerende cognities aanwezig zijn, of irreële "health beliefs". Dit kan je inventariseren met vragen lijsten (TSK, RDQ) maar vooral ook in de anamnese.

Disfunctionele cognities belemmeren niet alleen het herstel (Keefe e.a., 1992), maar monden ook vaak uit in een machtsstrijd, cognities zijn niet zomaar ontstaan, ze representeren als het ware een manier van denken zoals die jaren bij de cliënt en zijn behandelaars is geweest. Een ommezwaai gaat niet van het ene op het andere moment. Voorbeelden van disfunctionele cognities.

Pijn=schade, geen oorzaak = aanstellerij, geen foto's of verwijzing = geen goed onderzoek.

Enkele anamnese tips om cognities en gedragsconsequenties in te schatten.

Cognities in schatten:

- Waar zit u zelf aan te denken wat de oorzaak is?
- Waar maakt u zich het meeste zorgen over ?
- Wat denkt u dat het beste zal helpen ?
- Wat denkt u dat er zou gebeuren als u weer zou gaan werken ?

Gedragsconsequenties in schatten:

- Wat doet u als u pijn heeft ?
- Wat hebt u tot nu toe zelf gedaan ?
- Waaraan merkt uw omgeving (partner) dat u pijn heeft ?

Praktische tips m.b.t. cognities:

- Blijf bij de klachten, erken de belasting van de klachten voor de patiënt.
- Kom niet met oplossingen voordat de cliënt het probleem samen met u heeft bekeken.
- Ga niet in discussie; laat u niet meevoeren in een macht- of competitiestrijd.
- Laat de cliënt in zijn waarde, hij heeft gedaan wat hij het beste vond.
- Uit uw waardering als hij over moeilijke onderwerpen durft te praten.
- Leg geen simpele A/B relatie: "omdat u het zo druk heeft, krijgt u deze klachten" de werkelijkheid is gecompliceerdere dan we denken.

Concrete handvaten om reïntegratie te bevorderen:

- Creëer een positieve verwachting t.a.v. herstel.
- Focus op mogelijkheden en niet meer op beperkingen. Dit systeem past ook volledig binnen het nieuw classificatie systeem ICF die het verouderde ICIHD heeft vervangen.
- Stimuleer eigen verantwoording en initiatief bij cliënt, hij is voor een groot deel ook zelf verantwoordelijk voor zijn klachten en herstel.
- Probeer verzuim te vermijden en stimuleer werkhervatting (desnoods aangepaste taken), hoe langer verzuim duurt des te moeilijker wordt werkhervatting. (Maak onderscheid tussen ziekte en ziekteverzuim).
- Chronische pijnklachten zijn niet langer een reden voor verzuim, houdt gespreksonderwerp over activiteiten en niet over pijn.
- Werk aan gesprekstechnische vaardigheden, leer luisteren en kom niet te snel met oplossingen. Probeer vraaggestuurde oplossingen te bereiken, d.w.z. cliënten komen met hun eigen oplossingen voor hun problemen.
- Beperk passieve behandelingen en medicaliseer niet.
- Tijdens de anamnese uitvragen of er relatie is tussen de klachten en mogelijk belastende factoren op het werk.
- Besteed ook expliciet aandacht aan weerstanden en factoren die de cliënt belemmeren in werkhervatting b.v. conflicten, geen plezier in werk, etc. (dus kijk niet alleen op stoornisniveau).
- Bied cliënt ondersteuning in de conclusies wanneer dit aanleiding geeft tot overleg met zijn leidinggevende of bedrijfsarts. Cliënt voelt zich gesteund bij overleg over zijn werk.
- Informeer cliënt over de relatie tussen de klacht en belastende factoren.

Het is niet zinvol te starten met de behandeling van de klacht zonder een relatie gelegd te hebben met mogelijke belastende factoren in het werk en cliënt niet actief te betrekken bij de analyse en advisering.

Samenwerking (bedrijfsarts, werkgever en andere disciplines)

- Met andere disciplines: omdat verzuim gepaard gaat met verschillende factoren is het zinvol om overleg te hebben met andere disciplines die bij reïntegratie betrokken zijn (alle neuzen in één richting zijn).
- Bedrijfsartsen zijn erg gesteld op bevindingen of een werkhervattingsadvies van de fysiotherapeut, let er hierbij wel op dat je relevante informatie verstrekt, de interesse gaat meer uit naar de functionele mogelijkheden (belastbaarheid) en niet naar vooruitgang op stoornis niveau (flexie LWK verbeterd). Ken je grenzen blijf niet doormodderen als je vermoedt dat er een psychologische component (depressie) aan ten grondslag ligt, er zijn hiervoor verschillende vragenlijsten (4DKL, DRAM).
- Werkgever; het kan voorkomen dat je een keer de medewerking nodig hebt van de werkgever om op de werkplek te kijken, dit geeft een indruk over belasting en cliënt voelt zich daarbij zeer serieus genomen.

Tijdcontingente aanpak

Een veel gebruikte en met succes toegepaste methode bij reïntegratie is de zogeheten tijdcontingente aanpak^{1,2,3,4,7}. Daartegenover staat de pijncontingente aanpak, reïntegreren op deze manier (dus op geleide van de afname van de klachten) leidt tot een langere verzuimduur (Wadell 1987), en meer WAO instroom. We hanteren de tijdcontingente aanpak als we ervan uit kunnen gaan dat er sprake is van specifieke klachten (bij rugklachten Yellow Flags), en bij chronische pijnsyndromen.

Concrete voorbeelden pijncontingent versus tijdcontingent.

	Tijdcontingent	Pijncontingent
Behandeling	-18 x training, volgens een van te voren afgesproken schema, gericht op activiteiten en werk met een toenemende belasting. -Ergonomische adviezen -Voorlichting (pijntheorie-deconditionerings principes)	Massage - Fysiotherapie Medicaliseren (braces en pijnpleisters)
Afspraken thuis	Elke dag 30 minuten wandelen. Boodschappen halen	Probeer wat te bewegen of wat in het huishouden te doen als de pijn het toelaat (tot de pijngrens).
Werkhervatting	Volgende week 3 halve dagen. Geen tilwerk. Na 2 weken 5 halve dagen en opvoeren tot voltijd.	Als de pijn minder wordt of over is kan je voorzichtig aan beginnen en kijk dan of de rug het houdt.
Vervolg	Over 2 weken belt u om mij te vertellen hoe ver u bent gevorderd.	Als het niet gaat, moet u mij maar bellen en rustiger aandoen.
Pijnmedicatie	Geleidelijk afbouwen, week 1 3x4 tabletten, week 2 3x2.	Voel zelf aan wat de behoefte is, en bij verergering mag u een dubbele dosis.

Graded Activity aanpak:

Binnen de Tijdcontingente aanpak past een oefenprogramma op basis van Graded Activity, dit is een trainingsmethode die vooral gericht is op operante en cognitieve leerprincipes.

Operante leerprincipes: gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd, op pijn gedrag wordt niet ingegaan.

Cognitieve leerprincipes: scholing en inzicht geven in gevolg van vermijden van beweging.

Catastrofale gedachten en irreële gedachten uitbannen.

De kracht is het samen opstellen van reële doelen binnen een tijdspad en het ongeacht de pijn bereiken hiervan.

Hier zijn speciale vaardigheden voor vereist. (Lit. Gedragsgeoriënteerde behandelprincipes en Revalidatie bij chronische pijnsyndromen)

Hoe verandert ons beroepsprofiel in Arbo-curatie:

- We worden naast behandelaar vooral coach die cliënten opweg helpt, cliënt is actief.
- Spilfunctie van de huisarts wordt nu gedeeld met bedrijfsarts en werkgever.
- Kosten verhalen uit een andere pot, reïntegratie kost ons meer dan 2x per week 25 minuten in de behandelruimte (offertes naar werkgevers).
- Leren je te profileren bij bedrijfsartsen en Arbo-diensten (rapportage-email)

Literatuurlijst:

1. P van Burken, J.Swank. Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut.
2. Johan W.S. Vlaeyen, Ank M.J. Kole-Snijders, Hugo van Eck. Chronische pijn en revalidatie.
3. J.Passcher, R.W.Trijsburg, e.a. Psychologie van onbegrepen chronische pijn.
4. J.W.S. Vlaeyen, P.H.T.G. Heuts. Gedragsgeoriënteerde behandelstrategieën bij Rugpijn.
5. Roelf Kolk, Vera Wiarda en Noks Nauta, Fysiotherapie en bedrijfsarts. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneekunde 2003; 10: 310-312.
6. Wilmar Schaufeli, e.a. De psychologie van arbeid en gezondheid.
7. R.Hoedeman, J.H.L. Wijers, In het belang van de werknemer, de tijd als richtsnoer bij reïntegratie. Medisch contact Oktober 2002; 43 1568-1571.
8. A.Vendig, P.Deutz, I.Vink. Nederlandse vertaling en bewerking van de Fear-Avoidance Beliefs Ouestionnaire. NTPP, 1998, 18: 11-4. (te downloaden via fysionet.nl).

Relevante links:

www.stecr.nl: platform swz, bedrijfsarts, reïntegratie, etc.

www.swz.nl: min.soc.zaken taken werkgever en werknemer bij arbeidsreïntegratie.

www.tno.nl: vragenlijsten arbeid en gezondheid en informatie.

www.cbo.nl: alle gepubliceerde richtlijnen.