

Revalidatie en reïntegratie in het arbeidsproces

Revalidatie en reïntegratie in het arbeidsproces

Het effect van een geïntegreerde behandeling gericht op reïntegratie in het arbeidsproces in de revalidatiedagbehandeling. Roolvink EGJJ. Dissertatie. Delft: Eburon, 1994. ISBN 90-5166-372-2.

De achtergrond van het onderzoek van Roolvink wordt gevormd door de WAO-problematiek, het feit dat steeds meer mensen met medisch gesanctioneerde klachten buiten het arbeidsproces geraken.

Roolvink onderscheidt met betrekking tot arbeidsongeschiktheid twee benaderingen, gekenmerkt door de trefwoorden 'causaliteit' en 'finaliteit'. Traditioneel is de causaliteitsbenadering geassocieerd met het vaststellen van de medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid door middel van keuringen en het vergoeden van de schade door middel van uitkeringen. De finaliteitsbenadering is verbonden met revalidatie en reïntegratie in het arbeidsproces en met het doel de arbeidsongeschikte een zo goed mogelijke plaats in de maatschappij te geven.

Het onderzoek van Roolvink heeft betrekking op arbeidsongeschikte personen met aandoeningen van het bewegingsapparaat die een revalidatiedagbehandeling krijgen. Hij stelde zichzelf de volgende vragen:

- Hebben revalidanten die in het kader van hun revalidatie extra aandacht krijgen voor hun arbeidsmogelijkheden ('arbeidsexploratie'), meer kans op het verkrijgen van werk dan revalidanten waarbij die extra aandacht voor werk ontbreekt?
- Wat is het verschil tussen revalidanten die weer aan het werk komen en revalidanten die zonder werk blijven?

Onderzoek

De lezer zoekt tevergeefs naar een bespreking van literatuur aangaande de vraagstellingen. Is er dan nooit eerder onderzoek gedaan naar de determinanten van reïntegratie in het arbeidsproces bij arbeidsongeschikten en maatregelen om dit te bevorderen?

Voor het onderzoek werden patiënten van twee bij name genoemde revalidatiecentra in Enschede en Nijmegen onderzocht. In Enschede maakte arbeidsexploratie een geïntegreerd onderdeel uit van de behandeling; in Nijmegen was dit niet het geval. In beide centra werden nieuwe dagbehandelingspatiënten met een aandoening van het bewegingsapparaat in de leeftijd van 19-55 jaar door de behandelend revalidatiearts voor het onderzoek geselecteerd. Deze revalidanten moesten volgens de revali-

datiearts kans maken op het vinden van een plaats op de arbeidsmarkt. De revalidanten in Enschede werden schriftelijk op de hoogte gesteld van de vraagstelling van het onderzoek (de informatie aan de revalidanten te Nijmegen wordt niet vermeld). Een kwart van de geselecteerde revalidanten weigerde medewerking aan het onderzoek. Tussen de revalidanten in Enschede en Nijmegen bestonden significante verschillen, onder andere wat betreft geslacht, burgerlijke staat, opleiding, diagnose en duur van de arbeidsongeschiktheid.

Aan het begin van de behandeling werden de volgende gegevens verzameld: demografische gegevens, arbeidsverleden, arbeidsongeschiktheidsgeschiedenis, diagnose, functionele stoornissen, handicaps en verwachtingen ten aanzien van werk. Een half jaar na ontslag uit de dagbehandeling werd bij alle revalidanten door middel van een persoonlijk interview navraag gedaan naar het vroegere werk, de ernst van de klachten en beperkingen aan het begin van de behandeling, het verloop van de klachten en beperkingen tijdens de behandeling, activiteiten in het kader van arbeidsexploratie, de van anderen ondervonden steun en of men werk gevonden had na de revalidatie.

Interessant is de beoordeling van lichamelijke functiestoornissen: vier clusters van functiestoornissen blijken met een hoge graad van betrouwbaarheid aan de patiënt te kunnen worden vastgesteld: 'statiek', 'bovenste extremiteit', 'handvaardigheid' en 'voortbewegen'. Wie onderzoek wil doen naar lichamelijke functiestoornissen zou bij Roolvink te rade moeten gaan.

Voor het beantwoorden van de eerste vraag werden de revalidanten uit Enschede met arbeidsexploratie in hun behandeling (n=94) vergeleken met de revalidanten uit Nijmegen (n=53). In de eerste groep had 47 procent werk gevonden en in de laatste groep 40 procent. Dit verschil bleek bij statistische toetsing niet significant. Roolvink trekt daaruit de conclusie dat de eerste vraag niet beantwoord kan worden.

Voor het beantwoorden van de tweede vraag werden de revalidanten die werk hadden gevonden, vergeleken met degenen die geen werk hadden gevonden, waarbij de groepen uit Enschede en Nijmegen werden samengevoegd. De revalidanten die erin geslaagd waren werk te vinden, waren bij aanvang van de behandeling meer gericht op herstel en werkhervatting, hadden positievere verwachtingen ten aanzien van werkhervatting, hadden een hogere opleiding en een ruimer arbeidsverleden, hadden minder problemen met nek en/of romp ('sta-

tiek') en onderste extremiteiten. Achteraf bleken zij ook meer steun van de omgeving te hebben ervaren, hadden zij een gunstiger verloop van hun klachten, beperkingen en handicaps tijdens de behandeling bemerkt en wisten zij vaker van overleg tussen de behandelende arts en controlerende instanties. Mannen en ouderen hadden een grotere kans om werk te vinden dan vrouwen en jongeren. De medische diagnose, de duur van de arbeidsongeschiktheid en het vroeg of laat in de arbeidsongeschiktheidsgeschiedenis inschakelen van de revalidatiearts bleken niet of nauwelijks een verband te hebben met het al of niet vinden van werk.

Roolvink besluit met een dertiental aanbevelingen waaronder de aanbeveling om beperkingen van het bewegingsapparaat te laten behandelen in een revalidatie-instituut waar het arbeidsdeskundige aspect een onderdeel van het behandelplan is.

Tot zover een samenvatting van het proefschrift. Mijn kritiek spijst zich toe op de volgende drie aspecten: de onderzoeksopzet, de interpretatie van de gegevens en de aanbevelingen.

Onderzoeksopzet

De vraag naar het effect van een extra stuk behandeling (de eerste vraagstelling) had alleen beantwoord kunnen worden met een interventie-onderzoek. Daarvoor zijn twee *vergelijkbare* groepen patiënten nodig, één voor de gebruikelijke behandeling en één voor de gebruikelijke behandeling plus de extra interventie. Dergelijke vergelijkbare groepen krijgt men eigenlijk alleen maar door randomisatie. In plaats daarvan ging Roolvink uit van bestaande patiëntenpopulaties van twee revalidatiecentra die verschillende soorten patiënten blijken aan te trekken (blz. 66). Vervolgens werden de patiënten door hun behandelende artsen (niet onafhankelijk) geselecteerd, waarbij de kans op werk moest worden meegewogen (selectieve selectie, blz. 61). Verder werden de patiënten in de interventiegroep volledig ingelicht over de vraagstelling van het onderzoek (niet-blinde patiënten, blz. 144). Tenslotte waren ook de behandelaars niet blind voor de vraagstelling van het onderzoek.

De patiëntengroepen in het onderzoek bleken dan ook aanzienlijk van elkaar te verschillen (de gegevens hierover zijn overigens onvolledig weergegeven, blz. 79 en 116). Ik veronderstel dat het centrum in Enschede – en mogelijk ook de patiënten daar – wilde laten zien wat extra arbeidsexploratie waard is. Maar zou het

controlecentrum in Nijmegen zich willen laten afschilderen als een centrum met slechts matige resultaten met betrekking tot reïntegratie? Beide centra hadden de mogelijkheid een optimaal resultaat te bereiken door selectie van een relatief gunstige groep patiënten en door zich extra in te zetten. Dit zou de verklaring kunnen zijn voor de bevinding dat de resultaten in beide centra ongeveer gelijk waren.

Hoe dan ook, de onderzoeksgroepen waren verre van vergelijkbaar. De onderzoeksopzet van Roolvink laat dus op geen enkele manier toe een antwoord te geven op zijn eerste vraag. Merkwaardig genoeg komt Roolvink zelf ook tot deze conclusie (blz. 118), zij het niet op basis van de verkeerde onderzoeksopzet maar op grond van een verkeerde interpretatie van de p-waarde. Als Roolvink meent het verschil in percentage werkhervatters tussen de groepen uit Enschede en Nijmegen te mogen toetsen, dan zou hij na deze toetsing moeten concluderen tot 'geen invloed van arbeids-exploratie op de reïntegratie in het arbeidsproces'.

Ongetwijfeld was een onderzoeksopzet met randomisatie van de patiënten moeilijker te realiseren geweest. Men had de nieuw aangeelde patiënten bij de beide centra na selectie moeten randomiseren naar hun behandeling in Enschede of Nijmegen, of men had de patiënten van één of twee centra moeten randomiseren en beide behandelingen beschikbaar moeten stellen.

Interpretatie

In essentie heeft Roolvink een descriptief onderzoek verricht, dat op zichzelf beslist de moeite waard is. De onderzoeksopzet laat het toe te onderzoeken welke revalidanten erin slagen werk te vinden en welke niet (de tweede vraagstelling). Roolvink vergelijkt de werkende en niet-werkende revalidanten op een groot aantal variabelen en beschouwt deze alle als voorspellende variabelen ten aanzien van reïntegratie in het arbeidsproces. Daarbij lijkt hij impliciet een erg simpel model van werkhervatting te hanteren: het treedt wel of niet op.

Het probleem is dat Roolvink bepaalde variabelen die *retrospectief* zijn gemeten, zoals een proefplaatsing in een arbeidssituatie en overleg tussen artsen, hanteert als voorspellers, terwijl het waarschijnlijk om correlaten gaat. Mijns inziens is het vruchtbaarder het vinden van werk te zien als een gebeurtenis in een *proces* van herstel. De revalidatiebehandeling probeert dat proces op gang te brengen. Variabelen die aan het begin van de behandeling zijn gemeten, kunnen veilig worden beschouwd als voorspellers van het optreden van het herstel-

proces waarbij werkhervatting kan plaatsvinden. Variabelen die retrospectief, dus nadat het herstelproces al of niet op gang is gekomen, zijn gemeten, kunnen echt *voorspellend* zijn, maar sommige variabelen kunnen beter geïnterpreteerd worden als *indicatoren* van het herstelproces zelf.

Indien we de gegevens van Roolvink zo bezien, ontstaat een interessant beeld. Gerichtheid van de revalidant op herstel en werk, en positieve verwachtingen van de revalidant en van diens behandelend arts behoren tot de sterkste voorspellers van het optreden van een proces dat leidt tot reïntegratie in het arbeidsproces. Revalidanten die hoger zijn opgeleid, meer werkervaring hebben en van het mannelijke geslacht zijn, hebben een grotere kans om aan de slag te komen. Patiënten met problemen op het gebied van statiek (nek/rug) en/of mobiliteit (onderste extremiteiten) hebben minder mogelijkheden om werk te vinden. Wanneer de klachten, beperkingen en het handicapgevoel afnemen, en wanneer de revalidant het gevoel heeft dat hij door zijn omgeving wordt gesteund, zit hij kennelijk in een proces waarbij de kansen op werkhervatting toenemen. Als de artsen dan ook nog eens extra hun best doen en bijvoorbeeld met elkaar overleggen, gaat het er steeds beter uitzien voor de revalidant. Wanneer men een proefplaatsing voor elkaar krijgt, is werkhervatting praktisch een gewonnen zaak.

Aanbevelingen

Hoewel ik me persoonlijk in een aantal van Roolvink's aanbevelingen kan vinden, moet ik constateren dat ze niet of nauwelijks bij het door hem verrichte onderzoek aansluiten en er niet door worden gesteund. Het is jammer dat Roolvink de gelegenheid voorbij laat gaan om enkele aanbevelingen te doen die wel steun vinden in zijn onderzoek, bijvoorbeeld:

- Wanneer men mensen die arbeidsongeschikt zijn op grond van een aandoening van het bewegingsapparaat aan werk wil helpen, dient men de motivatie en verwachtingen voor herstel en werkhervatting zoveel mogelijk in positieve zin te beïnvloeden; hoe men dat zou kunnen doen, verdient nader onderzoek.
- Naast het versterken van de motivatie en verwachtingen bij de patiënt dient men zoveel mogelijk steun in de omgeving van de patiënt te mobiliseren; hoe men dat zou kunnen doen, verdient nader onderzoek.
- Verder dient men extra aandacht te geven aan lager opgeleiden, vrouwen, patiënten met weinig werkervaring en patiënten met problemen op het gebied van nek/rug en mobiliteit,

aangezien deze mensen moeilijker aan werk komen; nader onderzoek naar de specifieke belemmeringen en mogelijkheden om deze op te lossen, is wenselijk.

- Een pragmatische aanpak van de inpassing in de arbeidssituatie verdient aanbeveling; als men een proefplaatsing voor elkaar krijgt, is reïntegratie praktisch gesproken een feit.

B. Terluin

Reactie

De samenvatting van het onderzoek door Terluin is uitstekend; of dit komt door de helderheid van het proefschrift of door de scherpzinnigheid van Terluin, laat ik in het midden. Zijn punten van kritiek richten zich op opzet en interpretatie. Dat is te begrijpen. Bij zijn beoordeling gebruikt hij het sjabloon van het natuurwetenschappelijk onderzoek. Deze wijze van onderzoek geldt als objectief. In mijn inleiding heb ik een poging gedaan het medisch handelen te relativeren door het subjectieve van dit handelen te accentueren. Dit is niet gedaan om kritiek te voorkomen; het is bedoeld om aandacht te vragen voor een andere benadering van gezondheidsvraagstukken.

Ik ben bij mijn onderzoek uitgegaan van de dagelijkse praktijk en heb mijn handelingen zo uitvoerig mogelijk omschreven. Het meest zuivere oordeel over een interventie in een behandelingsituatie wordt verkregen door randomisatie. Toch denk ik dat een beschrijvend onderzoek, zoals het mijne, tot geldige conclusies kan leiden. Een voorwaarde daarbij is dat alle elementen waaruit het onderzoek is opgebouwd worden omschreven. De interpretatie van deze omschrijvingen is niet eenvoudig voor artsen die niet regelmatig met patiënten uit mijn onderzoekspopulatie omgaan.

Terluin concludeert dat de populatie bestaat uit een selectieve selectie, terwijl de (dagelijkse) praktijk van dit onderzoek iets heel anders laat zien (deelnemers uit Nijmegen scoren meer op de ernstige diagnosegroepen, blz. 116). Uitgangspunt bij het vergelijken van de twee patiëntengroepen was het overeenkomen van diagnosegroepen. De eerste twee paragrafen van hoofdstuk 7 geven het verzamelen weer van gegevens over de input van behandelcentra. Achteraf is pas na te gaan of er van gelijke groepen sprake is. Daarvoor was een toetsing (blz. 118) noodzakelijk. Randomisatie is mogelijk, maar kan een vertekend beeld van de dagelijkse praktijk geven.

De gegevens uit het onderzoek worden door

Terluin beoordeeld op de inhoud van de variabelen. Dat niet alle variabelen een voorspellend kenmerk hebben, is waar. Ik ben het eens met de bewering dat het vinden van werk gezien moet worden als een gebeurtenis in een proces van herstel. Het sturen van dit proces is doelgericht als van alle onderdelen (variabelen) de prognose bekend is en deze niet op toeval berust. De sterkte van de voorspellende waarde is daaraan ondergeschikt.

De aanbevelingen van Terluin beschouw ik als het wezen van mijn onderzoek. Als alle lezers tot deze conclusie komen, is mijn doel bereikt.

E. Roolvink

GRIJS

Communicatieproblemen rondom oncologiepatiënten *Een inventarisatiestudie. Onderzoeksverslag. Mulder MJ; 22 pagina's, prijs NLG 7,50.*

De functionele toestand van gedetineerden op Curaçao *Onderzoeksverslag. Versteegen HHJ; 49 pagina's, prijs NLG 10,-.*

Het lange termijn beloop van schouderklachten in de huisartspraktijk *Onderzoeksverslag. Dings M; 54 pagina's, prijs NLG 10,-.*

Drie zeldzame chronische ziekten in de huisartspraktijk *Een beschrijvend onderzoek over schizofrenie, M. Parkinson en multiple sclerose. Literatuurstudie. Lameris JL; 89 pagina's, prijs NLG 12,50.*

Polyfarmacie *Onderzoeksverslag. Sulter GA; 53 pagina's, prijs NLG 10,-.*

Te bestellen bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon 050-632.963. Alle prijzen zijn inclusief verzendkosten.