

(Aspecifieke) KANS volgens de CBO-richtlijn en nieuwste behandelinzichten

M.D.F. van Eijsden-Besseling

Begin tachtiger jaren van de vorige eeuw verschenen vanuit Zuid-Australië, vanuit het Australische Bureau van Statistiek,¹ de eerste berichten over incidentie en prevalentie van KANS (Klachten Arm, Nek en Schouder), destijds bekend als RSI (*Repetitive Strain Injury*). Begin jaren 90 werd RSI een issue in Nederland.

Vanwege de impact op vele gebieden zoals bijv. op ziekteverzuim, medische consumptie en alle daarmee gepaard gaande kosten, werd RSI een beladen term en gaf de regering opdracht de naamgeving RSI te wijzigen in KANS. (Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke KANS, 2012).² Echter, met deze naamswijziging nam de incidentie niet af en was het probleem allerm minst opgelost. De incidentie liep, vooral onder beeldschermwerkers, in de jaren 1997-2002 op van 19 naar 28%.³ Momenteel wordt 11% van de totale verzuimduur veroorzaakt door KANS.⁴ De afname wordt gerelateerd aan meer structurele aandacht voor mogelijke oorzaken van KANS in werk en preventie vooral bij beeldschermwerkers.⁵ In haar rapport van 2000 omschreef de Nederlandse Gezondheidsraad RSI als volgt: 'RSI is een medisch syndroom dat de nek, bovenrug, schouders, boven- en onderarm, elleboog, pols of hand of een combinatie van die locaties aantast. De gevolgen zijn beperkt of leiden tot participatieproblemen. Het syndroom wordt gekarakteriseerd door een verstoring in de balans tussen belasting en fysieke capaciteit, voorafgegaan door activiteiten die herhaalde bewegingen inhouden of betrekking hebben op het langdurig met een of meer van de betrokken lichaamsdelen in een gefixeerde positie verblijven. RSI wordt altijd veroorzaakt door een combinatie van factoren. De definitie van RSI zoals aangenomen door de commissie sluit acute en subacute pijn e.d. uit. Als een syndroom bestaat RSI noodzakelijkerwijs uit een complex van klachten.³ De Gezondheidsraad maakte echter geen onderscheid tussen specifieke (bijv. tenniselleboog en CTS) en

aspecifieke klachten (zonder anatomisch substraat), waarvan de laatste verreweg de hoogste prevalentie heeft.³ Ook kan er sprake zijn van een combinatie van aspecifieke en specifieke KANS. Dit maakte het moeilijk om methodologisch zuiver onderzoek op te zetten naar aspecifieke KANS; risicofactoren, prognostische factoren en kansrijke therapieën.

Bij het meeste onderzoek wordt nog steeds geen onderscheid gemaakt tussen aspecifieke en specifieke KANS, terwijl er overeenkomsten zijn bijv. qua risicofactoren (fysieke overbelasting), maar er ook grote verschillen zijn bijv. in prognostische factoren (bijv. angst en vrouw zijn)⁶ en in aanpak van de klachten.⁷ Hedentendage valt het chronische aspecifieke KANS-syndroom, waarmee patiënten de specialist bezoeken (klachten langer dan 3 maanden bestaand) onder SOLK; somatisch onbegrepen lichamelijke aandoeningen.

In 2012 is de CBO-richtlijn 'Aspecifieke KANS' verschenen.² Deze richtlijn is tot stand gekomen door intensieve samenwerking vanuit een multidisciplinair team, waarbij in de kerngroep ook een revalidatiearts zitting had. Aangezien aspecifieke KANS-klachten (grote) gevolgen met zich meebrengen op beperkingen- en participatieniveau en invloed hebben op de QoL, lijkt de revalidatiearts de aangewezen om deze problematiek qua behandeling middels een interdisciplinair team het hoofd te bieden, in ieder geval in de chronische fase.

In de CBO-richtlijn is een definitie van aspecifieke KANS geformuleerd die zoveel mogelijk recht doet aan alle aspecten van belang. Uitgangspunt is geweest dat eerst alle 'specifieke KANS-en' met hun specifieke klachten, oorzaken en aanpak werden gedefinieerd, alvorens te kunnen besluiten dat er bij bepaalde klachten sprake zou kunnen zijn van aspecifieke KANS. Bij specifieke KANS is ervanuit gegaan dat er sprake is van een welomschreven patroon van klachten zoals bij CTS, er sprake is van een anatomisch substraat, een *state of the art-behandeling*, en een en ander medisch gezien wereldwijd is geaccepteerd. Tevens was uitgangspunt dat 'rode vlaggen' werden uitgesloten, evenals klachten na trauma.

Dr. M.D.F. (Marjon) van Eijsden-Besseling, revalidatiearts. Nam namens de VRA deel aan de werkgroep CBO-richtlijn (aspecifieke) KANS

DEFINITIE/PATIËNTENPROFIEL ASPECIFIEKE KANS

'Er is sprake van aan werk- of activiteitengerelateerde pijn, stijfheid, tintelingen en/of dove gevoelens ter hoogte van nek, schouders, bovenrug, armen en/of handen die langer dan twee weken aanwezig zijn. De klachten zijn niet gerelateerd aan een systemische aandoening of trauma en specifieke KANS, zoals tenniselleboog of carpaal tunnel syndroom, is zoveel als mogelijk uitgesloten. Aanvankelijk zijn de klachten gerelateerd aan bepaalde activiteiten en/of werk. In een later stadium kunnen de klachten ook optreden bij andere dagelijkse activiteiten en de gehele dag aanwezig zijn zonder verdere relatie met de oorspronkelijk gerelateerde activiteit. Daarnaast kan de nachtrust verstoord raken. De klachten beginnen doorgaans aan de dominante zijde en treden vaak ook op aan de andere zijde, waar ze minder ernstig zijn. Een combinatie van specifieke en aspecifieke KANS is mogelijk.'

RISICOFACTOREN

Hoewel beeldschermwerkers de beroepsgroep is waaronder aspecifieke KANS het meeste voorkomt, zijn alle beroepen risicovol wanneer er sprake is van te hoge fysieke belasting, te hoge ervaren werkdruk/job stress en langdurig dezelfde handelingen moeten uitvoeren.^{2,6} Zo kan gedacht worden aan musici, kappers, bouwvakkers, lopende band werkers. De risicofactoren dienen te worden onderscheiden in arbeidsgerelateerde fysieke risicofactoren (bijv. hoge fysieke belasting, langdurig repeterende handelingen), werkgerelateerde psychosociale risicofactoren (te hoge werkdruk met onredelijke deadlines, gebrek aan social support en beslissingsbevoegdheid) en persoonsgebonden risicofactoren (neurotisch perfectionisme, hoge mate van commitment). Actief aan sport (blijven) doen lijkt een beschermende factor te zijn.^{2,6}

PROGNOSTISCHE FACTOREN

Prognostische factoren zijn van belang bij het chronisch worden van de klachten en niet noodzakelijkerwijs dezelfde als de risicofactoren. Hun rol is verschillend, afhankelijk van het beloop van aspecifieke KANS. Bij het inschatten van de prognose moet rekening worden gehouden met patiëntenkarakteristieken (vrouwen, lage opleiding, middelbare leeftijd → slechtere prognose), klachtkarakteristieken (beginnende/recidiverende klachten bij angstige mensen → slechtere prognose), lichamelijke activiteit in de 'vrije tijd' (beschermt), psychische en sociale/persoonsgebonden karakteristieken (pijncatastrofen, vermijdingsangst → slechtere prognose) en werkgerelateerde karakteristieken (*non-favourable working conditions* → slechtere prognose).⁸ Prognostische factoren van belang lijken bovenal gerelateerd aan de

manier waarop de werknemer met zijn (pijn)klachten omgaat en de klachten ervaart als een mentale last.⁶ Er is dan sprake van insufficiënt copinggedrag, waarbij de werknemer de pijnklachten catastrofieert en vervolgens vermijdingsgedrag gaat vertonen leidend tot disuse en depressie met een slechte prognose bij blijven 'lijden' onder de chronische pijnklachten.⁹ Vanuit nieuwe inzichten wordt in de therapie bij chronische aspecifieke KANS in de 2e lijn dan ook behalve op de fysieke conditie/sporten, gefocust op die ervaren mentale last en insufficiënt copinggedrag ten aanzien van de klachten die geleid hebben tot dat pijn catastroferen en vermijdingsgedrag⁷ en op aanpak van neurotisch perfectionisme.⁶ Daarbij dient de patiënt al in een eerste gesprek gerustgesteld te worden en ervan overtuigd te worden dat er niets mis is met zijn lichaam waarbij de principes van het chronisch pijnmodel worden uitgelegd.⁹ Daarnaast is de werkomgeving uiteraard van groot belang als prognostische factor om weer te kunnen re-integreren in het werk waarbij voorlichting over de inrichting van de werkplek, maar ook de werkdruk/werkeisen alsook sociale support en beslissingsbevoegdheid aan de orde moeten komen.^{2,8}

Voor de eerste lijn is de inschatting van de prognose bij acute klachten anders en dient de huisarts vooral te letten op klachtkarakteristieken zoals de duur van de klachten, recidiveren van de klacht en de algemene gezondheidsstatus. Daarbij is van belang dat de huisarts het copinggedrag van zijn patiënt kent (bekend met adequaat of hypervigilant gedrag).¹⁰ Hij kan voorlichting geven over eerdergenoemde risicofactoren.⁸

De bedrijfsgeneeskundige dienst moet zijn focus vooral richten op werksituaties met hoge taakeisen/job stress, vrouw-zijn, middelbare leeftijd, neurotisch perfectionisme en lage opleiding.

BEHANDELING VOLGENS DE CBO-RICHTLIJN

Oefentherapie door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar wordt aanbevolen bij aspecifieke KANS > 6 weken. Ergotherapie kan worden overwogen bij problemen met betrekking tot ergonomie, repeterende taken. Ook kan de ergotherapeut een rol spelen in het kader van een interdisciplinaire/multidisciplinaire behandeling binnen een revalidatie- resp. bedrijfsgeneeskundige setting. Bij aspecifieke KANS > 6 weken en bij uitblijven van herstel bij dominante aanwezigheid van herstelbelemmerende psychische en sociale factoren kan het inschakelen van een psycholoog of therapeut met psychische en sociale behandelcompetenties worden overwogen. Langdurig gebruik van analgetica (langer dan 2 weken) is af te raden. Er is geen literatuur gevonden die de anesthesiologische behandeling van aspecifieke KANS beschrijft. Multidisciplinaire

behandeling: deze kan worden overwogen wanneer bij aanhoudende klachten onvoldoende verbetering is opgetreden ondanks gevoerd beleid volgens de richtlijn en specifieke aandoeningen afdoende zijn uitgesloten.

WERKGERELATEERDE INTERVENTIES

De werkplek dient ergonomisch optimaal te zijn. Het nemen van rustpauzes kan zinvol zijn bij computerwerk om het herstel te versnellen. Werkhervatting: bij begeleiding naar werkhervatting dient zowel de fysieke als mentale werkbelasting in kaart te worden gebracht. Indien deze te hoog is dient daar advies over te worden gegeven. Als mogelijkheid om de werkbelasting (tijdelijk) te verlagen kan aanpassing van de werktijden worden overwogen.

ZORGOÖRDINATOR

Volgens de CBO-richtlijn² is in de eerstelijnssetting de huisarts als behandelaar en verwijzer de aangewezen persoon om op te treden als zorgcoördinator, eventueel taken delegerend aan een praktijkondersteuner.

Indien de klachten verband houden met het werk of gevolgen hebben voor het werk, dient de eerste lijnszorgverlener zijn patiënt te adviseren binnen 2-6 weken na aanvang van de klachten contact op te nemen met de bedrijfsarts.

PATIËNTENVOORLICHTING

Het geven van voorlichting bij specifieke KANS is belangrijk. Eenduidigheid van voorlichting is van belang en in de voorlichting moet rekening worden gehouden met etiologische en prognostische factoren.

TAKE HOME MESSAGES

- Revalidatieartsen krijgen patiënten aangeboden met chronische KANS; beoordeel of sprake is van specifieke, aspecifieke klachten of een combinatie van beide.
- Breng de risicofactoren goed in kaart alsook de prognostische factoren.
- Formuleer de behandeldoelen op behandelbare risico- en prognostische factoren.
- Stel een interdisciplinair team samen bestaande uit een fysiotherapeut (fysiek optrainen/sporten), ergotherapeut (belasting/belastbaarheid, weeklijsten/dag- en wekschema/werkopbouw/opbouw reserves), psycho-/gedragstherapeut (uitleg chronisch pijnmodel en leren toepassen; bijv. aanpak perfectionisme, inadequate coping), maatschappelijk werker (begeleiden werkopbouw) en ontspanningstherapeut (body awareness/mindfulness).
- Speerpunt in de gehele interdisciplinaire behandeling is aanpak volgens CGT, te beginnen met geruistellen van de patiënt in het eerste consult.

- Let met name op de interactie tussen job stress, pijncatastroferend gedrag en (neurotisch) perfectionisme.
- Neem vragenlijsten af zoals de PCS, TSK, HADS, MPS (Multidimensional Perfectionism Scale) en PHODA (Photograph Series Daily Activities).
- Laat de patiënt na afronden van de behandeling niet meteen los, maar plan een nacontrole na 3-6 mnd.
- N.B. verwijs musici met (aspecifieke) KANS naar daarin gespecialiseerde poliklinieken (via NVDMG, Nederlandse Vereniging voor Dans- en Muziekgeneeskunde).

REFERENTIES

1. Gun RT. The incidence and distribution of RSI in South Australia 1980-81 to 1986-7. *Med J Aust* 1990;153(7):376-80.
2. Beumer A, Bie RA de, Cate A ten, Doornbos N, Elders LAM, Vos CJ, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Aspecifieke KANS; KNGF, 2012. <http://hr.surfsharekit.nl:8080/repository/app/humanReadable/>.
3. Health Council of the Netherlands. RSI. The Hague: Health Council of the Netherlands; Publication No 2000/22 E. 2000. Retrieved from: http://neurologiadeltrabajo.sen.es/pdf/rsi_report_curso2000_nt.pdf.
4. RSI-vereniging (2014): 'Feiten en cijfers RSI'; Arbobalans, 2014.
5. Meulen SHS van der. Arbokennisnet; Dossier Computerwerk (geactualiseerde versie van het dossier beeldschermwerk 2008), 2015.
6. Eijdsen-Besseling MDF van. Risks and Recommendations in WRULD. Dissertatie; Universitaire pers Maastricht, 2010.
7. Jong JR de, Vlaeyen JWS, Eijdsen-Besseling MDF van, Loo Ch, Onghena P. Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (WRUEP): Effects of exposure in vivo. *Pain* 2012;153:2109-18 (Doi: 10.1016/j.pain.2012.07.001).
8. Dekkers-Sanchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med* 2010;42 (6):544-52. (Doi: 10.2340/16501977-0544).
9. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
10. Broeck A van den, Houdenhove B van, Crombez G, Goubert L, Damme S van, Vianne I. Hypervigilantie bij patiënten met chronische pijn. Chapter Boekblok pijn info 2004 pp 860-7.

Alle richtlijnen die in samenwerking met het CBO zijn ontwikkeld zijn te vinden op www.diliguide.nl.

Correspondentie

Marjon van Eijdsen via vra@revalidatiegeneeskunde.nl