

Uit de kliniek: Vroege Interventie: een landelijk netwerk voor arbeidsrevalidatie

M.F. Reneman, M.J.A. Edelaar, W. Jorritsma, F.H.W. Jungbauer

Dertien revalidatiecentra werken samen in een netwerk voor arbeidsrevalidatie, Vroege Interventie genoemd. De revalidatiecentra bieden multidisciplinaire diagnostiek, een zogenoemde Quickscan. Bedrijfsartsen kunnen rechtstreeks voor een Quickscan verwijzen. Indien geïndiceerd kunnen de cliënten ook voor arbeidsrevalidatie of arbeidstraining bij de revalidatiecentra terecht. De Quickscan wordt door de zorgverzekeraars vergoed. In deze bijdrage wordt onder meer een beeld gegeven van de doelstellingen van het netwerk en een korte beschrijving van de werkwijze.

Het primaire doel van revalidatie is het streven naar weer optimaal maatschappelijk participeren van patiënten. Revalideren met als primaire doelstelling het optimaal participeren in arbeid wordt arbeidsrevalidatie genoemd. Dertien revalidatiecentra die zich hebben gespecialiseerd in de arbeidsrevalidatie, werken samen in het netwerk Vroege Interventie. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in 2000 een subsidie verstrekt om de ontwikkeling van dit netwerk te ondersteunen. De doelstellingen van dit netwerk waren:

- I helder onderscheid zorgvraag/arbeidsvraag;
- I snelle en effectieve acties gericht op arbeidsre-integratie;
- I implementeren van een multidisciplinaire Quickscan gericht op een integrale probleem-analyse; en
- I een onafhankelijk deskundig advies aan opdrachtgever en werknemer over de beste (arbeids)interventie.

Hoewel revalidatiecentra reeds lange tijd multidisciplinaire revalidatieprogramma's aanboden, soms ook primair gericht op werkhervatting, heeft de revalidatie op dit gebied te maken (gehad) met slechte beeldvorming. In de NVAB-richtlijn over lage rugklachten staat over pijnrevalidatie bijvoorbeeld dat '... de behandeling niet aansluit bij de hier besproken richtlijnen. Niet het herstel van het normale functioneren is dan het behandeldoel, maar meer het verminderen van de pijn of van de gevolgen ervan. Dat heeft

tot gevolg dat werkhervatting soms weinig aandacht krijgt.' (NVAB richtlijn, p. 36)¹ Deze beeldvorming heeft er mede toe geleid dat voor de arbeidsrevalidatie de krachten gebundeld werden door middel van het netwerk Vroege Interventie. Dit netwerk bestaat sinds 1999 met bij aanvang drie deelnemende centra. Sinds 2004 is het uitgebreid tot zijn huidige omvang van 13 revalidatiecentra. Het netwerk wordt ondersteund door de branchevereniging voor revalidatiecentra Revalidatie Nederland² en het College voor zorgverzekeringen (CVZ).³

De participerende revalidatiecentra bieden snelle multidisciplinaire diagnostiek, een zogenoemde Quickscan (zie hieronder). Cliënten die voor een Quickscan in aanmerking kunnen komen, zijn mensen met specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Bij voorkeur is de duur van de episode minimaal circa 6 weken en gaat de episode samen met gedeeltelijke of volledige afname van arbeidsparticipatie. Deze episodeduur wordt ook wel de 'subacute' fase van het klachtenbeeld genoemd. De klachten zijn hierbij te lang aanwezig om een gunstig natuurlijk beloop of eerstelijns behandelresultaten af te wachten, maar nog niet lang genoeg aanwezig om van een chronisch toestandbeeld te spreken. Over het algemeen is bekend dat de kans op positieve veranderingen van de aandoening en werkhervatting afneemt naarmate de duur van de klachtenepisode toeneemt.^{4,5} Bovendien is de kans aanwezig dat in de subacute fase het klachtenbeeld complexer begint te worden, doordat naast biomedische, ook psychologische en sociale factoren een meer prominente rol krijgen.^{4,5}

QUICKSCAN

Een Quickscan is een vorm van korte multidisciplinaire diagnostiek, die in een kort tijdsbestek en volgens het biopsychosociaal model wordt uitgevoerd. De bedrijfsarts kan via de website van het netwerk een aanmeldingsformulier downloaden en een revalidatiecentrum in de nabijheid lokaliseren. Naast NAW-gegevens van de cliënt en de werkgever wordt de bedrijfsarts gevraagd een korte probleemschets en een vraagstelling te

verstrekken. Indien relevante medische gegevens beschikbaar zijn, dienen deze te worden meegeesturd. Direct na aanmelding worden zo nodig nog ontbrekende relevante medische gegevens opgevraagd. De cliënt wordt eerst gezien door de medisch specialist. Dit is bij specifieke klachten van het bewegingsapparaat een revalidatiearts. Deze beoordeelt onder meer of er contra-indicaties bestaan voor het vervolg van de Quickscan of revalidatiebehandeling. Contra-indicaties kunnen zijn: ernstige co-morbiditeit die revalidatiebelemmerend werken (bijvoorbeeld een psychiatrische aandoening), of (verdenking op) een specifieke aandoening van het bewegingsapparaat, zoals een HNP. Indien er geen contra-indicaties zijn, zal de Quickscan worden vervolgd. Hierbij wordt de cliënt in een halve dag gescreend op factoren die de beperkte arbeidsparticipatie mogelijk kunnen verklaren.

In de Quickscan worden onder meer de volgende aspecten in kaart gebracht:

- ▮ fysieke arbeidsbelastbaarheid en arbeidsbelasting;
- ▮ fysieke, psychologische, sociale en werkfactoren;
- ▮ arbeidsverhoudingen en ergonomische aspecten.

De disciplines die dit uitvoeren kunnen zijn:

- ▮ (bedrijfs)fysiotherapie;
- ▮ manuele therapie;
- ▮ ergotherapie;
- ▮ klinische psychologie;
- ▮ arbeidsconsulenten.

Na afloop van de Quickscan komt het team bijeen voor een kort overleg. De conclusies worden vervolgens door een teamlid met de cliënt besproken. De opdrachtgever krijgt binnen 3 weken na aanmelding een korte rapportage met daarin een multidisciplinaire probleemanalyse en een advies ten aanzien van het te voeren beleid. Verlenging van de termijn van 3 weken kan optreden bij het opvragen van medische gegevens. De Quickscan wordt bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Dit heeft als belangrijk voordeel dat de bedrijfsarts geen rekening bij de werkgever hoeft neer te leggen. De Quickscan en de rapportage zijn op hoofdlijnen gestandaardiseerd, maar niet tot op detail. Hierdoor kunnen tussen de revalidatiecentra ten aanzien van de gedetailleerde invulling van de Quickscan wel verschillen bestaan. Qua positionering en 'diepgang' moet de Quickscan gezien worden als 'dieper en breder' dan een monodisciplinair consult van een medisch specialist, maar minder diep-

gaand en sneller dan een multidisciplinaire expertise of een uitvoerige intake voorafgaand aan een revalidatieprogramma.

Aanleidingen voor aanmelding voor een Quickscan kunnen zijn:

- ▮ verminderde arbeidsparticipatie, zich bijvoorbeeld uitend in kortdurend frequent of middellang arbeidsverzuim;
- ▮ frequent bezoek huisarts en/of (para)medische disciplines;
- ▮ hoog medicijngebruik;
- ▮ chronische klachten (>6 weken) van het houdings- en bewegingsapparaat (zoals Klachten aan Arm, Nek en Schouder (KANS), Whiplash Associated Disorders (WAD), chronische lage rugklachten), al dan niet in combinatie met psychosociale of cognitieve problematiek;
- ▮ een neerwaartse spiraal in het algemeen functioneren;
- ▮ deconditionering; en
- ▮ onvoldoende resultaat bij eerdere interventies.

Daarnaast dient een cliënt voldoende motivatie te hebben om aan een Quickscan deel te nemen. Indien het vooraf reeds duidelijk is dat re-integratie in het eerste spoor niet mogelijk is, of wanneer er meerdere medische disciplines aan te pas moeten komen, is een Quickscan niet geschikt. In die gevallen zijn andere verwijsmogelijkheden binnen de reguliere zorg meer geschikt.

ARBEIDSREVALIDATIE

Na afloop van de Quickscan wordt er een onafhankelijk deskundig advies voorgelegd aan de opdrachtgever. Volgende adviezen zijn onder meer mogelijk:

- ▮ cliënt dient een traject te volgen in de eerste lijn (bijvoorbeeld fysiotherapie of psychologische begeleiding);
- ▮ cliënt dient een multidisciplinair arbeidsrevalidatietraject te volgen (een zorgtraject); of
- ▮ een specifieke arbeidsgerichte interventie (valt onder de verantwoordelijkheid van de werkgever).

▮ Dertien revalidatiecentra werken samen in een landelijk netwerk voor arbeidsrevalidatie (Vroege Interventie).

▮ De revalidatiecentra bieden snelle multidisciplinaire diagnostiek (Quickscan) en arbeidsrevalidatie.

▮ Bedrijfsartsen kunnen rechtstreeks voor een Quickscan verwijzen.

Een eerstelijnsinterventie wordt geadviseerd wanneer er sprake is van stoornissen en beperkingen waarvan redelijkerwijs te verwachten is dat deze in de eerste lijn valt te behandelen of te trainen. Wanneer er sprake is van behandelbare problematiek die een multidisciplinaire aanpak vraagt, kan arbeidsrevalidatie worden geadviseerd. Deze vorm van revalidatie wordt bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Indien er sprake is van primair arbeidsgerelateerde problematiek, zal een arbeidstraining worden geadviseerd. Het revalidatiecentrum kan een dergelijke training, waartoe ook een werkplekbezoek en re-integratiebegeleiding behoren, verzorgen. Bij het versturen van het Quickscan-verslag kan een offerte worden meegestuurd indien een arbeidstraining wordt geadviseerd. Het is echter ook voorstelbaar dat de verwijzende bedrijfsarts voor het uitvoeren van een arbeidstraining, werkplekbezoek of re-integratietraining met de werkgever andere afspraken heeft gemaakt. Uiteraard kan het ook voorkomen dat er wordt geadviseerd om geen aanvullende interventies uit te voeren, zulks vanuit de gedachte dat het weer gaan werken op zichzelf ook al bijdraagt aan de gezondheid en het welbevinden van de werknemer.⁶

REVALIDATIE OF TRAINING?

Een nog niet opgelost punt betreft de overeenkomsten en de verschillen tussen de begrippen arbeidsrevalidatie of arbeidstraining. Arbeidsrevalidatie is een vorm van revalidatie die specifiek gericht is op het optimaliseren van participatie in het domein arbeid. De medisch specialist, revalidatiearts, stelt hierbij een revalidatie-indicatie volgens de daarvoor geldende richtlijnen. De kosten worden bij de zorgverzekeraars in rekening gebracht. Arbeidstraining is een specifieke training waarbij, met gebruikmaking van principes vanuit de revalidatie, gewerkt wordt aan optimalisatie van de bestaande arbeidsparticipatie. Hierbij worden de kosten bij de werkgever in rekening gebracht. Zijn dit twee verschillende termen voor gelijke of vergelijkbare producten, of zijn er echt verschillen en kunnen die ook de verschillen in financiering verantwoorden? Deze discussie is nog niet afgerond, maar het betreft een relevant thema aangezien het een concretisering is van een abstract construct: de arbocuratieve samenwerking. Zorgverzekeraars en dan vooral het CVZ zullen over deze vorm van revalidatie een standpunt moeten gaan innemen.

Een ander punt van discussie betreft dat van de samenwerking van bedrijfsarts en revalidatiearts. Vanzelfsprekend streven beiden naar het weer

optimaal participeren in arbeid van de cliënt. Optimaal in termen van niveau en snelheid van werkhervatting. In de meeste gevallen zal het proces van werkhervatting in goed overleg plaatsvinden en levert dit ook geen problemen op. Wat gebeurt er echter wanneer de meningen over het proces van werkhervatting verschillen? Binnen de Wet verbetering poortwachter is geregeld dat de 'eigenaren' van dit proces de werknemer en diens werkgever zijn. Zij worden geadviseerd door anderen, in dit geval dus de bedrijfsarts en de revalidatiearts. Voor de arbeidsrevalidatie is overleg met de bedrijfsarts met betrekking tot de werksituatie van de cliënt gewenst.⁷ Op die manier kan de bedrijfsarts bijdragen aan het proces van arbeidsrevalidatie van de cliënt. Een directe sturing over het programma is echter niet mogelijk, aangezien arbeidsrevalidatie valt onder de verantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De afgelopen twee jaar heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een pilot gefinancierd om de methodiek Vroege Interventie in de praktijk te toetsen. Uit de evaluatie van het iRv, het kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, bleek dat de methodiek efficiënt is. Werknemers paktten eerder hun werk op, verzuimden minder, hadden een betere gezondheid, bezochten minder vaak de huisarts, specialisten en paramedici en gebruikten minder medicijnen.^{8,9} Het betrof een onderzoek waarbij de cliënten bij aanvang van de Quickscan, na 3 maanden en 6 maanden na afloop van de Quickscan of de behandeling/training een vragenlijst moesten invullen. Een gecontroleerd onderzoek is nog niet uitgevoerd. Een onderzoek dat in het UMCG uitgevoerd gaat worden, zal inzicht verschaffen in de vraag of deze werkwijze waarbij bedrijfs- en revalidatiegeneeskunde samenwerken beter werkt dan 'care as usual'. Overigens staat in meer algemene zin ook vast dat multidisciplinaire revalidatieprogramma's een positieve bijdrage leveren aan duurzame werkhervatting.¹⁰⁻¹²

VERDERE ONTWIKKELINGEN

Aangezien het netwerk van de samenwerkingspartners een landelijke dekking heeft, zijn ook leveringsafspraken met landelijk opererende partners mogelijk. Verder wordt kwaliteit en de inhoud van de dienstverlening vanuit de landelijke stuurgroep doorontwikkeld en gecoördineerd. De Quickscan wordt veelal binnen de reguliere revalidatiefinanciering vergoed. Er wordt bekeken of de Quickscan een plaats in de

DBC-structuur kan krijgen. Naast de hierboven geschetste discussie over arbeidsrevalidatie of arbeidstraining, en de daarbij behorende financiële consequenties, worden ook diensten ontwikkeld voor andere revalidatie-doelgroepen. Daar waar de methodiek was ontwikkeld voor mensen met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat, wordt deze ook toepasbaar gemaakt voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), en mensen met reuma, long- of hartaandoeningen. Het is raadzaam om vooraf contact op te nemen, om te bezien of het revalidatiecentrum de methodiek kan aanbieden voor deze diagnosegroepen. Verder organiseren de netwerkpartners met een zekere regelmaat (regionale) symposia en/of bijscholingen met een arbocuratief karakter. Alle recente informatie inclusief de ontwikkelingen en symposia zijn te lezen op de website: www.vroegeinterventie.nl.

NETWERKPARTNERS VROEGE INTERVENTIE

De revalidatiecentra die participeren in het landelijk netwerk Vroege Interventie zijn: Revalidatie Friesland (Leeuwarden), Roessingh Centrum voor Revalidatie (Enschede), De Trappenberg (Huizen), Militair Revalidatiecentrum Aardenburg (Doorn), Revalidatiecentrum Breda (Breda), Revalidatiecentrum Leijpark (Tilburg), Revalidatiecentrum Blixembosch (Eindhoven), Hoensbroeck Centrum voor Arbeidsperspectief (Hoensbroek), Rijndam Revalidatiecentrum (Rotterdam), UMCG Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid en het Centrum voor Revalidatie (Beatrixoord, Groningen/Haren), Revalidatiecentrum De Waarden (Dordrecht), Jan van Breemen Instituut/CAGA (Amsterdam) en Heliomare arbeidsintegratie (Wijk aan Zee, Amsterdam ZO en Heerhugowaard).

LITERATUUR

1. Handelen van bedrijfsartsen bij werknemers met lage rugklachten. NVAB geautoriseerde richtlijn, 1999.
2. Revalidatie Toekomstverkenning 2015. Revalidatie Nederland, 2006.
3. Berghuis H. Arbeid ieders zorg; arbeid als een eigenaardig medicijn. CVZ magazine 2005, september, 4-7.
4. Waddell G. The back pain revolution. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
5. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005; 19: 655-670.
6. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: The Stationery Office, 2006.
7. Vroeijsstijn-Nguyen XUT, Brenner RMCM. Het contact tussen bedrijfsartsen en revalidatieartsen. Huidige realiteit, naar een positieve toekomst? *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd* 2007; 15: 56-59.
8. Lierop B van, Edelaar MJA. Vroege Interventie; bevordering van arbeidsparticipatie door een snelle multidisciplinaire aanpak. *Reintegratie* 2006; 5: 9-15.
9. Lierop B van. Vroege Interventie; eindrapportage iRv maart 2006.
10. Koopman FS, Edelaar MJA, Slikker R, et al. Effectiveness of a multidisciplinary occupational training program for chronic low back pain: a prospective cohort study. *Am J Phys Med Rehabil* 2004; 83: 94-103.
11. Westendorp T, Edelaar MJA, Slikker RM, et al. Effectiviteit van multidisciplinaire arbeidstraining bij chronische lage rugklachten. *Tijdschr Ergonomie* 2003; 28: 11-18.
12. Geen J van, Edelaar MJA, Janssen M, Eijk JTHM van. The long-term effect of multidisciplinary back training: a systematic review. *Spine* 2007; 32 (2): 249-255.

PERSONALIA

Dr. M.F. Reneman en drs. W. Jorritsma werken bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, Centrum voor Revalidatie en Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid.

Drs. M.J.A. Edelaar werkt bij Heliomare arbeidsintegratie in Wijk aan Zee.

Dr. F.H.W. Jungbauer werkt bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, Academisch Centrum voor Arbeid en Gezondheid.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M.F. Reneman, Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Postbus 30.002, 9750 RA Haren.

E-mail: m.reneman@cvr.umcg.nl.