

RIVM rapport 260401001/2004

**Een multimedia campagne gericht op de  
preventie van lage rugpijn: de potentiële  
gezondheidswinst**

HSJ Picavet

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van het Ministerie van VWS, Directie POG in het kader van project 260401/01/BA, Specifiek ziekten: bewegingsapparaat.

## **Abstract**

Gaining insight into potential public health effects of prevention programmes is one way to aid public policy decisions on these programmes. These public health effects may include reduction in such items as occurrence of health problems, the use of health services, and absenteeism due to illness and disability, as well as the costs accompanying these problems. The potential health benefits were estimated on the request of the Dutch Ministry of Health for carrying out a multimedia campaign for the prevention of (chronic) low back pain in the Netherlands. Such a campaign has been carried out in Australia and Scotland, and is currently underway in Norway. This estimation was based on the benefits of the Australian project and the public health impact of low back pain in the Netherlands as estimated for the year 2000. The potential effects could include substantial reductions in the occurrence of chronic low-back pain, in the use of health services in the Netherlands, and in sick leave and disability due to low-back pain. Crude estimation of profits yields sums of more than €200 million in the third year after the start of the campaign. This figure should be interpreted with great care due to many uncertainties surrounding the estimates. However, an investment in an intensive public multimedia campaign (called PO Box 51) costing a few million euro will already be cost-effective with even a limited realisation of estimated profits.

## Voorwoord

Lage rugklachten vormen een belangrijk volksgezondheids- en maatschappelijk probleem van de Nederlandse bevolking. Ze komen veel voor en dragen bij aan het ziekteverzuim, de arbeidsongeschiktheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Lage rugklachten vormen één van de belangrijkste gezondheidsproblemen binnen de groep ‘klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat’ ook wel aangeduid als ‘gewrichtsaandoeningen’. Andere belangrijke gezondheidsproblemen die hieronder vallen zijn artrose, inflammatoire gewrichtsaandoeningen (zoals reumatoïde artritis), osteoporose en de klachten van arm, nek, schouders (KANS oftewel RSI-gerelateerde klachten). Naast kanker, diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD behoren de gewrichtsaandoeningen tot de 5 prioritaire ziekten van het Ministerie van VWS.

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden voor preventie van gewrichtsaandoeningen is het RIVM in opdracht van VWS nagegaan wat de gezondheidswinst zou kunnen zijn indien een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugpijn in Nederland wordt uitgevoerd. Het type preventiecampagne betreft een multimedia campagne waarbij met gebruik van onder meer televisiespots, radiospots, folders, de algemene bevolking - inclusief (potentiële) patiënten, artsen, paramedici, werkgevers - wordt geïnformeerd over het omgaan met lage rugpijn. Een dergelijke campagne is zeer succesvol gebleken in Australië en heeft reeds navolging gekregen in Schotland en Noorwegen.

In deze rapportage wordt beschreven wat de potentiële gezondheidswinst zou kunnen zijn indien in Nederland ook een dergelijke campagne zou worden uitgevoerd.



# Inhoud

## Samenvatting 7

### 1. Inleiding en achtergrond 11

- 1.1 Lage rugpijn: de achtergrond 11
- 1.2 Determinanten van lage rugpijn 12
- 1.3 Nieuwe inzichten in de behandeling en preventie 16
- 1.4 Een multimedia campagne gericht op lage rugpijn: het Australische voorbeeld 17
- 1.5 De vraagstelling van dit rapport 19

### 2. Methode 21

- 2.1 Kwantificeren van de omvang van de ‘burden’ van lage rugklachten 21
- 2.2 Kwantificeren van het potentiële effect van een preventiecampagne 24

### 3. Resultaten 27

- 3.1 Prevalentie 27
  - 3.1.1 Omvang van lage rugklachten in Nederland 27
  - 3.1.2 Mogelijk effect preventiecampagne op prevalentie 28
- 3.2 Beroep op gezondheidszorg 29
  - 3.2.1 Omvang van gebruik van gezondheidszorg 29
  - 3.2.2 Mogelijk effect preventiecampagne op gezondheidszorg 30
- 3.3 Ziekteverzuim 31
  - 3.3.1 Omvang van het ziekteverzuim door lage rugklachten 31
  - 3.3.2 Mogelijk effect preventiecampagne op ziekteverzuim 32
- 3.4 Arbeidsongeschiktheid 32
  - 3.4.1 Omvang van arbeidsongeschiktheid als gevolg van lage rugklachten 32
  - 3.4.2 Mogelijk effect preventiecampagne op arbeidsongeschiktheid 32

### 4. Discussie en conclusie 35

- 4.1 De bevindingen samengevat 35
- 4.2 Kanttekeningen 36
- 4.3 Conclusies en aanbevelingen 38

## Literatuur 41

### Bijlage 1 Verzendlijst 44

### Bijlage 2 Geraadpleegde (inter)nationale experts 45

### Bijlage 3 Working Backs Scotland 46



## Samenvatting

Lage rugklachten vormen een groot volksgezondheidsprobleem. Eén op de vijf mensen heeft chronische rugklachten, één op de tien consulteert jaarlijks de huisarts vanwege lage rugklachten, en lage rugklachten veroorzaken veel ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Ondanks enorme veranderingen in de werkbelasting van de gemiddelde westerse mens - met vooral een verschuiving van fysieke belasting naar meer psychische belasting - lijkt de omvang van lage rugklachten niet verminderd.

Enkele belangrijke ontwikkelingen van de laatste jaren zijn als volgt samen te vatten:

- Er is in toenemende mate inzicht verkregen in de factoren die met het optreden van lage rugklachten samenhangen. Hieruit blijkt dat er niet één factor is aan te wijzen die de problematiek van lage rugklachten verklaart en dat zowel fysieke als psychosociale factoren een rol spelen. Dit betekent dat er geen duidelijk aan te wijzen leefstijlfactoren zijn waarop preventiecampagnes kunnen aangrijpen. Evenmin zijn er duidelijke risicogroepen te identificeren waarop preventie campagnes zich zouden kunnen richten. Daarnaast wordt in toenemende mate erkend dat het er niet alleen om gaat te voorkomen dat mensen klachten krijgen, maar ook om te voorkomen dat klachten chronisch worden en het dagelijkse leven sterk gaan beïnvloeden, bijvoorbeeld door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.
- Er is veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van richtlijnen voor de behandeling van lage rugklachten. De nieuwe behandelingsadviezen zijn inmiddels in vele monodisciplinaire richtlijnen (voor huisartsen, arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen en fysiotherapeuten) verwerkt en er is een multidisciplinaire richtlijn gepubliceerd in 2003 door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Belangrijke onderdelen van deze richtlijn zijn: advies om zoveel mogelijk actief te blijven, bedrust te vermijden, (slechts) kortdurend gebruik van pijnstillers, overwegen van oefentherapie, géén beeldvormend onderzoek (zoals röntgenfoto) of operatie en veel behandelingen worden expliciet niet aanbevolen. In de CBO-richtlijn wordt met nadruk gesteld dat implementatie van de richtlijn pas mogelijk is als patiënten meewerken en dat voorlichting aan het publiek dit kan ondersteunen.
- In 1998 is in de staat Victoria in Australië een grootschalige multimedia publiekscampagne uitgevoerd gericht op de preventie van lage rugklachten. Deze campagne maakte gebruik van prime-time televisiespotjes, radiospotjes, bill boards langs snelwegen en tijdschriftenadvertenties, in aanvulling op de verspreiding van behandelrichtlijnen (voor artsen) en 'The Back Book', een folder waarin de nieuwste medische inzichten op patiëntvriendelijke wijze staan verwoord. Deze campagne is over een periode van 3 jaar geëvalueerd en leverde aantoonbaar gunstige effecten in de attitude bij het algemene publiek én artsen en had kostenbesparende effecten voor verzuim, arbeidsongeschiktheid en beroep op de gezondheidszorg. Deze campagne heeft inmiddels navolging gekregen in Schotland en Noorwegen.

Dit rapport geeft een overzicht van de mogelijk te behalen gezondheidswinst indien er in Nederland een multimedia publiekscampagne gericht op de preventie van lage rugpijn zou worden uitgevoerd.

De evaluatiestudie van de eerdergenoemde Australische publiekscampagne liet grote effecten zien over een periode van 3 jaar. De effecten kunnen als volgt worden samengevat:

- een verschuiving in de opvattingen over lage rugpijn, waardoor mensen beter in staat zijn met pijnklachten om te gaan, (een verschuiving van 10% in Victoria vergeleken met een controlestaat)
- vermindering van de lastendruk op de huisarts, de paramedische zorg en medisch specialist, met een kostenreductie in het derde jaar na de start van de campagne van 25%
- vermindering van de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid, met een reductie van het aantal verzuimdagen van 15% in het derde jaar na de start van de campagne
- verbetering van de implementatie van richtlijnen in de medische praktijk.

Vertaald naar de Nederlandse situatie kan dat in potentie grote gezondheidswinst opleveren in termen van minder mensen met chronische lage rugklachten, minder gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, minder arbeidsverzuim en een reductie van de instroom van arbeidsongeschiktheid. Dat is in dit rapport zoveel mogelijk in kwantitatieve termen uitgedrukt. Alle gegevens zijn geschat alsof de effecten van campagne gevonden zouden worden in het jaar 2000.

### **Minder chronische lage rugklachten**

In een prospectieve Nederlandse studie was eerder aangetoond dat aan zekere opvattingen gerelateerd pijngedrag (angst voor bewegen en een overdreven negatieve reactie op pijn, ook wel ‘pijn-catastroferen’) samenhang met een verhoogde kans op chronische lage rugklachten. Indien hierin door voorlichting een verschuiving van 10% zou kunnen worden gerealiseerd, dan zou de prevalentie van chronische rugklachten afnemen van 20% naar 19%. Dat is een relatieve afname van 5%, wat in de huidige situatie van ruim 2,3 miljoen Nederlanders met chronische lage rugklachten een reductie van 118 duizend chronische rugpatiënten zou inhouden.

### **Minder gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen**

Het effect van de preventiecampagne op de gezondheidszorg uit zich in een verminderd beroep op de zorg. Indien de reductie in medische kosten zoals gevonden in Australië (25%) wordt toegepast op de totale zorgkosten als gevolg van lage rugklachten in Nederland, dan is een besparing van €84 miljoen te behalen. Dit kan onder meer inhouden een reductie van het beroep op de huisarts omdat mensen zelf beter weten om te gaan met de rugklachten en eerder gerustgesteld zijn (25% reductie van 3,2 miljoen huisarts contacten geeft 0,8 miljoen minder contacten), minder gebruik van beeldvormend diagnostisch onderzoek (zoals röntgenfoto), die vaak onnodig zijn bij specifieke rugklachten, en minder beroep op de fysiotherapie.

### **Minder ziekteverzuim**

Geschat kan worden dat 7,3 miljoen verzuimde werkdagen (conservatieve schatting) in het jaar 2000 zijn toe te schrijven aan lage rugklachten. Dat is 8,7% van het totale ziekteverzuim. Wanneer de 15% reductie zoals gevonden bij de Australische campagne hierop wordt toegepast is dat een reductie van 1,1 miljoen verzuimdagen. Uitgedrukt in de gemiddelde loonkosten die daarmee gemoed zijn komt dat overeen met circa €113 miljoen.



### **Reductie instroom van arbeidsongeschiktheid**

De totale kosten voor arbeidsongeschiktheid die in het jaar 2000 geassocieerd zijn met rug-gerelateerde aandoeningen kunnen worden geschat op €1,7 miljard. De nieuwe instroom neemt daarvan circa 10% voor haar rekening (€170 miljoen). Een 15% reductie in de nieuwe instroom van arbeidsongeschikten ten gevolg van lage rugklachten in Nederland zou dan kosten reductie kunnen opleveren van ruim €25 miljoen.

De geschatte opbrengst in termen van kostenreductie kan over een periode van 3 jaar oplopen tot ruim €200 miljoen. Dit is een optelsom van de winst in zorgkosten (€84 miljoen) van verzuimkosten (€113 miljoen) en arbeidsongeschiktheidskosten (€25 miljoen). Deze opbrengst in termen van kosten dient vanwege allerlei kanttekeningen als indicatief cijfer te worden gezien.

De belangrijkste kanttekeningen hebben betrekking op de mate waarin de in Australië behaalde winst vertaalbaar is naar de Nederland situatie, het beperkte cijfermateriaal in Nederland over ziekteverzuim en zorggebruik en de (slechts globale) schatting van kosten die daarmee gepaard gaan, en de autonome ontwikkelingen (bijvoorbeeld veranderende wet- en regelgeving) die grote invloed kunnen hebben op bijvoorbeeld de instroom in de arbeidsongeschiktheid.

De potentieel grote gezondheidswinst en kostenbesparing zouden ervoor pleiten ook in Nederland een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugklachten uit te voeren.

Naast de effecten in kwantitatieve termen kan ook een aantal kwalitatieve effecten worden verwacht bij uitvoering van een multimedia campagne gericht op lage rugklachten:

- Ondersteuning implementatie CBO-richtlijnen, vooral wat betreft de aanpak van het probleem bij de huisarts: daarbij zal, met behulp van voorlichting aan het publiek, de verwijzing naar aanvullende diagnostiek (zoals röntgenfoto en MRI) en medisch specialistische zorg kunnen verminderen.
- Het 'de-medicaliseren' van een volksgezondheidsprobleem. Lage rugklachten vormen een gezondheidsprobleem dat niet (alleen) is op te lossen door de gezondheidszorg. Mensen zelf, de gezondheidszorg, de werkplek en de overheid hebben elk hun eigen verantwoordelijkheid om de negatieve gevolgen van lage rugklachten tot een minimum te beperken.
- Het mensen beter in staat stellen met pijnklachten om te gaan (empowerment). Patiënten dienen zich te realiseren dat een 'magic fix' van de rugpijn door de medische wereld niet bestaat. Patiënten kunnen er veel zelf aan doen om lichamelijke beperkingen en ziekteverzuim van lage rugklachten te beperken. Sterker nog: zoveel mogelijk doorgaan met normale dagelijkse bezigheden versnelt ook het herstel.

Tevens zijn er aanvullende redenen om op dit moment de uitvoering van een preventie campagne te overwegen. Er is inmiddels een vertaling van 'The Back Book' gereed, de CBO-richtlijn is dit jaar uitgekomen, het sluit goed aan bij het thema 'eigen verantwoordelijkheid' van het huidige kabinet, het biedt perspectief aan vele mensen met chronische lage rugklachten en het sluit aan bij het internationale initiatief van de 'Bone and Joint Decade 2000-2010', in het Nederlands 'Decennium van het Bewegingsapparaat'.

**Aanbevelingen van dit rapport**

- Gezien de grote potentiële gezondheidswinst die binnen enkele jaren te behalen zou zijn, dient overwogen te worden om ook in Nederland een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugklachten uit te voeren.
- Een dergelijke multimedia campagne moet gericht zijn op overdracht van informatie en kennis en dat zou bijvoorbeeld vorm kunnen krijgen in een Postbus 51 campagne.
- Indien het uitvoeren van een dergelijke campagne wordt voorbereid dient daaraan tevens een evaluatiestudie te worden gekoppeld om inzicht te verkrijgen in de feitelijke gezondheidswinst en kostenbesparing.
- De methodiek om de potentiële effecten van campagnes inzichtelijk te maken, verdient verdere ontwikkeling. Een essentieel onderdeel is de voortdurende investering in adequate en up-to-date gegevens over gezondheid, ziekte, determinanten, het gebruik van de gezondheidszorg, het ziekteverzuim, de arbeidsongeschiktheid en de daarmee samenhangende kosten.

# 1. Inleiding en achtergrond

## 1.1 Lage rugklachten: de achtergrond

### Een lastig volksgezondheidsprobleem

Veel mensen hebben *last* van lage rugklachten en dat kan hun functioneren behoorlijk beperken. Lage rugklachten behoren tot de belangrijkste redenen waarom mensen naar de huisarts of fysiotherapeut gaan en tevens is een groot deel van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid er aan toe te schrijven. Daarmee dragen lage rugklachten flink bij aan de *ziektelast* en *zorglast* van de Nederlandse bevolking.

Lage rugklachten zijn ook vaak *lastig* te onderzoeken. Een eenduidige medische diagnose of classificatie ontbreekt. Diverse omschrijvingen en indelingen worden gebruikt om lage rugklachten aan te duiden. Soms wordt gesproken van lage rugpijn, om de belangrijkste klacht te benadrukken of van dorsopathieën, letterlijk: aandoeningen van de wervelkolom, en doorgaans gebruikt om nek- en rugklachten te beschrijven. Apart wordt vaak lage rugpijn met uitstralende pijn naar de billen of benen onderscheiden, dit wordt ook wel aangeduid met radiculair syndroom en kan wijzen op de aanwezigheid van een hernia. De belangrijkste indeling is die tussen specifieke en aspecifieke lage rugklachten. Specifieke rugklachten worden gedefinieerd als rugklachten waarbij er sprake is van een specifieke pathofysiologische oorzaak. Voorbeelden daarvan zijn een hernia nuclei pulposi (HNP), een infectie, een ontsteking, osteoporose, een fractuur of een tumor. Aspecifieke rugklachten worden gedefinieerd als rugklachten waarbij geen specifieke oorzaak aantoonbaar is. Dit is bij ongeveer 90% van de mensen met rugklachten het geval. (Deyo et al., 1992). Dit rapport betreft aspecifieke rugklachten. Deze aspecifieke rugklachten worden vaak ingedeeld naar duur van de klacht (Frymoyer, 1988): acute rugklachten (duur van minder dan 6 weken), subacute rugklachten (duur van 6 tot 12 weken) en chronische rugklachten (duur van meer dan 12 weken).

### Trends in de (verleden en toekomstige) tijd

Komen lage rugklachten nu vaker voor dan vroeger en wat zijn de verwachtingen voor de toekomst? In Nederland zijn er geen goede cijfers beschikbaar om een uitspraak over langdurige trends te doen. Cijfers uit de MORGEN-studie over de jaren 1993-1997 blijken zeer stabiel (MORGEN 5-jaarsverslag). Recente trendcijfers uit Amerika laten ook een stabiel beeld zien (Murphy et al., 1999) evenals de meeste studies op dit terrein in Westerse landen, zoals samengevat door Nachemson (2000). Een onderzoek uit Engeland op basis van 2 populatiestudies laat een stijging van de prevalentie zien in de periode van 1990-2000 (Palmer et al., 2000). De onderzoekers suggereren dat deze stijging te wijten zou kunnen zijn aan een grotere bewustwording van eigenlijk verwaarloosbare rugklachten en aan een grotere bereidheid van mensen om dergelijke klachten te rapporteren en te gebruiken als reden voor ziekteverzuim. In een periode van midden tachtiger jaren tot midden negentiger jaren werd in Engeland een toename in het ziekteverzuim geconstateerd dat voor het overgrote deel werd

toegeschreven aan klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (Moncrief and Pomerleau, 2000).

Sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen hebben ongetwijfeld invloed op de prevalentie van lage rugklachten. De betekenis van pijn, ziekte en gezondheid is nu eenmaal aan dergelijke ontwikkelingen onderhevig. Zelfgerapporteerde klachten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn niet vrij van dergelijke invloeden en dat geldt evenzeer voor de rol van het medisch handelen in de samenleving.

Indien alleen gebruik wordt gemaakt van de te verwachten groei van de bevolking en de verschuiving in de leeftijds-geslacht verdeling is voorspeld dat de absolute omvang van lage rugklachten tot het jaar 2015 zal toenemen met tussen de 35% en 45% (VTV). Daarmee behoren lage rugklachten vergeleken met andere ziekten en aandoeningen tot de grootste stijgers.

Lage rugklachten vormen een lastig en veelvoorkomend volksgezondheidsprobleem dat in de toekomst zelfs lijkt toe te nemen. Ondanks enorme veranderingen in de werkbelasting van de gemiddelde westerse mens - met vooral een verschuiving van fysieke belasting naar meer psychische belasting - lijkt de omvang van lage rugklachten dus niet verminderd.

In toenemende mate is daarom aandacht gekomen voor het terugdringen van lage rugklachten en dit betreft zowel de preventie van het optreden van rugklachten maar vooral ook de preventie van het *voortduren* en andere negatieve gevolgen van rugklachten. Dit betekent dus de preventie van chronische lage rugklachten en de preventie van beperkingen en ziekteverzuim als gevolg van rugklachten. De laatste jaren is het inzicht vergroot in de factoren die met het optreden lage rugklachten samenhangen (determinanten of risicofactoren) en in de mogelijkheden van behandeling. Deze ontwikkelingen zullen kort beschreven worden.

## 1.2 Determinanten van lage rugpijn

Het vaststellen van risicofactoren of risicogroepen voor het optreden van rugklachten is van belang om inzicht te verkrijgen in mogelijkheden voor preventie (door het wegnemen van de risicofactoren) en de verbetering die daardoor te bereiken is. De risicofactoren kunnen een deel van de verklaring bieden voor gezondheidsverschillen tussen diverse groepen.

Zowel individuele leefstijlfactoren, als werkgerelateerde en niet-werkgerelateerde fysieke en psychosociale factoren kunnen een rol spelen bij de ontwikkeling van rugklachten. Diverse reviews over de risicofactoren voor rugklachten zijn beschikbaar (Bernard and Fine, 1997; Burdorf et al., 1997 en 2003; Hoogendoorn et al., 1999 en 2000; Hartvigsen et al., 2000; Leboeuf et al., 1999 en 2000; Nachemson et al., 2000; Pincus et al., 2002). Veel onderzoek maakt gebruik van het eerste of een herhaald (recidief) optreden van rugklachten als uitkomstmaat. Ook is er in toenemende mate sprake van onderzoek waarbij het beloop en de gevolgen van rugklachten centraal staan, zoals chroniciteit, functionele beperkingen, gebruik

van gezondheidszorgvoorzieningen, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Factoren die hierop van invloed zijn worden *prognostische* factoren genoemd. De factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van rugklachten hebben in principe ook als prognostische factor betekenis.

In schema 1 wordt een overzicht gegeven van potentiële risicofactoren en de bewijslast voor hun bijdrage aan het ontstaan van lage rugklachten of relateerde beperkingen in het functioneren. Leefstijlfactoren zoals roken, voeding en lichamelijke activiteit, spelen bij lage rugklachten een minder sterke rol dan bij bijvoorbeeld hart- en vaatziekten. Er zijn aanwijzingen dat roken en overgewicht risicofactoren zijn maar het verband is doorgaans zwak en mogelijke biologische mechanismen voor bijvoorbeeld roken staan ter discussie. Specifieke sporten kunnen van invloed zijn op het ontstaan van lage rugklachten. Indien een sport op een zodanig intensief of hoog niveau wordt verricht dat het een overbelasting van het lichaam met zich meebrengt kan het ook lage rugklachten veroorzaken. Er is echter niet bekend welke sporten en welk niveau van beoefenen verhoogde risico's met zich meebrengen. Naast teveel bewegen kan ook niet bewegen of onvoldoende bewegen als risicofactor worden gezien. Langdurige bedrust is een risicofactor voor lage rugklachten en in het algemeen heeft immobiliteit een destructief effect op de verschillende weefsels –spieren, pezen, ligamenten, botten – in het lichaam. Voor voldoende bewegen is de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen ontwikkeld (Kemper et al., 2000). Een grootschalige observationele epidemiologische studie liet echter zien dat voldoen aan deze norm niet beschermend was voor lage rugklachten 1 tot 4 jaar na de baselinemeting (Picavet and Schuit, 2003). Onderzoek naar de gezondheidseffecten van bewegen kent echter vele beperkingen, gezien de grote variatie in aard, intensiteit en duur van lichamelijke activiteit en de enorme variatie in expositie gedurende de levensloop. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat kenmerken van lichamelijke activiteit in de jeugd van belang zijn voor het optreden van lage rugklachten op latere leeftijd. Het retrospectief vastleggen van lichamelijke activiteit patronen over een dergelijke lange periode stuit echter op praktische problemen.

Inmiddels staat voor een aantal aspecten van de fysieke belasting in de arbeidssituatie vast dat ze belangrijke risicofactoren zijn voor de werksituatie. Dit zijn: het handmatig verplaatsen van een last (vooral tillen), veelvuldig buigen en draaien met de romp, zware fysieke belasting en blootstelling aan lichaamstrillingen (Burdorf et al., 2002). Voor de Nederlandse bevolking is geschat dat circa 15% van de chronische rugklachten is toe te schrijven aan dergelijke belasting (Picavet et al., 2000). Het eenduidig kwantificeren van deze risicofactoren blijft echter lastig omdat de blootstelling enorm kan variëren. Voor een aantal aspecten van de belasting komt inmiddels het inzicht in een nadere kwantificering: zo blijkt dat het tillen op het werk pas een risico vormt voor lage rugklachten wanneer 25 kg of meer wordt getild (Bongers et al., 2000). Werken in een gebogen romphouding leidt vooral tot lage rugklachten indien deze meer dan 60° is, en meer dan 5% van de werktijd tijdens een 8-urige werkdag voorkomt (circa een half uur in totaal) (Bongers et al., 2000).

*Schema 1 Overzicht van potentiële risicofactoren en de beoordeling van de bewijslast als risicofactor voor lage rugklachten, gebaseerd op bestaande reviews: Bernard and Fine, 1997; Burdorf et al., 1997 en 2003; Hoogendoorn et al., 1999 en 2000; Hartvigsen et al., 2000; Leboeuf et al., 1999 en 2000; Nachemson et al., 2000; Pincus et al., 2002*

Risicofactor	De relatie met lage rugklachten
<b>Leefstijlfactoren</b>	
Overgewicht	+?
Roken	+?
Alcohol	0?
Veel autorijden	+?
Lichamelijke activiteit	+?
Sport	+?
Richtlijn Gezond Bewegen	0?
<b>Werkgerelateerde fysieke belasting</b>	
Handmatig last verplaatsen (vooral tillen, maar ook duwen en trekken)	++
Veelvuldig buigen en draaien	++
Zwaar fysiek belastend werk	+?
Lichaamstrillingen	++
Statische werkhoudingen (zoals langdurig staan of lopen)	+?
Zittend werk	0
Ongemakkelijke houding (bijvoorbeeld een gebogen romphouding van 60° of meer)	+
<b>Werkgerelateerde psychosociale belasting</b>	
Mentale belasting	+?
Ontevredenheid over het werk	++
Hoog werktempo	+?
Gebrek sociale ondersteuning	++?
Geringe mogelijkheden tot ontplooiing/monotoon werk.	++?
Weinig autonomie of controle	?
Psychosociale factoren (algemeen)	
Sociale/emotionele ondersteuning familie/vrienden	?
Misbruik	?
<b>Psychische belastbaarheid</b>	
Depressie, angst, psychologische stress en aanverwante emoties	++
Pijn-overgevoelige persoonlijkheid	0
Persoonlijkheidskenmerken	?
Attitude, cognities (catastroferen), fear-avoidance beliefs	++

\*0 = relatie onwaarschijnlijk, += relatie waarschijnlijk, ++= relatie aanwezig, ? onbekend of tegenstrijdige resultaten. Beoordeling is gebaseerd op de oordelen uit de reviews.

Over de mate waarin statische werkhoudingen, zoals langdurig staan en lopen, een risicofactor zijn voor lage rugklachten lopen de bevindingen erg uiteen, zelfs in de bestaande reviews: er wordt gesproken van onvoldoende bewijs (Bernard and Fine, 1997), voldoende bewijs (Vingård et al., 2000) en tegenstrijdige bevindingen (Hoogendoorn et al., 1999). Vaak wordt gedacht dat ‘zittend werk’ ook een risicofactor is, maar een recente systematische review toont aan dat de uitgebreide epidemiologische literatuur daar geen bewijs voor levert (Hartvigsen et al., 2000).

In toenemende mate wordt onderzocht op welke wijze psychosociale factoren van invloed zijn op het ontstaan en het beloop van lage rugklachten (Pincus et al., 2002). In eerste instantie werden factoren zoals psychosociale stress, angst, depressie, persoonlijkheidskenmerken, eenzaamheid, werkplezier en (gebrek aan) sociale steun in verband gebracht met lage rugklachten en dan met name chronische lage rugklachten en verzuim. Het onderzoek is inmiddels meer ontwikkeld en toegespitst op specifieke werkgerelateerde psychosociale belasting enerzijds en specifieke copingkenmerken anderzijds.

Van de psychosociale risicofactoren in het werk blijken vooral ontevredenheid over het werk en het gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden in het werk samen te hangen met het optreden van rugklachten. Gebrek aan sociale steun van leidinggevendenden of collega's, en aspecten van een hoge werkdruk zijn waarschijnlijk ook van belang. Een belangrijk probleem is echter dat voor de psychosociale aspecten tijdens het werk geen objectieve criteria bekend zijn om de psychosociale belasting in een bepaalde beroepsgroep als (te) hoog te beoordelen.

Ter verklaring waarom bij sommigen mensen wel en bij andere mensen geen chronische lage rugklachten en daarbij behorende beperkingen ontstaan, terwijl de klachten in de acute fase niet verschillen, is recent een psychosociaal verklaringsmodel ontwikkeld (Vlaeyen et al., 2000). Centraal in dit model staat het vermijden van activiteiten als gevolg van angst (kinesiofobie, 'angst voor bewegen'). Geleidelijk de normale activiteiten weer opnemen en zichzelf confronteren met rugbelastende bewegingen bevordert herstel, terwijl excessief vermijden van activiteiten tot een chronisch pijnprobleem leidt. Aan de oorsprong van de vermijding zou de (onterechte) catastrofale veronderstelling van de patiënt liggen dat rugbelastende bewegingen een rugletsel en/of blijvende pijnvermeerdering zullen veroorzaken (catastroferen). Voor diverse populaties is aangetoond dat catastroferen en angst voor bewegen sterke risicofactoren voor chronische lage rugklachten zijn. Bij de behandeling van patiënten met chronische rugklachten wordt deze kennis in toenemende mate meegenomen. Dit psychosociaal model ondersteunt de klinische bevinding dat het advies om zoveel mogelijk actief te blijven en de dagelijkse dingen blijven doen, het beste is voor herstel (Malmivaara et al., 1995).

Samenvattend kan gesteld worden dat er in toenemende mate inzicht verkregen is in de factoren die met het optreden van lage rugklachten samenhangen. Hieruit blijkt dat er niet één factor is aan te wijzen die de problematiek van lage rugklachten verklaart en dat zowel fysieke als psychosociale factoren een rol spelen. Dit betekent dat er geen duidelijk aan te wijzen leefstijlfactoren zijn waarop preventiecampagnes kunnen aangrijpen. Evenmin zijn er duidelijke risicogroepen te identificeren waarop preventiecampagnes zich zouden kunnen richten. Daarnaast wordt in toenemende mate erkend dat het er niet alleen om gaat te voorkomen dat mensen klachten krijgen, maar ook om te voorkomen dat klachten chronisch worden en het dagelijkse leven sterk gaan beïnvloeden, bijvoorbeeld door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

### 1.3 Nieuwe inzichten in de behandeling en preventie

Er zijn veel behandelingen gericht op lage rugklachten beschikbaar. Er is tevens een grote variatie van behandelingen tussen specialismes, binnen de verschillende medische beroepsgroepen en tussen landen. Tevens zijn er veel behandelingen beschikbaar via de arbozorg, die onder meer gebruik maakt van de vele honderden (commerciële) bedrijven gericht op de preventie van verzuim en snelle reïntegratie, vooral op het gebied van rugklachten en RSI-gerelateerde klachten.

De afgelopen 10 jaar zijn er veel nieuwe inzichten verworven over de behandeling van lage rugklachten. Bedrust bleek onder meer eerder een negatief dan een positief effect te hebben (zowel voor aspecifieke rugpijn als voor radiculair syndroom) (Waddell et al., 1997, Malmivaara et al., 1996). Er kwam een nieuw beleid dat gericht was op vroege activering waarbij centraal staat de normale bezigheden zoveel mogelijk te continueren - ondanks de aanwezigheid van rugklachten (Hilde et al., 2002, Hagen et al., 2000, Waddell et al., 1997). Hulpmiddelen hierbij zijn pijnstillers en gedragsbeïnvloeding: er is tegenwoordig veel aandacht voor de manier waarop mensen met een pijnklachten kunnen omgaan (coping). Daaraan wordt gewerkt binnen de bedrijfsgezondheidszorg (doel: snelle reïntegratie in het werkproces) en de revalidatie, waarbij de doelgroep chronische pijnpatiënten zijn.

De nieuwe behandelingsadviezen zijn inmiddels in vele monodisciplinaire richtlijnen (voor huisartsen, arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen en fysiotherapeuten) verwerkt en er is een multidisciplinaire CBO<sup>1</sup>-richtlijn (CBO 2003) gereed. De CBO-richtlijn die in 2003 is uitgekomen betreft de richtlijnen in de zorg voor aspecifieke rugpijn, waarbij alle bevindingen uit de wetenschappelijke onderzoeksliteratuur over behandelingen bij rugklachten zijn meegenomen en in het bijzonder die van de 'Cochrane Collaboration on systematic reviews'. De belangrijkste boodschappen zijn:

- actief blijven
- bedrust vermijden
- kortdurend gebruik pijnstillers
- eventueel oefentherapie
- géén beeldvormend onderzoek of operatie
- veel behandelingen worden expliciet niet aanbevolen

*Schema 2: Gezondheidszorgwerkers die zich bezighouden met lage rugklachten*

HUISARTS
BEDRIJFSARTS
VERZEKERINGSARTS
ORTHOPEDISCH CHIRURG
NEUROLOOG
NEUROCHIRURG
REUMATOLOOG
ANESTHESIOLOOG
RADIOLOOG
CHIROPRACTER
MANUEEL THERAPEUT
FYSIOTHERAPEUT
MENSENDIECK-THERAPEUT
CESAR-THERAPEUT
PSYCHOLOOG

<sup>1</sup> Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO zet zich in voor verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)



Om inzicht te verkrijgen in de mogelijke knelpunten bij de implementatie van deze richtlijnen is er in 2002 een studie uitgevoerd (Engers et al., 2002). Deze studie bestond uit een enquête bij bijna 1000 verschillende gezondheidszorgwerkers die te maken krijgen met patiënten met lage rugklachten (zie schema 2).

De grootste knelpunten bij de invoering van de CBO-richtlijn zullen volgens deze studie vermoedelijk worden gevonden bij

- het advies om géén beeldvormend onderzoek (zoals röntgenfoto, MRI) uit te voeren;
- het niet adviseren van bedrust, massage, manipulatie en andere behandelingen.

Zowel in de richtlijn als in de knelpunten analyse wordt gemeld dat implementatie van de richtlijn pas mogelijk is als patiënten meewerken en dat voorlichting aan het publiek dit kan ondersteunen. Goede voorlichting in de huisartsenpraktijk is daarbij van belang en effectief (Burton et al., 1999; Roberts et al., 2002) en kan verder ondersteund worden door een voorlichtingscampagne gericht op de gehele bevolking, inclusief patiënten, artsen, paramedici en werkgevers.

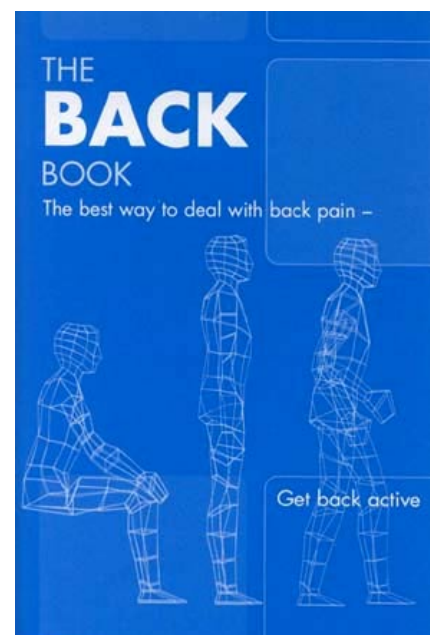
## 1.4 Een multimedia campagne gericht op lage rugpijn: het Australische voorbeeld

Een campagne onder de titel ‘Low back pain: don’t take it lying down’ is in 1997-1999 uitgevoerd in de staat Victoria, een zuidelijke staat in Australië met circa 4,3 miljoen inwoners. Het was een multimedia campagne die bestond uit prime-time televisiespotjes, radiospotjes, bill boards langs snelwegen en tijdschriften advertenties. In de hoofdrol van deze advertenties fungeerde een orthopedisch chirurg, huisarts of fysiotherapeut, en sport- en andere locale beroemdheden. Deze multimedia campagne was een aanvulling op verspreiding van behandelrichtlijnen voor de huisarts en verspreiding van ‘The Back Book’, zie verder.

Deze campagne werd uitgevoerd door de zogenaamde WorkCover Authority, de organisatie die in Victoria verantwoordelijk is voor de uitvoering van de wettelijke regelgeving rondom de gezondheid van de werkende bevolking in het bijzonder voor het ziekteverzuim, de arbeidsongeschiktheid en beroep op gezondheidszorgvoorzieningen.

De boodschap die werd uitgedragen was gebaseerd op ‘The Back Book’ (Roland et al., , zonder jaar), waarin de nieuwste medische inzichten op patiëntvriendelijke wijze staan verwoord.

Er was gekozen voor een multimedia campagne gericht op de gehele bevolking, dus inclusief patiënten, toekomstige patiënten, medische professionals, werkgevers, partners van patiënten, omdat (Buchbinder et al., 2001a, 2001b, 2001c):



- het uitdragen van de boodschap over lage rugklachten vooral veel waarde heeft wanneer die *op tijd* ingezet wordt, d.w.z. tijdig na het ontstaan of zelfs voor het ontstaan van rugklachten.
- het op dit moment niet mogelijk is om te voorspellen welke patiënten een ongunstige prognose hebben. Als dergelijke hoog risico groepen wel zijn te identificeren dan kan een preventiecampagne daarop gericht zijn. Is dat niet mogelijk *en* is het een veelvoorkomend gezondheidsprobleem dan is het beter de gehele doelgroep – met andere woorden de hele bevolking- te benaderen.
- een dergelijke populatie benadering zowel het gedrag van artsen (waaronder het beter uitvoeren van richtlijnen) als de attitude van patiënten beïnvloedt.

#### **Multimediacampagne tegen lage rugklachten in Australië: de boodschap**

- positief advies om actief te blijven en oefeningen te doen, niet langdurig inactief te zijn of bedrust te houden, aan het werk te blijven.
- stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid om beter te worden en je ‘beter te leren redden’
- lichamelijk actief zijn en werken veroorzaken geen schade, medisch onderzoek is vaak niet zinvol, een operatie hoeft niet het antwoord te zijn.

#### **Evaluatie van een preventiecampagne in Australië**

De campagne in Victoria was niet alleen uniek in de vorm en de omvang van het project, maar was ook uniek omdat er een uitgebreide evaluatiestudie werd verricht om de effecten van de campagne te kwantificeren (Buchbinder et al., 2001a, 2001b en 2000c). De evaluatie van de campagne was gebaseerd op:

- een evaluatie van attitudes van mensen in de algemene populatie
- een survey onder huisartsen naar kennis over de behandelrichtlijn en het verwijsgedrag
- de registratie van zorgkosten en van verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Deze evaluatie toonde aan dat de campagne succesvol was in:

- het ‘de-medicaliseren’ van een public health probleem
- het verminderen van de lastendruk op huisarts en specialist
- het mensen beter in staat stellen met pijnklachten om te gaan (empowerment)
- het verminderen van kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Australië: resultaten in kwantitatieve termen:

- opvattingen over (de behandeling van) rugpijn bij mensen in de algemene bevolking veranderde in gunstige zin bij meer dan 10% en was onveranderd in de controle staat
- huisartsen in Victoria rapporteerden een lagere neiging om door te verwijzen naar uitgebreidere medische onderzoeken (die vaak onnodig zijn)
- aantoonbaar effect op de rugpijn-gerelateerde aanspraken op verzuim en ziektekosten. De medische kosten voor rugpijn daalden met 25%. Hierbij werden de cijfers van het derde jaar waarin de campagne liep vergeleken met het jaar vóór de campagne. Het

ziektverzuim daalde in diezelfde periode én het aandeel van lage rugklachten in het verzuim werd veel minder. Als gevolg daarvan daalde het aantal verzuimdagen als gevolg van lage rugklachten met 15%.

Door het aansprekende succes van deze campagne zijn er in diverse landen initiatieven ontplooid om eveneens een dergelijke campagne uit te voeren. In Schotland (zie bijlage 2) is inmiddels een vergelijkbare campagne uitgevoerd waarbij tevens intensief gebruik is gemaakt van een website. In Noorwegen zijn fondsen verkregen van het Noorse Ministerie van Gezondheid om een pilot-project uit te voeren.

In dit rapport wordt ingegaan op de vraag of een dergelijke campagne een zinvolle investering zou zijn voor de Nederlandse situatie.

## 1.5 De vraagstelling van dit rapport

Uit het voorafgaande is naar voren gekomen dat:

- lage rugklachten een groot en belangrijk volksgezondheidsprobleem vormen
- er geen duidelijk aan te wijzen hoog risicogroepen of leefstijlfactoren zijn waarop preventiecampagnes kunnen aangrijpen
- het er niet (alleen) om gaat om te voorkomen dat mensen klachten krijgen, maar om te voorkomen dat klachten chronisch worden en het dagelijks leven sterk gaan beïnvloeden
- de implementatie van richtlijnen voor de behandeling van lage rugklachten, zoals de multidisciplinaire richtlijn van het CBO (CBO, 2003), grote baat heeft bij voorlichting van het publiek
- een multimedia preventiecampagne in Victoria/Australië aantoonbare gunstige effecten had in de attitude bij algemene publiek én artsen, en kostenbesparende effecten voor verzuim, arbeidsongeschiktheid en beroep op de gezondheidszorg.

Er is dus alle reden om na te gaan wat de gezondheidswinst zou kunnen zijn indien in Nederland geïnvesteerd zou worden in een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugklachten, bijvoorbeeld via een intensieve Postbus 51 campagne.

### Vraagstelling

Stel dat er in Nederland een multimedia publiekscampagne gericht op lage rugpijn wordt uitgevoerd, wat levert dat dan op?



## 2. Methode

Om een indruk te krijgen van de potentiële gezondheidswinst van een multimedia campagne gericht op de preventie van (chronische) lage rugpijn is de volgende methodiek gehanteerd. Ten eerste is de ziektelast oftewel ‘burden’ van lage rugpijn in kaart gebracht: wat is de prevalentie van lage rugklachten?; Wat is het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen ten gevolge van lage rugklachten? en Wat is het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid ten gevolge van lage rugklachten?

De tweede stap is het kwantificeren van het potentiële effect van een publiekscampagne op deze verschillende ziektelastparameters. Afhankelijk van de ziektelastparameter zal daarbij gebruik gemaakt worden van de evaluatie van de reeds gevoerde campagnes in het buitenland (Australië: reeds beschikbaar, Schotland: in de maak), determinantenonderzoek en de omvang van implementatie van richtlijnen. Voorzover mogelijk zullen deze potentiële winstgegevens worden uitgedrukt in geld.

Zoveel mogelijk is gebruik gemaakt van gegevens uit het jaar 2000. Indien die gegevens niet aanwezig waren, zijn de meest recente gegevens gebruikt en zijn deze vertaald naar het jaar 2000.

### 2.1 Kwantificeren van de omvang van de ‘burden’ van lage rugklachten

Wat willen we bereiken met een preventiecampagne?

- Minder mensen last van hun rug (prevalentie van lage rugklachten)
- Minder (onnodig) beroep op de gezondheidszorg
- Minder ziekteverzuim
- Minder arbeidsongeschiktheid.

Op al deze aspecten zal het potentiële effect van een preventiecampagne worden gekwantificeerd. Daarvoor zullen verschillende gegevensbronnen worden gebruikt (schema 3).

*Schema 3 Overzicht gebruikte gegevensbronnen*

Benodigde informatie	Gegevensbronnen
- prevalentie lage rugklachten	MORGEN, KAB
- gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen	MORGEN, KAB, NS-II, externe data
- ziekteverzuim	MORGEN, KAB, externe data
- arbeidsongeschiktheid	KAB, externe data

Het MORGEN-project en de KAB-studie zijn twee epidemiologische studies betreffende de algemene Nederlandse bevolking (dus niet alleen werkenden of personen werkzaam in een bepaald bedrijf), waarin gegevens over het voorkomen van lage rugklachten zijn verzameld.

**MORGEN** staat voor **MO**nitoring **Risicofactoren** en **GE**zondheid in Nederland en betreft een cross-sectionele studie bij ruim 22 duizend personen van 20-59 jaar wonend in Amsterdam,

Doetinchem of Maastricht. De studie werd uitgevoerd in de jaren 1993-1997 door het RIVM en metingen werden verricht met vragenlijsten en lichamelijk onderzoek. Het MORGEN project vormt tevens de basis voor vervolgstudies in Doetinchem en Maastricht.

De **KAB**-studie is een landelijke studie naar Klachten en Aandoeningen van het Bewegingsapparaat op basis van postenquêtes en werd in 1998-1999 verricht door het RIVM in samenwerking met het CBS. Een voor leeftijd en geslacht gestratificeerde steekproef van Nederlanders van 25 jaar en ouder werd benaderd en 3664 personen retourneerden de ingevulde vragenlijst. Na 6 maanden werd ook een vervolgstudie uitgevoerd bij personen die daarvoor toestemming hadden gegeven.

Voor de KAB-studie en het MORGEN-project is de respons rond de 50%. Dit is een gebruikelijk percentage bij dit soort onderzoek. Wat betreft demografische kenmerken komen de respondenten overeen met de gemiddelde Nederlandse bevolking. Over het algemeen zijn in dit soort studies mensen in instellingen, mensen met ernstige andere ziekten en allochtonen ondervertegenwoordigd. Verder is bekend dat aan een postenquête (KAB-studie) vaak wat minder mensen met een laag opleidingsniveau meedoen.

In de KAB-studie en het MORGEN-project zijn bij mensen met lage rugklachten gegevens verzameld over het verzuim in een aantal globale categorieën. Met deze cijfers kan het aantal verzuimdagen als gevolg van lage rugklachten worden geschat. Hierbij wordt gerekend dat minder dan een week werkverzuim gemiddeld 2 dagen betreft, 1-4 weken gemiddeld tien verzuimdagen en voor meer dan 4 weken is gerekend met 40 verzuimdagen.

De **Tweede Nationale Studie (NS II)** is een landelijk onderzoek onder 104 huisartspraktijken (165 fte huisartsen) met een totale praktijkpopulatie van 395.000 personen (Schellevis et al., 2003). De gegevensverzameling betreft ondermeer een contactregistratie en een patiëntenenquête uitgevoerd in de periode 2000-2002. Hier worden gegevens uit de contactregistratie gepresenteerd, die reeds gepubliceerd zijn in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

De incidentie- en prevalentiecijfers in het Kompas zijn gebaseerd op de contactregistratie. Bij de prevalentiecijfers zijn ook de patiënten meegeteld waarbij de huisarts enkel een ICPC-code bij een verwijzing registreerde (in 1% van de contacten) of bij een (herhaal)recept voor medicatie (in 9% van de contacten).

Voor het Kompas zijn de gegevens van 96 van de 104 huisartspraktijken die deelnamen aan de Tweede Nationale Studie gebruikt. Bij deze praktijken waren 376.000 personen ingeschreven. Van elke ziekte-episode is de meest uitgekristalliseerde diagnose geregistreerd. Er is gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Deze classificatie bevat ruim 700 codes, en zowel codes voor ziektediagnosen als klachten en symptomen.

### **Externe bronnen voor gebruik gezondheidszorg**

In deze studie gaat het om inzicht te verkrijgen in dat deel van de Nederlandse gezondheidszorg dat is toe te schrijven aan lage rugklachten.

Er zijn verschillende registraties en andere gegevensbronnen beschikbaar over de zorgsectoren. Recent zijn alle beschikbare gegevens bijeengebracht in de Kosten van Ziekten Studie (Polder et al., 2002). Daarin zijn voor alle zorgsectoren de kosten toegewezen aan verschillende diagnosegroepen, via een zogenaamde topdown-benadering. Deze gegevens zijn gevat in meer dan 400.000 tabellen die te vinden zijn op de website [www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl). Deze gegevens zijn gebruikt om inzicht te verkrijgen in het zorggebruik toe te schrijven aan lage rugklachten. Voor de Kosten van Ziekten Studie is gebruik gemaakt van de diagnose categorie dorsopathieën oftewel nek- en rugklachten. Om een schatting te maken van het deel dat aan lage rugklachten is toe te schrijven is een correctiefactor gehanteerd die gebaseerd is op de verhouding tussen de prevalentie van nekklachten en lage rugklachten in de bevolking. Daarvoor is de gemiddelde verhouding genomen van de 1-jaars periode prevalentie, de puntprevalentie en de prevalentie van chronische klachten. Lage rugklachten komen iets vaker voor dan nekklachten. De correctiefactor is 0,58, dat wil zeggen: alle kosten toegeschreven aan dorsopathieën zijn voor 58% voor rekening van de lage rugklachten.

Een aanvullende correctie is aangebracht door de jaarlijkse stijging van de kosten in de gezondheidszorg. De totale kosten van de gezondheidszorg volgens indeling CBS (Statline) is 31.092 miljoen in 1999 en 33.043 miljoen in 2000, een stijging van 6%.

Registratiegegevens over de omvang van specifieke beeldvormend onderzoek (röntgenfoto, MRI, CT-scan) zijn niet beschikbaar. De contactregistratie van de Tweede Nationale Studie kan gegevens leveren over de omvang van de deze diagnostiek zoals aangevraagd door de huisarts, deze gegevens zijn echter nog niet openbaar. Informatie over rugoperaties zijn wel beschikbaar, rond de 30.000 hernia operaties per jaar, maar zijn in dit geval niet meegenomen bij de kosten omdat een hernia behoort tot de specifieke lage rugklachten.

### **Externe bronnen voor gegevens ziekteverzuim**

In de huidige registraties voor ziekteverzuim zijn geen diagnosespecifieke gegevens opgenomen. De meest recente gegevens stammen uit 1994 toen in het kader van de Ziektewet, het ziekteverzuim werd gemeld aan de uitvoeringsinstellingen. Het College van Toezicht Sociale Verzekeringen publiceerde diagnosestatistieken. In 1994 werden 85,5 miljoen verzuimde kalenderdagen geregistreerd, waarvan 8,7% (7,2 miljoen dagen) voor specifieke rugklachten: CAS codes 722 en 724, respectievelijk 'discopathie' en 'overige niet gespecificeerde rugklachten'.

Dit gegeven is als volgt gebruikt om een schatting te krijgen van de verzuimde werkdagen als gevolg van lage rugklachten in de Nederlandse bevolking anno 2000.

Hiervoor is eerst het totaal aantal verzuimde werkdagen in het jaar 2000 geschat op basis van:

- de omvang van de beroepsbevolking (6.788 duizend (CBS Statline));
- het gemiddelde verzuim percentage van particuliere bedrijven in 2000, (5,5%, wat lager is dan het cijfer bij de overheid en dus een conservatieve schatting geeft);
- een correctie voor weekenden per jaar (x260/364) en

- een correctie voor deeltijdwerk. De correctie voor deeltijdwerk (bron: CBS Statline) is gebaseerd op de verdeling over de werkuren per week. De urenverdeling over 12-19 u/w, 20-34 u/w en 35+ u/w was voor mannen respectievelijk 2,5%, 9,8% en 87,7% en voor vrouwen respectievelijk 17,4%, 45,0% en 37,6%.

Vervolgens wordt er van uitgegaan dat het aandeel van lage rugklachten in de verzuimde werkdagen in 2000 hetzelfde is als die van 1994, dat wil zeggen 8,7%.

Om een indruk te krijgen van de kosten die gepaard gaan met de verzuimde werkdagen zijn de gemiddelde loonkosten per werkdag gebruikt, die gebaseerd zijn op het gemiddelde jaarloon van mannen en vrouwen in 2000 met een correctie voor deeltijd om de kosten per werkdag te krijgen (CBS statline). Dit komt neer op een €124 per werkdag voor mannen en €76 per werkdag voor vrouwen. Voor een gemiddelde werknemer kan gerekend worden met €103, een (voor de omvang van de beroepsbevolking) gewogen gemiddelde van mannen en vrouwen.

### **Externe bronnen voor gegevens arbeidsongeschiktheid**

Vrijwel de gehele werkende bevolking is verzekerd volgens een van de drie wetten over arbeidsongeschiktheid, WAO, WAZ en Wajong. Het UWV<sup>2</sup> publiceert deze gegevens periodiek en er worden thematische publicaties vervaardigd, zoals de gegevens naar geregistreerde diagnose. Het meest recente jaartal waarvoor gedetailleerde diagnose gegevens zijn gepubliceerd is 1999 (LISV 1999).

Hieruit zijn de gegevens gebruikt van de nieuwe arbeidsongeschikten voor de diagnose lage rugklachten: wervelkolom en ongespecificeerde lage rugpijn.

## **2.2 Kwantificeren van het potentiële effect van een preventiecampagne**

Om een kwantitatieve schatting te geven van het potentiële effect van een preventiecampagne is gebruik gemaakt van de kwantitatieve bevindingen uit Australië, van Nederlands determinanten onderzoek en kwantitatieve gegevens uit onderzoek naar de implementatie van richtlijnen in Nederland.

**Australië: resultaten in kwantitatieve termen:** (Buchbinder et al., 2001a, 2001b, 2001c)

- Opvattingen over (de behandeling van) rugpijn veranderde in gunstige zin bij meer dan 10% en was onveranderd in de controlestaat.

Dit cijfer van 10% is in combinatie met bevindingen over het determinantenonderzoek in Nederland toegepast op de gegevens over chronische rugpijn in Nederland. Zie verder bij het determinanten onderzoek, volgende paragraaf.

- Er was een aantoonbaar effect op het patroon van rugpijn gerelateerde aanspraken op verzuim en ziektekosten. De medische kosten voor rugpijn daalde met 25%. Het aantal



verzuimdagen ten gevolg van lage rugklachten daalde met 15%. Deze reducties werden gevonden in het derde jaar na de start van de campagne, in vergelijking met de periode van voor de campagne.

De effecten van de reductie in medische kosten (25%) worden toegepast op de geschatte medische kosten als gevolg van lage rugpijn in Nederland voor het jaar 2000. Voor verzuim werd een reductie van circa 15% gevonden. In Australië wordt geen onderscheid gemaakt in verzuim langer en korter dan een jaar. In Nederland viel - althans tot voor kort - het verzuim langer dan een jaar onder de arbeidsongeschiktheidswet. De reductie van het verzuim vanwege lage rugklachten van 15% passen wij toe op de verzuimdagen die toegeschreven worden aan lage rugklachten in 2000 en op de *nieuwe* instroom van de arbeidsongeschiktheid ten gevolge van lage rugklachten in het jaar 2000.

De in Australië gevonden winst werd geëvalueerd over een periode van circa 3 jaar. De potentiële winst waarvan in dit rapport een indruk wordt gegeven drukt die winst uit alsof het jaar 2000 het derde jaar was na de start van de campagne in Nederland.

### **Determinantenonderzoek**

Vaak is gesuggereerd dat de opvattingen die mensen kunnen hebben over het omgaan met rugklachten en de behandeling van rugklachten sterk het beloop van klachten kunnen beïnvloeden. Recent onderzoek heeft tevens laten zien dat veel van die opvattingen mythes waren. Eén van die misplaatste opvattingen is gerelateerd aan pijngedrag, het pijn catastroferen (zie ook paragraaf 1.2) en de angst voor bewegen (kinesiofobie). In een Nederlandse prospectieve studie is aangetoond dat mensen die een hoge mate van catastroferen hadden en/of angst voor bewegen, een verhoogde kans ( $OR^3=1,7$ ) hadden op chronische rugpijn na een half jaar (Picavet et al., 2002). In de Australische campagne is aangetoond dat het voorkomen van dergelijke opvattingen met 10% kon worden gereduceerd. De nog niet gepubliceerde gegevens van de evaluatie van de preventiecampagne uit Schotland laten eveneens grote effecten zien op de opvattingen over rugpijn (Waddell, persoonlijke mededeling). Met bovenstaande gegevens is berekend wat het effect op de prevalentie van chronische lage rugklachten zou zijn als de aanwezigheid van catastroferen en kinesiofobie met 10% gereduceerd zouden kunnen worden.

### **Implementatie van richtlijnen**

Een substantieel deel van het effect van de Australische preventiecampagne gericht op lage rugklachten loopt door middel van de ondersteuning van de implementatie van de medische richtlijnen. De winst die te behalen is, hangt af van de mate waarin de richtlijnen in de praktijk worden nageleefd. Zoals eerder gemeld worden er door de beroepsgroepen zelf behoorlijk wat knelpunten bij de implementatie van richtlijnen genoemd.

Twee recente studies uit Nederland geven enige informatie over de naleving van richtlijnen: de studie naar de implementatie van de KNGF-richtlijn<sup>4</sup> van Bekkering et al. (2003) en een onderzoek naar de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen van Faber et al. (2003).

---

<sup>2</sup> Uitvoering WerknemersVerzekeringen

<sup>3</sup> OR staat voor odds ratio, een statistische associatiemaat

<sup>4</sup> KNFG= Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Het onderzoek naar de implementatie van de KNFG-richtlijn werd uitgevoerd bij 113 fysiotherapeuten en 500 patiënten. Werken volgens de richtlijn levert vermindering van het gemiddeld aantal behandelsessies op, van 10 naar 8,6. Implementatie van de richtlijnen kan dus een vermindering van 14% van het gebruik van de fysiotherapeut als gevolg van lage rugklachten geven. Als grootste knelpunt werd in deze studie gemeld dat patiënten te vroeg naar de fysiotherapeut worden doorverwezen. Uit het onderzoek naar de samenwerking van bedrijfsartsen en huisartsen (Faber et al., 2003) werd onder meer vastgesteld dat nog opvallend veel patiënten worden doorverwezen voor röntgenfoto's, terwijl beeldvormende technieken bij specifieke rugklachten niet informatief zijn en dus worden afgeraden.

In bijgaand schema staat samenvattend weergegeven welke methode is gebruikt bij welke aspecten van de 'burden' van lage rugklachten.

*Schema 4 Overzicht van de gebruikte methoden ter bepaling van de potentiële gezondheidswinst van een preventiecampagne*

Effect op:	Methode kwantificering gezondheidswinst		
	Evaluatie Australie	Determinanten onderzoek	Implementatie richtlijnen
- prevalentie lage rugklachten	x	x	
- gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen	x		x
- ziekteverzuim	x		x
- arbeidsongeschiktheid	x		

## 3. Resultaten

### 3.1 Prevalentie

#### 3.1.1 Omvang van lage rugklachten in Nederland.

Om de omvang van lage rugklachten aan te geven zijn verschillende beschrijvingen beschikbaar. Indien gevraagd wordt of iemand rugklachten heeft gehad gedurende de afgelopen 12 maanden dan antwoordt circa 40-50% (1-jaar periode prevalentie) van de volwassen Nederlandse bevolking bevestigend (tabel 1).

Als bij deze mensen vervolgens wordt gevraagd hoe ze hun klacht zouden typeren, dan blijkt het overgrote deel voortdurende of terugkerende pijn te hebben (tabel 2). Zelden wordt gesproken van een éénmalige klacht (4,8%).

Circa één-vijfde (20%) van de volwassen bevolking rapporteert *chronische* lage rugklachten, dat wil zeggen klachten die langer dan 3 maanden aanwezig zijn. De klachten komen zowel bij mannen als bij vrouwen veel voor (Figuur 1). Tevens komen lage rugklachten bij alle leeftijden veel voor met een lichte piek bij personen van 45-54 jaar, zie figuur 1.

Als we deze cijfers van 1998 vertalen naar de Nederlandse bevolking van 2000 dan kan geschat worden dat 1.142.000 mannen en 1.227.400 vrouwen chronische lage rugklachten hebben, totaal 2.369.400 personen.

*Tabel 1 De prevalentie van lage rugklachten (%) in Nederland op basis van verschillende gegevensbronnen*

	Prevalentie (%)
<b>MORGEN-project<sup>a</sup></b>	
Ooit een aandoening van hardnekkige aard in de rug	17,5
12-maanden periode prevalentie	50,3
Chronische rugklachten	18,4
<b>KAB-studie<sup>b</sup></b>	
12-maanden periode prevalentie	41,6
Puntprevalentie	25,7
Chronische rugklachten	20,8

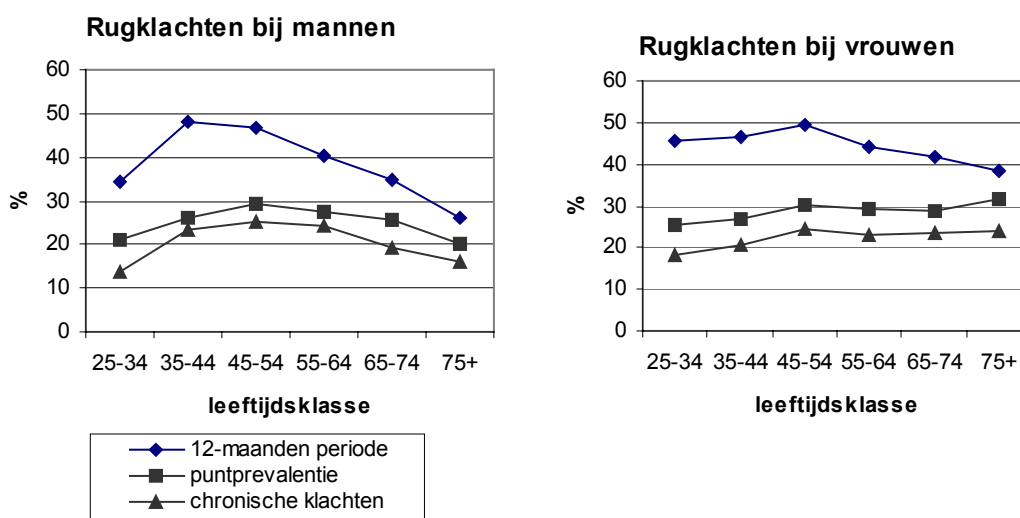
<sup>a</sup>Gestandaardiseerd naar de Nederlandse bevolking van 1995 van 20-59 jaar

<sup>b</sup>Gestandaardiseerd naar de Nederlandse bevolking van 1998 van 25 jaar en ouder

Tabel 2 Beschrijving van het beloop van lage rugklachten bij mensen met lage rugklachten in de KAB-studie<sup>a</sup> (n=1558)

	%
Vrijwel voortdurend ernstige pijn	3,5
Vrijwel voortdurend lichte/zeurende pijn	20,2
Regelmatig of af en toe terugkerende ernstige pijn	15,4
Regelmatige of af en toe terugkerende lichte/zeurende pijn	47,7
Wisselend	8,3
Eenmalige klacht	4,8

<sup>a</sup>Alle personen 25 jaar en ouder die aan de KAB-studie (1998) hebben meegedaan en lage rugklachten in de afgelopen 12 maanden rapporteerden.



Figuur 1: De prevalentie van lage rugklachten bij mannen en vrouwen naar leeftijd (KAB-studie, Picavet et al., 2000)

### 3.1.2 Mogelijk effect preventiecampagne op prevalentie

Uit de Australische evaluatiecampagne bleek dat 10% van de bevolking veranderd was in hun opvattingen over lage rugklachten. Indien in de aan dergelijke opvattingen gerelateerd pijngedrag (angst voor bewegen en pijn catastroferen) door voorlichting een verschuiving van 10% zou kunnen worden gerealiseerd, dan zou de prevalentie van chronische rugklachten afnemen van 20% naar 19%. Dat is een afname van 5%, wat bij ruim 2,3 miljoen Nederlanders met chronische lage rugklachten een reductie van 118 duizend chronische rugpatiënten zou inhouden.

## 3.2 Beroep op gezondheidszorg

### 3.2.1 Omvang van het beroep op de gezondheidszorg

#### Omvang van het zorggebruik als gevolg van lage rugklachten.

Volgens het MORGEN-project had circa 40% van de 50% personen van 20-59 jaar met lage rugklachten een arts geraadpleegd of werd medisch behandeld, dit betreft dus 20% van alle personen van 20-59 jaar (tabel 4). Meer gedetailleerde gegevens zijn afkomstig uit de KAB-studie: de huisarts en de fysiotherapeut worden veelvuldig geraadpleegd, maar tevens wordt vaak contact met een medisch specialist (zoals neuroloog, internist, reumatoloog, bedrijfsarts, chirurg) genoemd.

Op basis van de KAB-studie kan worden geschat dat circa 13% van de bevolking van 25 jaar en ouder over een periode van 1 jaar de huisarts voor lage rugklachten had geraadpleegd. Uit de registraties zijn die cijfers iets lager: de Tweede Nationale Studie laat zien dat 8,8% van de mannen en 11,2% van de vrouwen in een periode van een jaar de huisarts bezoekt vanwege rugklachten (tabel 5). Omgerekend betekent dat, dat jaarlijks circa 1,6 miljoen personen de huisarts raadplegen vanwege lage rugklachten. Uit nog niet gepubliceerde cijfers van de Tweede Nationale Studie blijkt dat mensen dan gemiddeld 2 contacten met de huisarts hebben. Dat levert een schatting op van, 1,6 miljoen vermenigvuldigd met twee, 3,2 miljoen huisartsen contacten als gevolg van lage rugklachten. Cijfers van de KAB studie laten tevens zien dat circa 1 op de 4 mensen met lage rugklachten de fysiotherapeut bezoekt en 1 op de 4 medicijnen gebruikt vanwege lage rugklachten (tabel 4).

*Tabel 4 Medische consumptie (%) als gevolg van rugklachten*

Bij en vanwege rugklachten:	MORGEN <sup>a</sup> N=11.245	KAB <sup>b</sup> N=1558
In de afgelopen 12 maanden een arts geraadpleegd of medisch behandeld	38,9	
In de afgelopen 12 maanden naar de huisarts geweest		32,7
In de afgelopen 12 maanden contact gehad met een specialist		21,0
In de afgelopen 12 maanden bij de fysiotherapeut geweest		26,9
In de afgelopen 12 maanden medicijnen gebruikt		27,0

<sup>a</sup> Alle personen met rugklachten van 20-59 jaar die aan MORGEN-studie (1993-1997) hebben meegedaan

<sup>b</sup> Alle personen met rugklachten van 25 jaar en ouder die aan de KAB-studie (1998) hebben meegedaan

*Tabel 5 Bezoek aan huisartsen met als contact diagnose nek- en rugklachten, in 2000 op basis van Tweede Nationale Studie (NS-II)*

	Mannen	Vrouwen
Percentage	8,8	11,2
Absoluut	689.900	906.600

<sup>a</sup>Gestandaardiseerd naar de Nederlandse bevolking van 2000 (bron: Nationaal Kompas)

### **Omvang in termen van kosten**

Voor het jaar 1999 zijn alle destijds beschikbare gegevensbronnen over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en de onderliggende diagnoses of redenen voor gebruik, integraal bijeengebracht in het kader van de Kosten van Ziekten Studie (Polder et al., 2002). De bijdrage van de verschillende diagnoses aan het gebruik van de gezondheidszorg zijn daarin allemaal uitgedrukt in kosten.

De kosten gemaakt in de gezondheidszorg vanwege lage rugklachten worden voor 2000 geschat op 337,3 miljoen, circa 0,9% van de totale kosten van de gezondheidszorg. Circa 40% van die kosten worden gemaakt in de ziekenhuiszorg en de medisch-specialistische zorg en circa 40% door de eerstelijnszorg (tabel 6).

Binnen de eerstelijnszorg (naar schatting €139,3 miljoen) wordt circa 24,3 miljoen uitgegeven aan lage rugklachten door de huisartsen/gezondheidscentra, dat is 2,1% van alle kosten van de huisarts/gezondheidscentra. Voor de paramedische zorg kan worden geschat dat 14% van alle kosten van de paramedische zorg worden gemaakt vanwege lage rugklachten. Dat is een totaal bedrag van circa 114,9 miljoen euro, waarvan het merendeel voor rekening van de fysiotherapie komt (€103,4).

*Tabel 6 Kosten van de gezondheidszorg toegeschreven aan lage rugklachten (in miljoenen euro 's) Bewerking van cijfers uit [www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl).*

	Absoluut (€)	%
Totaal lage rugklachten	337,3	100%
<i>Naar zorgsector:</i>		
Ziekenhuizorg en medisch specialistische zorg	135,9	40,3%
Eerstelijnszorg	139,3	41,3%
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	31,4	9,3%
Overig <sup>a</sup>	30,4	9,0%

<sup>a</sup>Omvat onder meer kosten voor verzorging en verpleging en beheerskosten

### **3.2.2 Mogelijk effect preventiecampagne op gezondheidszorg**

Het effect van de preventiecampagne op de gezondheidszorg uit zich in een verminderd beroep op de zorg. Indien de reductie in medische kosten zoals gevonden in Australië (25%) wordt toegepast op de totale zorgkosten in Nederland als gevolg van lage rugklachten is dat een besparing van €84,3 miljoen te behalen in het derde jaar na de start van de campagne.

Volgens de inhoud van de richtlijnen zal de specifieke besparing in de zorg zich als volgt kunnen uiten:

- minder beroep op huisarts omdat mensen beter zelf weten om te gaan met de rugklachten en eerder gerustgesteld zijn (25% van 3,2 miljoen contacten geeft 0,8 miljoen minder contacten)
- minder gebruik beeldvormende technieken die vaak onnodig zijn bij specifieke rugklachten
- minder beroep op fysiotherapie, door niet bij (sub)acute rugklachten al te worden doorgestuurd naar de fysiotherapeut en door vermindering van het aantal benodigde consulten indien eenmaal in behandeling (14% reductie in aantal consulten die 14% van het werk bepalen €14,5 miljoen)
- minder beroep op medisch specialisten.

### 3.3 Ziekteverzuim

#### 3.3.1 Omvang van het ziekteverzuim door lage rugklachten

Er zijn twee methoden gehanteerd om een indruk te krijgen van de in het jaar 2000 verzuimde werkdagen ten gevolg van lage rugklachten. Bij de eerste methode werd gebruik gemaakt van extrapolatie van (oude) registratie gegevens de tweede van zelf-gerapporteerd verzuim.

Op basis van de registratiegegevens bedraagt de schatting van het totaal aantal verzuimde werkdagen in het jaar 2000 83,7 miljoen. Daarvan zou 8,7% toe te schrijven kunnen zijn aan lage rugklachten, en dat komt overeen met 7,3 miljoen verzuimde werkdagen als gevolg van lage rugklachten. Vermenigvuldigd met het gemiddelde loon geeft dat een indruk van de ermee gepaard gaande kosten: €752 miljoen.

De zelf gerapporteerde verzuimcijfers laten zien dat ruim 17% van de personen met rugklachten (1-jaar prevalentie) verzuimt vanwege lage rugklachten. Dit cijfer werd zowel in de MORGEN-studie als in de KAB-studie gevonden (tabel 7).

*Tabel 7 Zelfgerapporteerd ziekteverzuim (%) bij mensen met lage rugklachten.*

	MORGEN N=11.245	KAB N=1558
Bij en vanwege lage rugklachten, in afgelopen 12 maanden van werk moeten verzuimen	17,4	17,8
Onder werkende beroepsbevolking (45%) met rugklachten:		
nooit verzuim		76%
minder dan week		8%
1-4 weken		10%
> 4 weken		6%

Indien de verdeling over de omvang van het zelfgerapporteerde verzuim vertaald wordt naar de Nederlandse werkende bevolking (6.788 duizend) dan komt de schatting van verzuimdagen ten gevolg van lage rugklachten in 2000 op 11,1 miljoen dagen. Dit komt overeen met een kostenpost van circa 1,1 miljard euro.

### **3.3.2 Mogelijk effect preventiecampagne op ziekteverzuim**

De preventiecampagne gericht op lage rugklachten is erop gericht om mensen met lage rugklachten zoveel mogelijk hun normale activiteiten, inclusief werk, te laten uitvoeren. Het effect op het ziekteverzuim kan eruit bestaan dat mensen ondanks de aanwezigheid van rugklachten blijven werken en dat mensen bij verzuim sneller dan voorheen weer aan het werk gaan. De campagne in Australië leverde een reductie op van 15% in verzuimdagen toegeschreven aan lage rugklachten. Indien deze wordt toegepast op de de meest conservatieve schatting van verzuimdagen (die op basis van de registratiegegevens) dan zou dat een reductie kunnen geven van 1,1 miljoen verzuimdagen in het derde jaar na de start van de campagne. Uitgedrukt in de gemiddelde loonkosten die daarmee gemoeid zijn komt dat overeen met circa €113 miljoen.

## **3.4 Arbeidsongeschiktheid**

### **3.4.1 Omvang van arbeidsongeschiktheid als gevolg van lage rugklachten**

In 1999 waren er ruim 922.000 geregistreerde arbeidsongeschikten. De kosten in termen van uitkeringen betroffen circa €13 miljard (tabel 8). Voor de rug-gerelateerde aandoeningen (aandoening wervelkolom en rugpijn) zijn dat 128.182 personen, en de daarmee gepaard gaande kosten €1,7 miljard. In 1999 waren er ruim 13 duizend nieuwe arbeidsongeschikten als gevolg van rug-gerelateerde aandoeningen. Dat is circa 10% van het totaal toe te schrijven aan lage rugklachten en dat komt overeen met globaal €170 miljoen.

### **3.4.2 Mogelijk effect preventiecampagne op arbeidsongeschiktheid**

De preventiecampagne gericht op lage rugklachten heeft de bedoeling chronische rugklachten zoveel mogelijk te voorkomen, mensen zoveel mogelijk in staat te stellen hun dagelijkse activiteiten uit te voeren en te voorkomen dat ze arbeidsongeschikt worden. Een preventiecampagne zou kunnen bijdragen aan een verminderde instroom in de WAO en een verhoging van de uitstroom doordat mensen met toegenomen activiteiten méér in staat zijn te werken.



In Australië werd een reductie gevonden van 15%. Indien die wordt vertaald naar een reductie in de nieuwe instroom van arbeidsongeschikten ten gevolg van lage rugklachten in Nederland dan zou dat een kosten reductie opleveren van €25,5 miljoen in het derde jaar na de start van de campagne.

*Tabel 8 Aantallen arbeidsongeschikten en uitgaven op basis van WAO, WAZ en Wajong (LISV)*

	Aantallen arbeids- ongeschikten 1999	Uitgaven 2000	%
Totaal	922.466	€13 miljard	100%
ICD hoofdstuk XIII (Ziekten en aandoeningen van het houdings en bewegingsapparaat)	236.819	€6,5 miljard	25%
Rug-gerelateerde aandoeningen	128.182	€1,7 miljard	13%
Nieuwe arbeidsongeschikten in 1999	106.109		
ICD hoofdstuk XIII (Ziekten en aandoeningen van het houdings en bewegingsapparaat)	25.217		
Rug -gerelateerde aandoeningen	13.130		



## 4. Discussie en conclusie

### 4.1 De bevindingen samengevat

In deze rapportage is de omvang beschreven van de ‘burden’ van lage rugklachten in Nederland en de omvang van de potentiële gezondheidswinst als er in Nederland een multimedia preventiecampagne wordt uitgevoerd zoals in Australië (Victoria).

De bevindingen zijn zoveel mogelijk beschreven in kwantitatieve termen, zie tabel 9. Deze globale kwantitatieve schattingen geven inzicht in de potentiële reductie van de omvang van chronische lage rugklachten, van het gebruik van de gezondheidszorg (in het bijzonder huisarts, fysiotherapeut), van het verzuim en de arbeidsongeschiktheid. De geschatte winst in termen van kosten zou ruim €200 miljoen (222,8 miljoen) kunnen bedragen in het derde jaar na de start van de campagne.

Tabel 9. Samenvatting van de potentiële gezondheidswinst bij de uitvoering in Nederland van een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugklachten: de geschatte cijfers

	<b>Toe te schrijven aan lage rugklachten Situatie 2000</b>	<b>Potentiële verandering door een multimedia preventie campagne</b>	<b>Potentiële gezondheidswinst en kostenreductie</b>
<b>Prevalentie van chronische lage rugklachten</b>	20%	-5%	118 duizend patiënten minder
<b>Gebruik van de gezondheidszorg</b>	€337,3 miljoen	-25%	reductie van €84,3 miljoen
w.v.			
huisarts	3,2 miljoen contacten	-25%	0,8 miljoen contacten minder
fysiotherapie	€103,4 miljoen	-14%	Reductie van €14,5 miljoen
<b>Ziekteverzuim</b>	7,3 miljoen verzuimde werkdagen €752 miljoen	-15%	1,1 miljoen verzuimde werkdagen minder Reductie van €113 miljoen
<b>Arbeidsongeschiktheid (nieuwe uitkeringen)</b>	€170 miljoen	-15%	Reductie van €25,5 miljoen

Deze schattingen geven een indruk van de betekenis die een preventiecampagne gericht op lage rugklachten kan hebben: het is een gezondheidsprobleem dat veel voorkomt en beslag legt op omvangrijke middelen van de samenleving.

Naast deze effecten in kwantitatieve termen kan ook een aantal kwalitatieve effecten worden omschreven:

- Ondersteuning van de implementatie van de CBO-richtlijnen, vooral wat betreft de aanpak van het probleem bij de huisarts: daarbij zal, met behulp van voorlichting aan het publiek, de verwijzing naar aanvullende diagnostiek (zoals röntgenfoto en MRI) en medisch specialistische zorg kunnen verminderen. Cijfers over de omvang van het gebruik van aanvullende diagnostiek, bijvoorbeeld beeldvormende technieken zoals röntgenfoto, CT scan of MRI, ontbreken. In een recente studie werd wel gemeld dat opvallend veel mensen met specifieke lage rugklachten nog worden verwezen voor een röntgenfoto. (Faber, persoonlijke mededeling) Nadere informatie hierover zou verkregen kunnen worden uit de contactregistratie van de huisartsen van de Tweede Nationale Studie.
- Het ‘de-medicaliseren’ van een volksgezondheidsprobleem. Lage rugklachten vormen een gezondheidsprobleem dat niet (alleen) is op te lossen door de gezondheidszorg. Mensen zelf, de gezondheidszorg, de werkplek en de overheid hebben elk hun eigen verantwoordelijkheid om de negatieve gevolgen van lage rugklachten tot een minimum te beperken.
- Het mensen beter in staat stellen met pijnklachten om te gaan (empowerment). Patiënten dienen zich te realiseren dat een ‘magic fix’ van de rugpijn door de medische wereld niet bestaat. Patiënten kunnen er veel zelf aan doen om lichamelijke beperkingen en ziekteverzuim van lage rugklachten te beperken. Sterker nog: zoveel mogelijk doorgaan met normale dagelijkse bezigheden versnelt ook het herstel.

## 4.2 Kanttekeningen

Met diverse onderzoeksgegevens is inzicht gegeven in de omvang van de potentiële gezondheidswinst indien in Nederland een multimedia campagne gericht op lage rugklachten (Buchbinder et al., 2001a, 2001b, 2001c) wordt uitgevoerd. Benadrukt dient te worden dat met de beschikbare gegevens uit diverse bronnen een indruk is verkregen van de omvang van de problematiek van lage rugklachten en van de winst die te behalen zou kunnen zijn als de winst die in Australië gevonden is, ook voor de Nederlandse situatie zou opgaan. Hierbij dienen diverse kanttekeningen te worden geplaatst, waarmee rekening dient te worden gehouden bij de interpretatie van de bevindingen.

- Vergelijkbaarheid Australië en Nederland. Nederland en Australië zijn natuurlijk verschillende landen met een andere cultuur, een ander wet- en regelgeving omtrent ziekteverzuim, een andere medische cultuur en dergelijke. De omvang van lage rugklachten blijkt in beide landen vergelijkbaar hoog (Buchbinder: persoonlijk

mededeling). Uiteraard is Nederland enkele jaren verder in de productie en verspreiding van behandelingsrichtlijnen met betrekking tot lage rugklachten. Mogelijk heeft de implementatie van richtlijnen inderdaad effect en stond Australië nog aan het begin, terwijl we inmiddels in Nederland al een eind op weg zijn. Overigens bleek de implementatie van richtlijnen gericht op lage rugklachten ook in Australië reeds gestart vóór de start van de campagne. Tevens blijkt de implementatie van richtlijnen in Nederland nog diverse barrières te kennen, zoals uit de diverse studies blijkt. Australië heeft natuurlijk ook een andere historie op het terrein van grootschalige voorlichtingscampagnes. Zo blijken hun anti-rook campagnes veel agressiever dan wat wij gewend zijn. Tevens hebben ze daar ook op het terrein van de preventie van huidkanker veel grootschalige campagnes gehad (in verband met de grote omvang van UV-straling aldaar): met behulp van de Slip!Slap!Slop!-campagne stimuleerden ze het gebruik van kleding in de zon ('SLIP on a shirt'), het gebruik van een hoofddekse ('SLAP on a hat') en het gebruik van zonnecrème ('SLOP on some sunscreen').

- Toeschrijving van directe kosten: de zorgkosten. Met gebruik van een enorme hoeveelheid gegevensbronnen is in de Kosten van Ziekten Studie de zorg-euro ontrafeld. Niettemin kleven er diverse beperkingen aan deze studie. Zo blijkt een groot deel van de kosten niet toeschrijfbaar aan diagnoses en een deel daarvan kan worden veroorzaakt door lage rugklachten. Lage rugklachten worden vaak als symptoom gezien en niet geduid als diagnose. De huidige cijfers geven daarom waarschijnlijk een onderschatting. In de Kosten van Ziekten Studie is uitgegaan van een zogenaamd topdown-benadering om de zorgkosten aan ziekten toe te schrijven. Een dergelijke benadering levert altijd veel lagere schattingen van de kosten dan de zogenaamde bottomup-benadering (Polder et al., 2002)
- De kosten voor verzuim en arbeidsongeschiktheid zijn in dit rapport uitgedrukt in kosten van respectievelijk loonkosten en de uitkeringen. Op die manier krijg je een indruk van de indirecte kosten van lage rugklachten volgens de zogenaamde Human Capital-methode. Een ander methode, de zogenaamde frictiekostenmethode (Koopmanschap et al., 1995) houdt tevens rekening met het feit er na een 'frictie-periode' substitutie van arbeid kan plaatsvinden en dat daarmee dus uitgaven in het kader van de werkloosheidsuitkeringen worden verminderd (het zijn natuurlijk communicerende vaten, dus minder arbeidsongeschikten doet de werkloosheid stijgen). Aan de andere kant wordt door het bedrijfsleven aangegeven dat de verzuimkosten voor hen vaak veel hoger zijn dan het door te betalen loon, er wordt zelfs gesproken van 2 maal zoveel kosten (Fundum, 2001).
- Diagnosecategorieën. In veel gegevensbronnen zijn géén eenduidige diagnose categorieën gehanteerd. Zo is er zelden een onderscheid tussen specifieke en aspecifieke lage rugklachten te maken en worden in diverse gegevensbronnen nek-en rugklachten samengenomen.
- Cijfermateriaal is beperkt. De schatting van de omvang van de 'burden' van lage rugklachten in Nederland is gebaseerd op divers cijfermateriaal, dat als vrij globaal kan worden aangeduid. Dit geldt met name voor de cijfers over ziekteverzuim en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en de schattingen met betrekking tot de kosten. Dat betekent niet dat de omvang van het gezondheidsprobleem daardoor ter discussie staat. Maar voor nauwkeuriger én continu inzicht dient verder in cijfermateriaal geïnvesteerd te

worden. Dat geldt in de eerste plaats voor verzuimgegevens en de achterliggende diagnoses, die nu geheel ontbreken.

- Onderschatting of overschatting: voor de schatting van dat deel van de ‘burden’ van lage rugklachten waar een effect van een campagne op zou kunnen aangrijpen is steeds van een conservatieve, dat wil zeggen, laagste schatting uitgegaan. Dit houdt in dat er eerder sprake is van een onderschatting dan van een overschatting van het mogelijke effect in absolute termen.
- Beschikbaar cijfermateriaal. Sommig cijfermateriaal is wel reeds verzameld maar nog niet beschikbaar. Zo zijn we in afwachting van aanvullende cijfers van de Tweede Nationale Studie.
- Gehanteerde methodiek. Diverse gegevens vanuit verschillende bronnen zijn gecombineerd om inzicht te verkrijgen in de omvang van de te behalen gezondheidswinst van de investering in een preventiecampagne. Deze wijze van combineren van gegevens heeft de bedoeling om beleidsbeslissingen over preventieve interventies cijfermatig te ondersteunen. Deze methodiek dient verder ontwikkeld te worden. Investerings in deze methodiek zullen afhankelijk zijn van de beoordeling van de bruikbaarheid van de bevindingen.
- Arbozorg, reïntegratiebedrijven, verzuim. Er zijn enorme ontwikkelingen in de commerciële sector om mensen zo snel mogelijk weer het werk te krijgen bij ziekteverzuim. Deze bedrijven richten zich bijvoorbeeld op rugscholing, waarvoor onder bepaalde voorwaarden gunstige resultaten worden bereikt. Een multimedia campagne kan dit ondersteunen, kan tevens eerder in het proces aangrijpen en kan groepen bereiken die niet voorzien zijn van arbo en reïntegratie zorg, zoals jongeren, ouderen, huisvrouwen en andere groepen in de samenleving die niet tot de werkende bevolking horen.
- Het jaar 2000. Er zijn zoveel mogelijk cijfers van het jaar 2000 gebruikt. Inmiddels zijn we in 2003 aangeland en bij de uitvoering van de campagne zullen pas effecten in 2004, 2005 gevonden kunnen worden. Er is bij de berekening van de potentiële gezondheidswinst geen rekening gehouden met trends in diverse cijfers.
- Autonome ontwikkelingen. Een aantal autonome ontwikkelingen kan het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid beïnvloeden. Zo blijkt ondermeer dat in de periode van 2000-2003 het ziekteverzuim en de instroom in de arbeidsongeschiktheid gedaald is. Dit kwam vermoedelijk tot stand door veranderende wet- en regelgeving.

### 4.3 Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport zijn diverse gegevens gepresenteerd waarmee inzicht wordt gegeven in de omvang van de potentiële gezondheidswinst indien in Nederland een multimedia preventiecampagne gericht op lage rugklachten wordt uitgevoerd.

De geschatte opbrengst in termen van kostenreductie kan in het derde jaar na de start vna de campagne oplopen tot ruim €200 miljoen. Dit is een optelsom van de winst in zorgkosten (€84 miljoen), van verzuimkosten (€113 miljoen) en arbeidsongeschiktheidskosten (€25

miljoen). Deze opbrengst in termen van kosten dient vanwege allerlei kanttekeningen als indicatief cijfer te worden gezien.

De belangrijkste kanttekeningen hebben betrekking op de mate waarin de in Australië behaalde winst vertaalbaar is naar de Nederland situatie, het beperkte cijfermateriaal in Nederland over ziekteverzuim en zorggebruik en de (slechts globale) schatting van kosten die daarmee gepaard gaan, en de autonome ontwikkelingen (bijvoorbeeld veranderende wet- en regelgeving) die grote invloed kunnen hebben op bijvoorbeeld de instroom in de arbeidsongeschiktheid.

De potentieel grote gezondheidswinst en kostenbesparing zouden ervoor pleiten ook in Nederland een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugklachten uit te voeren.

Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een Postbus 51 campagne aangezien het een probleem is dat alle Nederlanders betreft, relevant is voor alle burgers en de preventiecampagne vooral gericht is op overdracht van informatie en kennis, en daarvoor is de Postbus 51 uitermate geschikt. De effectiviteit van een dergelijke campagne is afhankelijk van het media budget. Als illustratie van de omvang van een dergelijke budget kan gemeld worden dat de Postbus 51 campagne uit het jaar 2002 met het ruimste budget, een media budget had van €2,5 miljoen (Evaluatie Postbus 51-campagnes, 2002). Ondanks dat de bewijslast van een effect beperkt is, kan geconcludeerd worden dat het uitvoeren van een preventiecampagne - voor de kosten van hooguit enkele miljoenen - een interessante kostenbesparing met zich mee zou kunnen brengen, tot ruim €200 miljoen.

Tevens zijn er aanvullende redenen om op dit moment de uitvoering van een preventiecampagne te overwegen. Er is inmiddels een vertaling van 'The Back Book' gereed, de CBO-richtlijn is dit jaar uitgekomen, het sluit goed aan bij het thema 'eigen verantwoordelijkheid' van het huidige kabinet, het biedt perspectief aan vele mensen met chronische lage rugklachten en het sluit aan bij het internationale initiatief van de 'Bone and Joint Decade 2000-2010', in het Nederlands 'Decennium van het Bewegingsapparaat'.

### **Aanbevelingen**

- Gezien de grote potentiële gezondheidswinst die binnen enkele jaren te behalen zou zijn, dient overwogen te worden om ook in Nederland een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugklachten uit te voeren.
- Een dergelijke multimedia campagne is gericht op overdracht van informatie en kennis en zou bijvoorbeeld vorm kunnen krijgen in een Postbus 51 campagne.
- Indien het uitvoeren van een dergelijke campagne wordt voorbereid dient daaraan tevens een evaluatiestudie te worden gekoppeld om inzicht te verkrijgen in de feitelijke gezondheidswinst en kostenbesparing.
- De methodiek om de potentiële effecten van campagnes inzichtelijk te maken, verdient verdere ontwikkeling. Een essentieel onderdeel is de voortdurende investering in adequate en up-to-date gegevens over gezondheid, ziekte, determinanten, het gebruik van de gezondheidszorg, het ziekteverzuim, de arbeidsongeschiktheid en de daarmee samenhangende kosten.





## Literatuur

- Bernard BP, Fine LJ (eds). Musculoskeletal disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for work-related disorders of the neck, upper extremity, and low back. US Department of health and human sciences. CDC/NIOSH 1997.
- Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA et al. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993;19:297-312.
- Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M (c) Breaking the back of back pain. *Med J Aust*. 2001;175:456-7.
- Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. (a) 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. *Spine* 2001;26:2535-42.
- Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. (b) Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ*. 2001;322:1516-20.
- Burdorf A, Sorock G. Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23:243-56.
- Burdorf A, Miedema HM, Verhoeven AC. Risicofactoren voor lage rugklachten in het beroep. Kenniscentrum AKB, januari 2002.
- Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*. 1999;24:2484-91.
- Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992;268:760-765.
- Engers A, Wensing M, Van Tulder M, Koes B. Implementatie van de CBO-richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten. WOK Centre for Quality of Care Research. Nijmegen/Amsterdam/Rotterdam 2002.
- Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988;318:291-300.
- Fundum. Onderzoek naar de directe en indirecte kosten van het ziekteverzuim. Mercer, Amstelveen 2003.
- Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000;25:1973-1976.
- Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica. *Spine* 2000;25:2932-9.
- Hartvigsen J, Leboeuf-Yde C, Lings S, Corder EH. Is sitting-while-at-work associated with low back pain? A systematic, critical literature review. *Scand J Public Health* 2000;28:230-9.
- Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, et al. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- Hildebrandt VH. Back pain in the working population: prevalence rates in Dutch trades and professions. *Ergonomics* 1995;38:1283-1298.
- Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scand J Work Environ Health* 1999;25:387-403.
- Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000;25:2114-25.

- Jacobs-van der Bruggen MAM, Welte RA, Koopmanschap MA, Jager JC. Aan roken toe te schrijven productiviteitskosten voor Nederlandse werkgevers in 1999. RIVM rapportnummer 403505008, 2002.
- Kemper HCG, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 2000;78:180-183.
- Koopmanschap MA, Rutten FFH, van Ineveld BM, van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. J Health Econ 1995;14:171-89.
- Leboeuf-Yde C. Alcohol and low-back pain: a systematic literature review. J Manipulative Physiol Ther 2000;23:343-6.
- Leboeuf-Yde C. Bodyweight and low back pain. A systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies. Spine 2000;25:226-227.
- Leboeuf-Yde C. Smoking and low back pain. A systematic literature review of 41 journal articles reporting on 47 epidemiologic studies. Spine 1999;24:1463-1470.
- Leijon M, Hensing G, Alexanderson K. Gender trends in sick-listing with musculoskeletal symptoms in a Swedish county during a rapid increase in sickness absence. Scand J Soc Med 1998;26:204-13.
- LISV. Ziektendiagnosen bij uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid. Statistische informatie over medische classificaties in WAO, WAZ en Wajong, Landelijke Instituut voor Sociale Verzekeringen, Amsterdam, 2001.
- Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T et al. The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises, or ordinary activity? N Engl J Med 1995;332:351-355.
- Miedema HS. reuma-onderzoek meerdere echelons (ROME): Basisrapport. TNO-Gezondheidsonderzoek. NIPG-publikatienummer 93.099, 1994, 229.
- Moncrief J, Pomerleau. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. J Publ Health Med 2000;22:59-67.
- MORGEN 5-jaarsverslag, interne RIVM notitie.
- Murphy PL, Volinn E. Is occupational low back pain on the rise? Spine 1999;24:691-7.
- Nachemson A, Waddell G, Norlund AI. Epidemiology of neck and low back pain. In: Nachemson A, Jonsson S (eds). Neck and back pain. The scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000:165-187.
- Palmer KT, Walsh K, Bendall H, Cooper C, Coggon D. Back pain in Britain: comparison of two prevalence surveys at an interval of 10 years. BMJ 2000;320:1577-1578.
- Picavet HSJ, Gils HWV van, Schouten JSAG. Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking: prevalenties, consequenties en risicogroepen. CBS/RIVM, RIVM rapportnummer 266807002, Bilthoven 2000.
- Picavet HSJ, Schuit J. Physical inactivity: a risk factor for low back problems in the general population? J Epidemiol Community Health 2003; 2003;57:517-518.
- Picavet HSJ, Schouten JSAG, Smit HA. Prevalences and consequences of low back problems in the Netherlands, working vs non-working population, the MORGEN-study. Public Health 1999;113:1-5.
- Picavet HSJ, Schouten JSAG. Physical load in daily life and low back problems in the general population - the MORGEN-study. Preventive Medicine 2000;31:506-512.
- Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. Kosten van Ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld. RIVM rapport 270751005, 2002.
- Raspe HH. Back pain. In: Silman AJ, MC Hochberg (red) Epidemiology of rheumatic diseases. Oxford: Oxford University Press, 1993:330-74.
- Roberts L, Little P, Chapman J, Cantrell T, Pickering R, Langridge J. The back home trial: general practitioner-supported leaflets may change back pain behavior. Spine 2002;27:1821-8.

- Roland M, Waddell G, Klaber-Moffett J, Burton K, Main C, Cantrell T. 'The Back Book'. The Stationery Office, Norwich, zonder jaar.
- Ruwaard D, Kramers PGN (red). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: De som der delen. Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht 1997.
- Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP, Zee J van der, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet* 2003;46:7-12.
- Truchon M, Fillion L. Biopsychosocial Determinants of Chronic Disability and Low-Back Pain: A Review. *J Occupational Rehabilitation* 2000;10:117-142
- Vleayen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-332.
- Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997;47:647-652.

## **Bijlage 1      Verzendlijst**

1	Directie Preventie en Openbare Gezondheidszorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
2	Directeur-Generaal van het Ministerie van VWS, Den Haag
3	Voorzitter van de Gezondheidsraad
4-20	Verspreiding binnen VWS
21	Depot Nederlandse Publikaties en Nederlandse Bibliografie
22-50	Belanghebbenden buiten het RIVM
51	Directie RIVM
52-70	Verspreiding binnen RIVM
71	Auteurs
72	SBC/Communicatie
73	Bureau Rapportenregistratie
74	Bibliotheek RIVM
75-90	Bureau Rapportenbeheer
90-100	Reserve exemplaren

## **Bijlage 2 Geraadpleegde (inter)nationale experts**

Voor het thema van dit rapport zijn diverse (inter)nationale experts geraadpleegd, waaronder:

- Prof. Dr. G. Waddell, orthopedisch chirurg uit Schotland, gerenommeerd onderzoeker.  
Prof. Dr. R. Buchbinder, onderzoeker o.m. de evaluatie van de multimedia campagne in Australië.
- Dr. M. Wyatt, onderzoeker/huisarts betrokken bij de uitvoering en evaluatie van de preventiecampagne in Australië.
- Drs. H. Miedema, directeur Kenniscentrum arbeidsgebonden klachten van het bewegingsapparaat, en o.m. bestuurslid van het Decennium van het Bewegingsapparaat.
- Dr. J.J. Busschbach, onderzoeker kosten-effectiviteit en betrokken bij dat betreffende hoofdstuk uit de CBO-richtlijn.
- Drs. N. van der Roer, onderzoeker bij de EMGO/VU en eveneens betrokken bij het hoofdstuk over kosten-effectiviteit uit de CBO-richtlijn.
- Drs. G.E. Bekkering, onderzoeker implementatie van KNGF-richtlijn.
- Drs. Elske Faber, onderzoeker kenniscentrum AKB, samenwerking bedrijfsarts en huisarts.
- Dr. E.L. Werner, Onderzoeker en uitvoerder pilotonderzoek van de preventiecampagne in Noorwegen.
- Prof. Dr. B.W. Koes, EUR huisartsgeneeskunde  
Dr.G.A. de Wit, PZO-RIVM  
Dr. W.J.E. Bemelmans, PZO-RIVM  
Dr. W.M.M. Verschuren, PZO-RIVM  
Dr. H.C. Boshuizen, PZO-RIVM

## Bijlage 3 Working Backs Scotland

- Ondersteuning van veel partners, vele organisaties!
- Radio spotjes
- Folders voor patienten, artsen en fysiotherapeuten
- Veel aandacht in pers: kranten, tijdschriften en tv.
- Website
- Evaluatie: population survey



# Back Pain ?

## There is a lot you can do to help yourself.

Scientific evidence shows the best treatment is to:  
**stay active**  
**try simple pain relief**  
*and if you need it, get advice*

Evidence also shows:

- the shorter you are off work the less risk of developing chronic pain
- you do not have to be completely pain free to return to work
- employees, employers and health professionals working together can support you at work.

*If you have continuing problems, see your doctor or you may like to try other therapy providers.*

