

STUDIE OVER DE MOGELIJKHEDEN VOOR DE SOCIAALPROFESSIONELE
RE-INTEGRATIE VAN PERSONEN MET CHRONISCHE PIJNPROBLEMEN

*[ETUDE CONCERNANT LES POSSIBILITÉS DE RÉINSERTION
SOCIOPROFESSIONNELLE DE PERSONNES ATTEINTES DE DOULEURS
CHRONIQUES]*

EINDVERSLAG
10 december 2015

PR. PH. MAIRIAUX, N. SCHIPPERS, V. VANOOTIGHEM,
M-E. FAYMONVILLE en A-S. NYSSSEN



Onderzoeksteam belast met de studie

Pr. Philippe Mairiaux
Mevr. Nathalie Schippers
Santé au Travail et Education pour la Santé
Département des Sciences de la Santé publique, Universiteit van Luik
Contactgegevens: ph.mairiaux@ulg.ac.be

Pr. Anne-Sophie Nyssen
Dr. Valentine Vanootighem
Laboratoire d'Ergonomie Cognitive et d'Intervention au Travail
Département Psychologies et Cliniques des Systèmes humains, Universiteit van Luik
Contactgegevens: asnyssen@ulg.ac.be

Pr. Marie-Elisabeth Faymonville
Pijncentrum van het UZ van Luik
Contactgegevens: mfaymonville@chu.ulg.ac.be

Het onderzoeksteam heeft deze studie uitgevoerd met de steun van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV (directeur: Dhr. François Perl).

Het team kon bovendien rekenen op de medewerking van Dr. Sarah Lequeux van het Cesi: zij aanvaardde om contact op te nemen met 17 kmo's om te weten welke initiatieven zij eventueel nemen om mensen met chronische pijnproblemen aan het werk te houden.

Inhoudsopgave

Inleiding	1.
Hoofdstuk I - Review van de wetenschappelijke literatuur over de factoren die de terugkeer naar het werk van personen met chronische pijnproblemen belemmeren of vergemakkelijken ..	2.
I.1. Methodologie	2.
I.2. Lokalisatie of soorten pijnproblemen	2.
I.3. Chroniciteit van de pijn	3.
I.4. Samenvatting van de reviewartikelen die tussen 2005 en 2010 werden gepubliceerd ..	3.
I.5. Factoren die de terugkeer naar het werk belemmeren (publicaties 2010-2015)	5.
I.6. Interventiestrategieën ten gunste van de terugkeer naar het werk	9.
I.6.1 Interventies voor de terugkeer naar het werk	9.
I.6.2 Interventies voor 'functionele' revalidatie	13.
I.6.3 Beschouwingen/reviews	14.
I.7. Conclusies	15.
I.8. Bijlage 1: Samenvattingen van de reviewartikelen 2005-2010.....	17.
I.9. Bijlage 2: Bibliografie van de artikelen gepubliceerd van 2010 tot 2015	23.
Hoofdstuk II. Cartografie en stand van zaken van de initiatieven die genomen zijn ten gunste van de terugkeer naar het werk	30.
II.1. Cartografie en stand van zaken van de initiatieven die genomen zijn op sociaalprofessioneel vlak in België inzake chronische pijnproblemen	30.
II.1.1 Methodologie	30.
II.1.2 Resultaten: het standpunt van de ondernemingen	30.
II.1.3 Resultaten: het standpunt van de EDPB's.....	32.
II.1.4 Resultaten: het standpunt van de pijncentra	34.
II.1.5 Resultaten: het standpunt van de instellingen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van personen met een arbeidsbeperking	36.
II.1.6 Resultaten: het standpunt van de patiëntenverenigingen	39.
II.1.7 Confrontatie van de verschillende standpunten	42.
II.2. Classificatie en diagnosevorming: definitie van de aandoeningen die in aanmerking komen als chronische pijnproblemen	44.
II.3. Aantal betrokken titularissen	47.
Hoofdstuk III. Uitdagingen op het vlak van de methodologie	48.
III.1. De uitdaging van de integratie van preventieve benaderingen	48.
III.2. De uitdaging van een kadermodel voor de professionele re-integratie van personen met chronische pijnproblemen	54.
Hoofdstuk IV. Aanbevelingen ten gunste van het behoud en de hervatting van het werk van personen met chronische pijnproblemen	57.
Bijlage 3: Leidraad bij de gesprekken.....	60.

Inleiding

Het bestek dat het RIZIV tijdens de zomer van 2014 verspreidde, beschreef de taak van het onderzoek in 4 punten:

- Cartografie van de initiatieven die genomen zijn op sociaalprofessioneel vlak in België inzake de professionele re-integratie van personen met chronische pijnproblemen en bepaling van de doelgroep (Classificatie en diagnosevorming: definitie van de stoornissen die behoren tot de chronische pijnproblemen; aantal betrokken titularissen per stoornis)
- Conceptvorming van een methodologische aanpak voor de beoordeling van de weerslag van de werkomgeving op het probleem van chronische pijn voor de volgende elementen: absenteïsme, deeltijdse hervatting, comorbiditeitsfactoren, ontwikkeling van andere pathologieën
- Overzicht van de gegevens die beschikbaar zijn op internationaal niveau
- Conceptvorming van modellen voor sociaalprofessionele re-integratie van personen met chronische pijnproblemen door zich te baseren op de onderzoeksresultaten voor de vragen 1, 2 en 3 en op de acties die op dit vlak al ondernomen zijn door het RIZIV en andere spelers (vb. het FBZ).

Het onderzoeksteam besloot om het rapport met de resultaten van zijn studie te structureren in 4 afzonderlijke hoofdstukken. Hoofdstuk 1 geeft de relevante gegevens die beschikbaar zijn in de internationale literatuur. Hoofdstuk 2 vermeldt de cartografie van de initiatieven die in België zijn ontwikkeld en een aantal elementen om de doelgroep van acties in de toekomst te bepalen. Hoofdstuk 3 biedt een modellering van de aanpak die nodig is om de interactie met de werksituatie te evalueren en bespreekt de trajecten voor sociaalprofessionele re-integratie die zouden moeten worden voorgesteld aan de personen met chronische pijnproblemen. Hoofdstuk 4 geeft tot slot een reeks concrete aanbevelingen die het onderzoeksteam heeft geformuleerd op basis van zijn waarnemingen en werkzaamheden.

Hoofdstuk I - Review van de wetenschappelijke literatuur over de factoren die de terugkeer naar het werk van personen met chronische pijnproblemen belemmeren of vergemakkelijken

I.1. Methodologie

De wetenschappelijke literatuur in de bibliografische gegevensbanken Medline en PsycInfo werd systematisch bekeken. Het team beperkte zich daarbij tot de artikelen die gepubliceerd werden tussen 2010 en 2015 en tot de synthesesreviews die gepubliceerd werden tussen 2005 en 2010.

Het volgende algoritme werd toegepast voor de zoekopdracht:

(Back pain OR Low back pain OR Causalgia OR Chronic pain OR Musculoskeletal pain OR Neck pain OR Fibromyalgia OR Migraine disorders OR Headache OR Tension-Type headache OR Irritable bowel syndrome)

AND (Sick-leave OR Return to work OR Workplace OR Employment OR Unemployment)

AND (Rehabilitation OR Intervention OR predictors OR determinants)

AND (year: 2010:2015) OR [(Review: Publication type) AND (year: 2005:2010)]

Deze zoekopdracht naar literatuur werd uitgevoerd tussen 27/11 en 23/12/2014 en leverde in eerste instantie 323 verwijzingen op naar originele artikelen die tussen 2010 en 2015 werden gepubliceerd. Na lezing van de abstracten en het uitsluiten van dubbels door twee leden van het team, bleven er nog 43 artikelen over. We merken op dat een groot aantal onderzoeken wordt uitgevoerd door artsen uit verschillende disciplines (revalidatiegeneeskunde, reumatologie, verzekeringsgeneeskunde, bedrijfsgeneeskunde). Soms wordt dit onderzoek gevoerd met diensten voor volksgezondheid, maar het gebeurt zelden dat een beroep wordt gedaan op bedrijfspsychologen of ergonomen. Een gering aantal studies wordt uitgevoerd door psychologen en is opnieuw niet het resultaat van interdisciplinair werk. Er blijkt op dit vlak dus een echt gebrek aan interdisciplinaire onderzoeken te zijn.

Het deel van de zoekopdracht naar reviewartikelen die verschenen zijn tussen 2005 en 2010, heeft 15 reviews opgeleverd, waarvan er 8 werden behouden. De reviews die niet in acht werden genomen, hadden specifiek betrekking op acute lumbago of vertoonden een conceptuele aanpak van de arbeidsongeschiktheid bij lumbago of waren van een geringe kwaliteit.

I.2. Lokalisatie of soorten pijnproblemen

Na deze bibliografische review is het interessant om op te merken dat inzake chronische pijnproblemen lumbago veruit het meest wordt bestudeerd, vooral wanneer we naar de studies kijken die specifiek gaan over de terugkeer naar het werk. Er lijken daarentegen weinig studies te worden gewijd aan de professionele re-integratie van personen met

fibromyalgie. Ook publicaties over de terugkeer naar het werk of de tewerkstelling van personen met cefalea of migrainesyndroom zijn zeldzaam. Er werd in deze context geen enkele publicatie aangetroffen over prikkelbare darm.

I.3. Chroniciteit van de pijn

In de literatuur treffen we een grote verscheidenheid aan over wat er wordt verstaan onder de duur van chronische pijn. In het kader van de epidemiologische literatuur kan het begrip chroniciteit immers twee interpretaties hebben: in sommige gevallen wordt het adjectief 'chronisch' toegeschreven aan elke pijn die langer blijft duren dan een bepaalde tijdsduur (3 maanden of 6 maanden in het geval van lumbago). Maar het begrip chroniciteit wordt ook terecht gebruikt voor pijnepisodes die regelmatig terugkomen. Op dit vlak bestaat er nog geen gemeenschappelijke definitie waar de hele wetenschappelijke gemeenschap het over eens is. De American Society of Anaesthesiologists (ASA, 2010¹) beschrijft chronische pijn als pijn van elke niet-kwaadaardige oorzaak, die verband houdt met een chronische medische ziekte of die langer duurt dan verwacht voor een letsel en een normaal weefselherstel, met een ongunstige invloed op het functioneren of het welzijn van de patiënt. In de context van de verzorging van patiënten in pijncentra hechten de Belgische centra ook veel belang aan de definitie van het chronisch pijnsyndroom (Berquin et al. 2011)², dat beschreven wordt als elk geheel van gedragingen dat

- een klacht van aanhoudende of terugkomende pijn omvat;
- langer aanhoudt dan normaal voor de oorzakelijke aandoening (of verbonden is met een chronische ziekte);
- niet heeft gereageerd op een geschikte therapie en
- verbonden is met een significante vermindering van de functionele mogelijkheden.

Stoornissen van het gemoed en/of angst/vijandigheid kunnen aanwezig zijn, maar worden niet als noodzakelijk beschouwd om een diagnose te stellen (Sanders et al., 2005³).

In deze studie moeten we benadrukken dat we in deze bibliografische analyse van de problematiek van de terugkeer naar het werk een onderscheid hebben willen maken tussen de vele studies over subacute lumbago en die over chronische lumbago.

¹ ASA (American Society of Anesthesiologists). Practice Guidelines for Chronic Pain Management. Anesthesiology 2010,112 :1-24.

² Berquin, A., Faymonville, M.-E., Deseure, K., Van Liefvering, A.-S., Celentano, J., Crombez, G., Vlaeyen, J., Hans, G. Aanpak van chronische pijn in België: verleden, heden en toekomst. Onderzoeksrapport. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2011. <http://hdl.handle.net/2268/110896>

³ Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. (2005). Evidence-based clinical guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. Pain Practice,5 :303-315.

I.4. Samenvatting van de reviewartikelen die tussen 2005 en 2010 werden gepubliceerd

Bijlage 1 van dit hoofdstuk beschrijft de abstracten van de 10 reviewartikelen die werden geselecteerd. Deze bijlage bevat eigenlijk 12 referenties want de Cochranereview van van Oostrom (2009) heeft net een update gekregen (van Vilsteren et al. 2015). Ook de Cochranereview van F. Schaafsma die in 2010 werd gepubliceerd, heeft in 2013 een update gekregen.

Negen van de 12 reviews gaan uitsluitend over de dorso-lumbale pathologie, maar ze hebben een ongelijkmatige kwaliteit en een verschillende aard. De reviews van Zampolini (2007) en van Werner en Coté (2009) zijn verhalende reviews, terwijl 6 andere reviews systematisch zijn. De review van Waddell en Burton (2005) biedt eerder een kijk op de context van de paradigma's inzake de readaptatie van lumbagopatiënten. Hetzelfde geldt voor de review van Berquin (2010). De twee laatste reviews, die van van Oostrom (2009) en van Vilsteren (2015) hebben rekening gehouden met studies over musculoskeletale aandoeningen (waaronder lumbago), maar ook met studies over geestesgezondheid en kanker.

Geen enkele van de geselecteerde reviews had zijn analysebereik beperkt tot chronische lumbago. Zo hebben bepaalde reviews als selectiecriteria een afwezigheid van het werk gehanteerd van meer dan 2 weken (Carroll et al. 2010), een periode tussen 4 weken en 3 maanden (Hlobil et al. 2005), een afwezigheid van meer dan 4 weken of de aanwezigheid van terugkerende episodes tijdens de laatste 12 maanden (Kuijer et al. 2006).

Wat de factoren in de beroepscontext betreft die gezien werden als factoren die de terugkeer naar het werk belemmeren of vertragen, benadrukt de analyse van de conclusies van de reviews van Kuijer (2006), Zampolini (2007), Werner en Coté (2009) enerzijds het belang van fysiek zware arbeid (dat soms niet strookt met het overblijvende niveau van de functionele mogelijkheden), en anderzijds de gebruikelijke psychosociale factoren: ontevredenheid op het werk, gebrek aan autonomie en ondersteuning, klimaat met slechte relaties binnen het team op het werk. Daaraan moeten nog twee andere belangrijke factoren worden toegevoegd: de perceptie van de werknemer over zijn vermogen om het werk te hervatten als voorspellende factor van de hervatting, en de valse overtuigingen in verband met lumbago en meer bepaald de angstreactie en het vermijdingsgedrag ten opzichte van fysieke inspanningen.

Wat de impact van de interventies om de terugkeer naar het werk te vergemakkelijken of aan te moedigen betreft, vond de review van Hlobil et al. (2005) de interventies doeltreffend wanneer die werden vergeleken met het gebruikelijke verzorgingsproces. Volgens de review van Carroll et al. (2010) zijn het de interventies die alle spelers betrekken (de werknemer, zijn werkgever, de bedrijfsarts) die het efficiëntst en het rendabelst (cost-effective) zijn. Dit is vooral het geval wanneer ze leiden tot ergonomische wijzigingen van de werkomgeving.

Door hun methodologische discipline zijn het echter de Cochranereviews van van Oostrom (2009) en van Vilsteren (2015) die het meest solide wetenschappelijke bewijs leveren voor de effecten van de interventies in de werkomgeving voor de preventie van arbeidsongeschiktheden van lange duur. De review van van Vilsteren heeft 8 gerandomiseerde gecontroleerde proeven (RCT's) verzameld met werknemers met musculoskeletale aandoeningen. In deze studies heeft de interventie in de werkomgeving de

duur van het stoppen met werken vóór de hervatting van het werk (hazard ratio – HR: 1,44) aanzienlijk verminderd, net als de duur van de periode voor een duurzame werkhervatting (HR: 1.77). Deze interventies hebben eveneens het pijnniveau verminderd en de functionele status van de patiënt verbeterd.

De review van Schaafsma (2010) en de update ervan in 2013 houden zich uitsluitend bezig met het effect van een fysieke aanpassing aan de duur van het stoppen met werken bij de lumbagopatiënten. De conclusies ervan worden in punt I.6.2 hierna samengevat.

Tot slot heeft de review van van Duijn (2010) de kosten-batenanalyse onderzocht van de interventies die worden uitgevoerd voor werknemers die gestopt zijn met werken door een lumbago, volgens het moment waarop die interventies van start zijn gegaan. Volgens deze auteurs ligt het optimale tijds kader voor een interventie, vanuit het standpunt van de kosten-batenanalyse, tussen de 8e en 12e week van het stoppen met werken, d.w.z. tijdens de subacute fase van de arbeidsongeschiktheid. Dit bevestigt het redactioneel artikel van Loisel (2005) bij de verschijning van de review van Hlobil in hetzelfde nummer van het tijdschrift: tijdens deze periode loopt de werknemer een groot risico dat zijn aandoening chronisch wordt. De kosten in verband met zijn afwezigheid zijn nog beperkt. Het is dus tijdens deze periode dat een programma voor professionele re-integratie de grootste voordelen biedt. Deze conclusie moet toch worden genuanceerd gezien de gunstige resultaten die verkregen zijn door Lambeek et al. in 2010 in Nederland dankzij een programma dat voorbehouden was aan werknemers met chronische lumbago die sinds minimaal 3 maanden gestopt waren met werken. Deze studie wordt hierna in punt I.6.1. toegelicht.

I.5. Factoren die de terugkeer naar het werk belemmeren (publicaties 2010-2015)

Door de bestudering van de literatuur die gepubliceerd werd tussen 2010 en 2015, kon een inventaris worden opgemaakt van de belangrijkste factoren die de terugkeer naar het werk belemmeren of vertragen. De publicaties die werden geselecteerd voor dit overzicht, staan kort beschreven in Bijlage 2 van dit hoofdstuk. Deze factoren worden samengevat in Tabel 1 (volgende pagina).

In het algemeen merken we dat de aanwezigheid van pijnproblemen op verschillende plaatsen van het lichaam (Haukka et al., 2013) de re-integratie van een persoon op de werkplek moeilijk maakt. Ook de afwezigheid van een coördinator voor de terugkeer naar het werk zou een rem kunnen zijn die belet dat mensen opnieuw aan het werk gaan, ongeacht hun gezondheidsproblemen (Hamer et al., 2013).

Meer specifiek wat de **musculoskeletale aandoeningen** betreft, zijn het feit dat iemand zijn eigen grenzen niet kent (Jakobsen & Lillefjell, 2014), de negatieve verwachtingen van de persoon over zijn herstel (Hallegraeff et al., 2012, Laisne et al., 2012) en zijn vermogen om terug aan het werk te gaan (Laisne et al., 2012), maar ook zijn onvermogen om om te gaan met zijn ziekte (Laisne et al., 2012) factoren die eigen zijn aan een persoon en die de terugkeer naar het werk lijken af te remmen. Andere factoren in verband met de gezondheidstoestand van de persoon zouden ook de terugkeer naar het werk belemmeren. Dan gaat het bijvoorbeeld over een vermindering van de fysieke capaciteiten (de Vries et al., 2012) of de intensiteit van de pijnproblemen (Murray et al., 2013). We merken eveneens op

dat een verhoogd stressniveau, een groot emotioneel verdriet (de Vries et al., 2012) en een gebrek aan steun in de familie (Jakobsen & Lillefjell, 2014) psychosociale elementen zijn die een terugkeer naar het werk belemmeren. In de professionele context hebben tot slot een gebrek aan begrip en medewerking van de werkgever (Jakobsen & Lillefjell, 2014), de afwezigheid van de mogelijkheid voor een aangepaste werkplek (Laisne et al., 2012) en een gebrek aan steun van de collega's of van de werkomgeving in het algemeen (Campbell et al., 2013) eveneens een niet te verwaarlozen belang.

Wat ibromyalgie betreft, werden een vermindering van de fysieke capaciteiten, een verhoogd stressniveau en een groot emotioneel verdriet vermeld als belemmerende factoren. Toch werden ook andere fysieke factoren vermeld zoals aanhoudende pijnproblemen en vermoeidheid, evenals werkgerelateerde factoren zoals het herhalende en eentonige karakter van de taken, de fysieke vereisten van het werk, het gebrek aan begrip van de werkgever, de moeilijkheid om strategieën te ontwikkelen voor de aanpassing van de werkplek en de onmogelijkheid om deeltijds te werken (Celentano et al., 2011, Mannerkorpi et al., 2012; Palstam et al., 2013).

Inzake **lumbago** worden in het algemeen de leeftijd van de persoon bij de aanvang van de pijnproblemen, een oorspronkelijke afwezigheid van lange duur (Poulain et al. 2010), een voorafgaand groot aantal afwezigheidsdagen en het niet-beoefenen van een sport (Lindell et al., 2010) vermeld als elementen die de terugkeer naar het werk kunnen belemmeren.

Wat meer specifiek chronische lumbago betreft, zijn aanhoudende pijnproblemen, vermoeidheid, een gebrek aan sociale steun en sociale contacten, de aard van de uit te voeren taken (bijvoorbeeld het eentonige karakter van bepaalde taken), een gebrek aan begrip van de werkgever, de onmogelijkheid om deeltijds te werken, maar ook de fysieke vereisten van het werk en het toekennen van weinig waarde aan het werk (Celentano et al., 2011), factoren die de professionele re-integratie lijken af te remmen.

Wat subacute lumbago betreft, wordt melding gemaakt van het opleidingsniveau van de persoon, de uurregelingen, werkgerelateerde angst en vermijdingsgedrag, de verwachtingen m.b.t. de terugkeer naar het werk, de inkomsten van het gezin, werkgerelateerde zorgen (Truchon et al., 2012), maar ook van de somatisering, het gebrek aan beslissingskracht op het werk en het zelfverklaarde verband tussen de klachten en het werk (Karels et al., 2010).

Tot slot worden de grootte van de onderneming, de anciënniteit, de omstandigheden van het ongeval die de pijn hebben veroorzaakt (Mazina et al., 2012), maar ook een miskennis van de eigen grenzen, een vermindering van de fysieke capaciteiten, een aanhoudende pijn en een gebrek aan begrip van de werkgever (Dionne et al., 2013) vaak genoemd als een rem voor de terugkeer naar het werk voor personen met rugpijn en met pijnproblemen waarvan we het chronische of subacute karakter niet kennen.

Tot slot lijken vroegere musculoskeletale aandoeningen en de oorspronkelijke ernst van de pijnproblemen de terugkeer naar het werk af te remmen bij personen met subacute pijnproblemen aan de armen, de nek en de schouders (Karels et al., 2010).

Belemmerende factoren	Gezondheidsproblemen	Auteurs
<i>Persoonsgerelateerde aspecten</i>		
Miskenning van de eigen grenzen	Lumbago Musculoskeletale aandoening (MSA)	Dionne et al., (2013) Jakobsen & Lillefjell (2014)
Zwakke strategieën voor de aanpassing aan het werk ten opzichte van de symptomen	fibromyalgie MSA	Palstam et al. (2013) Laisne et al., 2012
Verwachting van een volledig herstel, terugwinning van de arbeidsgeschiktheid	MSA Rugpijnproblemen	Laisne et al., 2012 Hallegraeff et al., 2012
Leeftijd (vergevoerd)	Rugblessure Pijnproblemen aan de rug en de nek	Mazina et al., 2012 Lindell et al., 2010
Leeftijd bij het begin van de pijnproblemen	Rugpijn	Poulain et al., 2010
Laag opleidingsniveau	Rugpijn	Truchon et al., 2012
Gebrek aan evenwicht tussen werk en privéleven	MSA	Jakobsen & Lillefjell (2014)
Zelfinschatting van het mogelijke moment voor hervatting	Pijnproblemen aan de rug en de nek	Lindell et al., 2010; Truchon et al., 2012
Geen sportbeoefening	Rugpijn	Poulain et al., 2010
Gezinsinkomen voor belastingen	Rugpijn	Truchon et al., 2012
<i>Algemene gezondheid</i>		
Vermindering van fysieke capaciteiten	Lumbago MSA Fibromyalgie	Dionne et al., (2013) de Vries et al. (2012) Mannerkorpi et al. (2012)
Aanhoudende pijn	Lumbago Fibromyalgie	Dionne et al., (2013), Celentano et al. (2011)
Ervaren vermoeidheidsniveau	Fibromyalgie, lumbago	Mannerkorpi et al. (2012), Celentano et al. (2011)
Intensiteit van de pijn	MSA	Murray et al. (2013)
Onduidelijke pijnproblemen	Chronische pijnproblemen	Haukka et al., 2013
Voorgeschiedenis van MSA	Pijnproblemen aan armen, nek, schouder	Karels et al., 2010
Oorspronkelijke ernst van de pijnproblemen	Pijnproblemen aan armen, nek, schouder	Karels et al., 2010
Voorgeschiedenis van absenteïsme van lange duur	Pijnproblemen aan de rug en de nek	Lindell et al., 2010
Een langere duur van de initiële afwezigheid	Rugpijn	Poulain et al., 2010
Somatisering	Pijnproblemen aan armen, nek, schouder	Karels et al., 2010
<i>Psychosociale aspecten</i>		
Stress, emotioneel verdriet	MSA Fibromyalgie	de Vries et al. (2012) Mannerkorpi et al. (2012)
Werkgerelateerde angst - vermijdingsgedrag	Rugpijn	Truchon et al., 2012
Gebrek aan steun van de familie	Fibromyalgie, lumbago MSA	Palstam et al. (2013), Celentano et al. (2011) Jakobsen & Lillefjell (2014)
<i>Professionele factoren</i>		
Uit te voeren taken (vb. eentonigheid)	Fibromyalgie, lumbago	Celentano et al. (2011)
Onaangename werkomgeving	Fibromyalgie, lumbago	Celentano et al. (2011), Palstam et al. (2013)

Gebrek aan begrip en medewerking van de werkgever	Lumbago Fibromyalgie MSA	Dionne et al., 2013, Celentano et al. (2011) Jakobsen & Lillefjell (2014)
Geen deeltijds werk	Fibromyalgie, lumbago	Celentano et al. (2011)
Geen aangepaste werkplek	MSA	Laisne et al. (2012)
Uurregelingen?	Rugpijn	Truchon et al., 2012
Fysieke vereisten van het werk	Fibromyalgie Lumbago Rugblessure	Mannerkorpi et al. (2012), Celentano et al. (2011) Celentano et al. (2011) Mazinal et al. (2013)
Afwezigheid van een coördinator voor de terugkeer naar het werk	Chronische pijnproblemen	Hamer et al. (2013)
Betekenis/waarde van het werk	Fibromyalgie, lumbago	Palstam et al. (2013)*, Celentano et al. (2011)*
Gebrek aan steun bij de collega's	Musculoskeletale pijnproblemen	Campbell et al., 2013
Omstandigheden van het ongeval	Rugblessure	Mazina et al., 2012
Lange tijd tussen ongeval en interventie	Chronische pijnproblemen in het algemeen	Hamer et al., 2013
Weinig beslissingskracht	Pijnproblemen aan armen, nek, schouder	Karels et al., 2010
Inwerking van de pijnproblemen op de arbeidsactiviteiten	Musculoskeletale blessure	Murray et al., 2013
Anciënniteit	Rugblessure	Mazina et al., 2012
Zelfverklaard verband tussen de klachten en het werk	Pijnproblemen aan armen, nek, schouder	Karels et al., 2010

Tabel 1: Factoren die geïdentificeerd zijn als hindernissen voor een terugkeer naar het werk

I.6. Interventiestrategieën ten gunste van de terugkeer naar het werk

In deze review zijn ook de factoren bestudeerd die eigen zijn aan de interventiestrategieën die een bewezen gunstige invloed hebben op de terugkeer naar het werk.

In 14 artikelen vinden we elementen om een interventie te organiseren. In acht van de artikelen werd een interventie beschreven die uitdrukkelijk gericht is op de terugkeer naar het werk (O'Hagan, Coutu & Baril, 2013; Fisker et al., 2013; Stapelfeldt et al., 2011; Hamer et al., 2013, Sullivan, Adams & Ellis, 2012; Lambeek et al., 2010; Jensen et al., 2012; Du Bois & Donceel, 2012). De studies van Van Eijk et al. (2013) en van Poulain et al. (2010) beoordelen een interventie voor de pijnproblemen en houden rekening met het aantal afwezigheidsdagen als evaluatiecriterium. De artikelen van Shaw et al. (2012), Steenstra et al. (2010), Costa-Black et al. (2010) en Ravenek et al. (2010) geven een beschouwing over de voorkeurspistes voor de terugkeer naar het werk.

I.6.1 Interventies voor de terugkeer naar het werk

In vijf van de artikelen die een interventie voor de terugkeer naar het werk beschrijven, gaat het om een multidisciplinaire interventie waarbij contact wordt opgenomen met de onderneming van de patiënt (Fisker et al., 2013; Stapelfeldt et al., 2011; Hamer et al., 2013; Lambeek et al., 2010, O'Hagan, Coutu & Baril, 2013). De interventies beschreven door Fisker et al. (2013), Stapelfeldt et al. (2011) en Lambeek et al. (2010) richten zich naar patiënten met pijnproblemen in de onderrug, de interventie van O'Hagan, Coutu en Baril (2013) richt zich naar patiënten met aanhoudende pijnproblemen na een werkgerelateerde blessure, terwijl de interventie van Hamer et al. (2013) ontwikkeld is voor patiënten met chronische pijnproblemen.

Bij multidisciplinaire interventies hebben de verschillende actoren een specifieke rol.

In de interventie beschreven door Fisker et al. (2013) is de kinesitherapeut de coördinator voor de terugkeer naar het werk. Hij volgt de behandeling en geeft advies voor de fysieke activiteit. Hij evalueert de capaciteiten van de patiënt en de vereisten van zijn werkomgeving. Zijn rol bestaat erin om contact te houden met de werkplek, de communicatie tussen de betrokken partijen te vergemakkelijken en te waken over de tijdslijn van de interventies. Een sociaal assistent beoordeelt de mogelijke behoeften aan steun voor de terugkeer naar het werk. Een 'casemanager' van het gemeentelijk kantoor van de ziekteverzekering is verantwoordelijk voor de economische compensaties en specifieke initiatieven voor de terugkeer naar het werk. Omdat deze casemanager deel uitmaakt van het multidisciplinaire team kunnen de beslissingen redelijk snel worden genomen. Een psycholoog probeert de sociale en persoonlijke stressfactoren in verband met de pijnproblemen en het werk te identificeren. Eventueel wordt een cognitieve gedragstherapie gestart. Een bedrijfsarts wordt geraadpleegd indien een verband wordt vermoed tussen het werk en de pijnproblemen. Hij kan suggesties doen over de taken die nog kunnen worden uitgevoerd of een prognose maken over de 'workability'. Een ergonomoos bekijkt de organisatie van de werkomgeving, maakt aanbevelingen voor aanpassingen aan de werkplek en geeft ergonomisch advies voor het dagelijkse leven. De ergonomoos bereidt een rapport voor het team voor. Zijn ergonomische adviezen worden voorgesteld aan de werkgever en aan de casemanager van het kantoor van de ziekteverzekering die de mogelijkheid hebben om de nodige uitgaven goed te keuren.

In de interventie beschreven door Stapelfeldt et al. (2011) is het een casemanager die een revalidatieplan voorbereidt samen met de patiënt en een multidisciplinair team. Dit team bestaat uit een specialist in sociale geneeskunde, een revalidatiespecialist, een kinesitherapeut, een sociaal assistent en een bedrijfsarts. De interventie bestaat uit een klinische evaluatie en adviezen van de revalidatiegeneesheer en de kinesitherapeut. De boodschap voor de pijnproblemen moet geruststellend zijn en er wordt een geleidelijke terugkeer naar de fysieke activiteiten aanbevolen. De casemanager neemt contact op met de werkplek en de sociale dienst om de initiatieven te coördineren.

In het programma beschreven door Hamer et al. (2013) worden de zorgen gegeven door artsen, psychologen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en cognitieve gedragstherapeuten. Een coördinator voor de terugkeer naar het werk wordt aan het team toegevoegd als dat gevraagd wordt door de instelling voor de vergoedingen bij arbeidsongevallen. De coördinator voor de terugkeer naar het werk werkt in dienst van het ziekenhuis maakt deel uit van het team met de goedkeuring van de patiënt, de instelling die de vergoeding uitbetaalt en de werkgever. Hij is verantwoordelijk voor het traject van de terugkeer naar het werk dat rekening houdt met de specifieke fysieke behoeften van de patiënt. De coördinator voor de terugkeer naar het werk heeft een paramedische opleiding (ergotherapeut, fysiotherapeut, kinesitherapeut) en moet vaardigheden hebben op het vlak van ergonomische evaluatie, aanpassing van de werkplek en facilitering. De coördinator voor de terugkeer naar het werk bezoekt de werkplaats en voert individuele gesprekken met de werknemer, de overste, de werkgever en de vakbonden om de hindernissen voor de terugkeer naar het werk te identificeren. Bij een gezamenlijke vergadering worden de mogelijke oplossingen geïdentificeerd. Bij een bezoek aan de werkplek met de patiënt en de verantwoordelijken voor de werkplek kan worden gepraat over wijzigingen en aanpassingen die kunnen worden uitgevoerd. Daarna kan een plan voor de terugkeer naar het werk worden ontwikkeld en uitgevoerd. Op elk moment houdt de coördinator voor de terugkeer naar het werk contact met de patiënt. Na de terugkeer naar het werk van de patiënt wordt een opvolgingscontact gepland. Het plan voor de terugkeer naar het werk wordt geëvalueerd en de ingevoerde oplossingen worden gedocumenteerd.

In een interventie beschreven door Lambeek et al. (2010) voor werknemers met chronische lumbago, bestaat het multidisciplinaire team uit een bedrijfsarts die met het ziekenhuis is verbonden, een gespecialiseerde arts, een ergotherapeut en een kinesitherapeut. De bedrijfsarts die verbonden is met het ziekenhuis, is verantwoordelijk voor de planning en de coördinatie van de zorgen en de communicatie met de andere professionals van het team. De interventie is een geïntegreerd programma dat een combinatie maakt van een ergonomische, participatieve interventie op de werkplek en de individuele aanpak van de fysieke en psychosociale bestanddelen van het probleem. De bedrijfsarts die met het ziekenhuis is verbonden, stelt een datum voor een 'voorlopige' terugkeer naar het werk voor, zonder verplichting om productief te zijn. Dit voorstel wordt gemaakt in overleg met de patiënt en zijn bedrijfsarts. De communicatie binnen het team gebeurt via telefoon, brieven, e-mails, beveiligde e-mails en een driewekelijkse conferencecall.

De resultaten van deze multidisciplinaire interventies zijn eerder positief.

Bij Stapelfeldt (2011) vertoont de interventiegroep sneller een terugkeer naar het werk bij een subgroep die gekenmerkt wordt door een geringe tevredenheid op het werk. In de subgroep met een hogere graad van tevredenheid op het werk wordt het omgekeerde effect

waargenomen. We merken een gunstig effect op voor de korte interventie in de subgroepen waar de werknemer een invloed heeft op zijn werkplanning en bij de werknemers die niet het risico lopen om hun werk te verliezen omwille van de afwezigheid door ziekte. Bij Hamer et al. (2013) stellen we vast dat 14 % van de patiënten drie maanden na de behandeling aan het werk is. Een kortere termijn tussen het stoppen en het uitvoeren van een programma enerzijds en de aanwezigheid van een coördinator voor de terugkeer naar het werk anderzijds, voorspelt een geslaagde terugkeer naar het werk. Lambeek et al. (2010) merken dat de mediane duur van de terugkeer naar het werk 88 dagen bedraagt voor de patiënten met een programma van geïntegreerde zorgen en 208 dagen voor de patiënten met de gebruikelijke zorgen. Van het programma beschreven door Fisker et al. (2013) zijn de resultaten nog niet gepubliceerd.

O'Hagan, Coutu en Baril (2013) hebben een programma voor professionele re-integratie ontwikkeld volgens het model van Sherbrooke. Zij voegden daaraan een dimensie toe die rekening houdt met de interpretaties van de pijn door de patiënten. Het programma voor re-integratie houdt rekening met de bestanddelen voor activering, de ontwikkeling van copingstrategieën, een ondersteuning voor de terugkeer naar het werk, de vermindering van hindernissen, fysieke oefeningen, werksimulaties, onderricht van de patiënt, geruststellende boodschappen en een interventie op de werkplek over een periode van 12 weken. De studie heeft onderzocht hoe de voorstellingen van de pijn evolueren in de loop van een programma voor re-integratie en hoe de voorstellingen van de pijn de trajecten voor aanpassing en herstel beïnvloeden. De lichamelijke voorstellingen van de aandoening en de pijnmechanismen kunnen kaderen in een proces van angst en vermijdingsgedrag of in een proces van aanvaarding. Zo kunnen zij het herstel van de patiënt beïnvloeden. Actieve strategieën die aanmoedigen om het begrip van de diagnose duidelijk onder ogen te zien, zouden efficiënter kunnen zijn bij de behandeling van de aanhoudende pijn.

De modaliteiten van de interventies hangen ook af van de sociale wetgeving van een land. Zo is het nuttig om te weten dat de hierboven beschreven multidisciplinaire interventies werden ontwikkeld in Denemarken (Fisker et al., 2013; Stapelfeldt et al., 2011), Canada (Hamer et al., 2013; O'Hagan, Coutu & Baril, 2013) en Nederland (Lambeek et al., 2010).

Jensen et al. (2012) steunen op de rol van de bedrijfsarts voor de terugkeer naar het werk. Zij evalueren de effecten van een raadpleging bij de bedrijfsarts en bekommeren zich om de hindernissen die een terugkeer naar het werk in de weg staan. Ze promoten daarbij de positieve invloed van een fysieke activiteit op de pijnproblemen, de functionering en de arbeidsongeschiktheid. De deelnemers zijn patiënten die ongeacht de arbeidsongeschiktheid hun vrees uitdrukken of zij hun job wel zullen kunnen behouden. De interventie bestaat uit een sessie bij de bedrijfsarts (informatie over de activiteiten op het werk en tijdens de vrije tijd; hindernissen voor het behouden van de job wegwerken, komen tot een lichte fysieke activiteit van 45 minuten, drie keer per week, een individueel plan opstellen rekening houdend met het beroeps- en privéleven van de patiënt), een bezoek aan de werkplek indien nodig (bedrijfsarts, patiënt en overste), een gesprek na 6 weken (naleven en volgen van het plan dat werd opgesteld met de bedrijfsarts) en een opvolging na 3 maanden met de bedrijfsarts. In deze studie werd het risico op een arbeidsongeschiktheid van ten minste 8 weken verminderd in de interventiegroep.

Bij Du Bois & Donceel (2012) is het de adviserend geneesheer van de sociale zekerheid die het voortouw neemt voor de terugkeer naar het werk. De studie heeft tot doel om de impact te

beoordelen van de informatie en de adviezen die de adviserend geneesheer geeft tijdens de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid op de graad van de terugkeer naar het werk en de recidieven bij personen met pijnproblemen aan de onderrug. Een totaal van 506 arbeidsongeschikte sociaal verzekerden werden toegewezen aan de controlegroep (evaluatie van de arbeidsongeschiktheid) of aan de interventiegroep (combinatie van advies en evaluatie van de arbeidsongeschiktheid). De terugkeer naar het werk, het recidief, latere chirurgische ingrepen, de duur van het ziekteverlof werden gedurende een periode van 12 maanden gemeten. De resultaten tonen dat de patiënten die de informatie en adviezen kregen, een hoger percentage van terugkeer naar het werk vertoonden. Dit resultaat is voornamelijk toe te schrijven aan een lager percentage van recidieven in de interventiegroep (38 %) dan in de controlegroep (60 %). De auteurs besluiten dat de arbeidsongeschikte sociaal verzekerden adviezen zouden moeten krijgen over de rugpijnproblemen tijdens de beoordeling van de adviserend geneesheer. Daardoor zouden ze gerustgesteld zijn en dit zou een vroegere en veilige terugkeer naar het werk kunnen bevorderen vóór de schadelijke nevenwerkingen van een langere arbeidsongeschiktheid zich voordoen.

Een heel andere aanpak voor de terugkeer naar het werk is beschreven door Sullivan, Adams en Ellis (2013). Het programma wil de terugkeer naar het werk bevorderen voor personen met fibromyalgie of lumbago. In deze studie hebben de patiënten deelgenomen aan een interventieprogramma van 10 weken (1 uur per week) over de risicofactoren (PGAP – Progressive Goal Attainment Program). Het doel ervan was het bevorderen van een terugkeer naar het werk. De deelnemers hebben vragenlijsten ingevuld over de ernst van de pijn, het doemdenken over de pijn, de pijn om te bewegen, depressie en de zelfverklaarde arbeidsongeschiktheid op drie momenten tijdens de interventie. De auteurs hebben instructievideo's en oefenboeken gebruikt om de psychosociale risico's aan te kaarten. In het begin richt het programma zich voornamelijk op de ontwikkeling van een sterke therapeutische relatie. Daarna werd de nadruk gelegd op de ontwikkeling van een gestructureerd schema van activiteiten om een terugkeer naar activiteiten die voor het letsel/de ziekte werden uitgevoerd, te bevorderen. Tot slot wil de interventie activiteiten aanmoedigen die een terugkeer naar het werk bevorderen.

De respons op de behandeling van personen met fibromyalgie werd vergeleken met een steekproef van personen met chronische rugpijnproblemen (chronische lumbago). De terugkeer naar het werk wordt gemeten via een telefoongesprek dat 12 maanden na de interventie wordt gehouden. Uit de analyses blijkt een vergelijkbare vermindering bij de twee groepen van het doemdenken, de depressie en de angst om te bewegen in de loop van de behandeling. De personen met fibromyalgie waren echter minder geneigd om klinisch belangrijke verminderingen van de ernst van de pijn en de zelfverklaarde arbeidsongeschiktheid te vertonen dan de individuen met chronische lumbago. Patiënten met fibromyalgie waren ook minder geneigd om terug aan het werk te gaan (23 %) dan de deelnemers met chronische lumbago (50 %). Hoewel de individuen met fibromyalgie meer resistentie vertonen voor de behandeling dan de personen met chronische lumbago, wijzen de resultaten erop dat een groot deel nog baat kan hebben bij de deelname aan een interventie voor sensibilisering met als doelstelling een terugkeer naar het werk.

1.6.2 Interventies voor 'functionele' revalidatie

Andere interventies hadden oorspronkelijk niet een terugkeer naar het werk tot doel, maar hebben op de een of andere manier rekening gehouden met het aantal afwezigheidsdagen.

De studie van Van Eijk et al. (2013) had als doel om de doeltreffendheid van een multidisciplinaire interventie (verbetering van het dagelijks functioneren via copingstrategieën voor de pijn) te onderzoeken in vergelijking met aerobicsoefeningen die gegeven werden door fysiotherapeuten, en met de gebruikelijke zorgen bij patiënten met fibromyalgie. De multidisciplinaire interventie omvatte 12 weken sociotherapie, fysiotherapie, psychotherapie en creatieve therapie (drie halve dagen per week), gevolgd door vijf latere ontmoetingen over een periode van 9 maanden. De aerobicsoefeningen werden twee keer per week gegeven gedurende 12 weken. De gebruikelijke zorgen varieerden, maar omvatten in elk geval instructieve tips en levensstijladvies. De belangrijkste maatregelen waren de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (HR_QOL), de deelname aan en het gebruik van gezondheidszorgen en de scores op de "Fibromyalgia Impact Questionnaire" (FIQ). Bij de groep die de multidisciplinaire interventie kreeg, merkten we een aanzienlijke verbetering van de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en een aanzienlijke vermindering van het aantal uren afwezigheid wegens ziekte, het aantal contacten met praktiserende artsen en met gespecialiseerde artsen. Bovendien werd een aanzienlijke verbetering waargenomen op de FIQ met de interventie. Toch konden we geen verschillen waarnemen tussen de multidisciplinaire interventie en de gebruikelijke zorgen op lange termijn.

De studie van Poulain et al. (2010) had tot doel om de doeltreffendheid van een functioneel revalidatieprogramma (functional restoration program) voor personen met pijnproblemen aan de onderrug te evalueren en om de factoren te bepalen die een terugkeer naar het werk zouden kunnen voorspellen. Het ging om een intensief programma van vier weken, vijf dagen per week en zes uur per dag. Het multidisciplinaire team bestond uit een arts, een psycholoog, een fysiotherapeut, een ergonom, een sociaal assistent en een voedingsspecialist. Het programma is gebaseerd op fysieke oefeningen, relaxatie, instructie en cognitieve gedragstherapie. De auteurs hebben gemerkt dat 55 % van de patiënten teruggekeerd is naar het werk na de follow-up (de duur van de follow-up bedroeg gemiddeld 3,5 jaar). Drie factoren lijken de terugkeer naar het werk te voorspellen: de jonge leeftijd bij de aanvang van de pijnproblemen, het beoefenen van een sport, een kortere duur van de eerste afwezigheid.

We kunnen deze bespreking van de functionele revalidatieprogramma's niet beëindigen zonder de conclusies te vermelden van de Cochranereview van Schaafsma et al. (2010) en de update ervan in 2013. Deze systematische review had tot doel om de doeltreffendheid te evalueren van fysieke revalidatieprogramma's om het stoppen met werken te beperken bij werknemers met wervelkolompijn. De auteurs stellen vast dat voor de werknemers met acute wervelkolompijn deze programma's niet meer effect hebben op de duur van het stoppen met werken dan de gebruikelijke medische zorgen. Voor de werknemers met subacute wervelkolompijn stelden we tegenstrijdige resultaten vast, maar analyses per subgroep hebben een positief effect aangetoond van interventies waarvan één onderdeel op de werkplek werd uitgevoerd of een bezoek aan de werkplek inhield. Bij de werknemers met chronische wervelkolompijn tonen de resultaten van een studie (134 medewerkers) een vermindering aan van de duur van de afwezigheid wanneer de fysieke revalidatie een onderdeel vormt van een geïntegreerd verzorgingsprogramma. De gecombineerde resultaten van vijf andere studies (1093 werknemers; 12 maanden opvolging) hebben aangetoond dat een intensieve fysieke revalidatie slechts een geringe impact had op de duur van het stoppen met werken in vergelijking met de gebruikelijke zorgen. De auteurs concluderen daaruit dat er aanvullend onderzoek nodig is naar de voordelen die verwacht mogen worden van dit soort

programma als het opgenomen is in een geïntegreerd verzorgingsprogramma voor patiënten met chronische lumbago.

I.6.3 Beschouwingen/reviews

De review van Waddell en Burton (2005) is een samenvatting van de evolutie sinds het einde van de jaren 1980 van de perspectieven die binnen de medische wereld gehanteerd worden voor de behandeling van patiënten met lumbago en voor hun revalidatie. Deze auteurs hebben een pioniersrol vervuld in deze evolutie en wijzen op het grote belang van het biopsychosociaal interpretatiemodel om de interactie te begrijpen tussen de lumbale en dorsolumbale pijn en de arbeidsongeschiktheid. Ze benadrukken dat het paradigma inzake de behandeling absoluut moet veranderen: de revalidatie en de re-integratie op sociaal vlak en op het werk mogen geen fase zijn die volgt op het volgen van een medische behandeling, maar moeten vanaf het begin van de symptomen deel uitmaken van de medische en professionele verzorging.

Het biopsychosociale model is vandaag het meest gevorderde medische model om de chronische pijn te begrijpen en te behandelen. Toch blijft het volgens Berquin (2010) slecht begrepen en slecht gebruikt en zou er een aanpassing moeten komen van het onderwijs, het onderzoek en de financiering. Een klinische praktijk die op dit model is geïnspireerd, moet immers permanent rekening houden met de biologische, psychologische en sociale perspectieven en vereist een interdisciplinair team en de actieve deelname van de patiënt.

Andere artikelen ontwikkelen een algemenere beschouwing over de programma's voor de terugkeer naar het werk.

Shaw et al. (2012) hebben geprobeerd om bij volwassenen met terugkerende pijnproblemen na te gaan in welke mate programma's voor het zelfbeheer van chronische pijn en ziekte aangepast zouden kunnen worden aan de problemen die op de werkplek worden aangetroffen en zouden kunnen leiden tot nieuwe mogelijkheden voor interventies op de werkplek. Acht dergelijke programma's werden gekozen en vergeleken om er de gemeenschappelijke punten uit te halen. Deze elementen werden geanalyseerd met als doel ze toe te passen op vier probleemgebieden op het werk die door werknemers met terugkerende pijnproblemen werden geïdentificeerd: de interferentie met de activiteit, negatieve percepties, interpersoonlijke uitdagingen, het gebrek aan flexibiliteit van het werk. Bepaalde elementen werden onderscheiden als geschikt voor aanpassing aan de moeilijkheden op de werkplek. Ze betreffen de vermindering van de pijn en het ongemak, het nemen van geïnformeerde beslissingen, doeltreffend communiceren en zijn gedachten en gevoelens beheersen. Andere aspecten van het werk die de haalbaarheid van zelfbeheerstrategieën wijzigen, werden aangehaald. Het ging om de graad van fysieke vereisten, de fysieke beperkingen van de persoon, de manoeuvreerruimte voor de baan, de aard van de rollen van de werknemer en de relaties met collega's, oversten en/of klanten. De auteurs besluiten dat de principes en de methodes van de programma's voor zelfbeheerinterventies in het algemeen kunnen worden toegepast op pijngerelateerde problemen op de werkplek, maar dat opleidingen in psycho-educatie nodig zijn.

Steenstra et al. (2010) vertrekken vanuit het idee dat de groep van personen met pijnproblemen aan de onderrug niet homogeen is. De doelstelling van de studie is het identificeren van subgroepen op basis van de risicofactoren en het voorspellen voor elke

subgroep van de duur en de recidieven zes maanden na het letsel. Een steekproef van 442 aanvragers van sociale verstrekkingen werd opgedeeld in een groep met 'low risk' (259 personen die ongeveer 1 maand na het letsel terugkeerden naar het werk) en een groep met 'high risk' (183 arbeidsongeschikte personen). De laatste groep werd geanalyseerd volgens biopsychosociale factoren (pijnproblemen, ongeschiktheid, angst-vermijdingsgedrag, fysieke vereisten, bedrijfscultuur en disability management in de onderneming). Na analyse konden 3 klassen worden geïdentificeerd: (1) werknemers die werkgerelateerde problemen hebben, (2) werknemers die geen problemen hebben op het werk, maar die wel rugpijnproblemen hebben, (3) werknemers die meerdere problemen hebben (negatieve waarden op veel schalen en vooral depressieve symptomen). De werknemers van de tweede en derde klasse vertonen een gelijkaardig percentage van terugkeer naar het werk, maar dit percentage is lager bij de werknemers van de eerste klasse. Steenstra et al. (2010) besluiten daaruit dat de verschillende klassen van werknemers baat zouden kunnen hebben bij verschillende interventies.

Ravenek et al. (2010) en Costa-Black et al. (2010) hebben een review gemaakt van de literatuur die zich concentreerde op de pijnproblemen van de onderrug en merken op dat er wordt overgestapt naar benaderingen die de werkplek betrekken. Voor Costa-Black (2010) is de terugkeer naar het werk in het algemeen gunstig voor het herstel en het welzijn. In de meeste gevallen kunnen eenvoudige inspanningen voor het identificeren en bespreken van werkgerelateerde problemen met de patiënt zelf leiden tot goede resultaten. Bepaalde gevallen vereisen dat de artsen actief communiceren met de werkgevers en de adviserende geneesheren (claim managers) zodat een duurzame en veilige terugkeer naar het werk kan worden georganiseerd. Wat de chronische fase (pijnproblemen, arbeidsongeschiktheid sinds meer dan 4 maanden) betreft, is het heel moeilijk om arbeidsongeschiktheid nog meer te voorkomen. De patiënt zit dan immers in een systeem van tegenstrijdige meningen en adviezen, mislukte behandelingen, pijngerelateerd verdriet, attesten van ongeschiktheid en arbeidsongeschiktheid. Meerdere studies hebben de mogelijke impact bewezen van een intensieve, verlengde en multidisciplinaire aanpak op de arbeidsongeschiktheid. Studies met een coördinator voor de terugkeer naar het werk (waarbij de aanpak voorstelt dat de coördinatie gebeurt door een hooggekwalificeerd persoon) bieden hoop voor de (cost-effective) terugkeer naar het werk van de patiënten.

I.7. Conclusies

Wat de specifieke invloed van de context van de onderneming betreft, geeft de literatuur een coherent beeld: ze benadrukt de impact die de sfeer op het werk, de kwaliteit van de relaties tussen collega's of met de hiërarchisch verantwoordelijke of meer in het algemeen het tevredenheidsniveau op het werk kan hebben op de terugkeer naar het werk. Er zijn duidelijk stevige argumenten om de levenskwaliteit op het werk in het kader van de primaire preventie te verbeteren.

De potentiële moeilijkheid die het werk in een fysiek zwaar vak vormt, is een tweede potentiële interventiepiste: het gaat hier niet zozeer om het fundamenteel wijzigen van de fysieke aard van bepaalde functies. Wel kan er worden nagedacht over mechanismen die in deze functies de toegang tot een tijdelijk aangepast werk systematisch maken waardoor de werknemer makkelijker opnieuw aan het werk kan gaan. Zoals een recent nummer van het

tijdschrift⁴ van het ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de travail, het Franse nationale agentschap voor de verbetering van de arbeidsomstandigheden) benadrukt, moet het beleid dat de ondernemingen hiervoor ontwikkelen, twee struikelblokken vermijden. Het eerste struikelblok is de voorkeur geven aan individuele antwoorden, geval per geval, in plaats van collectieve benaderingen die de hindernissen aanpakken voor het behoud van het werk op het vlak van de organisatie van het werk of de ergonomie van de werkplekken. Het, in de praktijk eerder natuurlijke, tweede struikelblok is het aanpakken van de kwestie op basis van de pathologie waaraan de werknemer lijdt, in plaats van het beoordelen van de impact op het werk.

Naast de gerichte initiatieven die getuigen van het dynamisme van bepaalde ondernemingen of de goede wil van bepaalde werkgevers, moeten we ook duidelijk de realiteit onder ogen zien die heerst in de ondernemingen. Zo laten Bourgeois en coll. (2015) opmerken dat het blijven werken van personen met een chronisch gezondheidsprobleem vaak problematisch is door de hoge vereisten voor productiviteit en flexibiliteit die verband houden met de economische context, maar ongetwijfeld ook door de ideologie van de prestatiedrang die slecht past bij de menselijke variaties daarop.

De recente literatuur biedt ons toch redenen om te hopen op een positieve evolutie: daaruit blijkt immers een ontwikkeling van interdisciplinaire interventies die verankerd zijn in de werkplek. En we moeten benadrukken dat deze interventies de lijnen hebben gevolgd die werden uitgezet in het biopsychosociale model en de revalidatieprogramma's. De spelers die betrokken zijn bij dit proces zijn gespecialiseerde artsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, ergonomen, sociaal assistenten en in een mindere mate de bedrijfsarts en de adviserend geneesheer. Een van deze spelers krijgt de rol van verbindingspersoon met de arbeidsomgeving om een geleidelijke terugkeer naar het werk te vergemakkelijken.

Het gaat in elk geval om een evolutie die het Belgische systeem van sociale zekerheid zou moeten ondersteunen en aanmoedigen bij de beoogde modernisering van de nomenclatuur van de gezondheidszorgen en bij de komende evoluties van de reglementering inzake de ziekte- en invaliditeitsvergoedingen. We moeten echter vaststellen dat het uitgevoerde literatuuronderzoek aan de verantwoordelijken voor de verzekering voor gezondheidszorg en vergoedingen weinig gevalideerde variabelen biedt die als hefboom zouden kunnen dienen om de professionele re-integratie van personen met chronische pijnproblemen te bevorderen. De meeste elementen die ter sprake komen in de literatuur, zijn immers persoonlijke kenmerken die niet van belang zijn in het kader van een systeem voor universele verzekering dat onder het beheer van de overheid valt, of elementen die eigen zijn aan de arbeidsomgeving. Een eventuele wijziging van die elementen behoort niet tot de bevoegdheden van het RIZIV.

⁴ Travailler avec une maladie chronique évolutive. Travail et Changement n°360, 3e kwartaal 2015

Bijlage 1: Abstracten van de reviewartikelen 2005-2010

Berquin A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie.

Rev Med Suisse 2010 :1511-1513

Malgré ses limites, le modèle biopsychosocial est le modèle médical le plus abouti dont nous disposons à ce jour. Il reste pourtant mal compris et mal utilisé. Sur le plan théorique, cet ensemble d'hypothèses explicatives de la santé considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires. Une pratique clinique inspirée du modèle biopsychosocial intègre en permanence les perspectives biologique, psychologique et sociale et nécessite une participation active du patient, dont le corollaire est une importance accrue des aspects éducationnels. La relation thérapeutique est donc profondément modifiée. Une meilleure diffusion du modèle biopsychosocial nécessite un ajustement de l'enseignement, de la recherche et du financement de l'acte intellectuel.

Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions.

Disability & Rehabilitation 2010;32(8):607-21.

Purpose. Long-term sickness absence among workers is a major problem in industrialised countries. The aim of the review is to determine whether interventions involving the workplace are more effective and cost-effective at helping employees on sick leave return to work than those that do not involve the workplace at all.

Methods. A systematic review of controlled intervention studies and economic evaluations. Sixteen electronic databases and grey literature sources were searched, and reference and citation tracking was performed on included publications. A narrative synthesis was performed.

Results. Ten articles were found reporting nine trials from Europe and Canada, and four articles were found evaluating the cost-effectiveness of interventions. The population in eight trials suffered from back pain and related musculoskeletal conditions. Interventions involving employees, health practitioners and employers working together, to implement work modifications for the absentee, were more consistently effective than other interventions. Early intervention was also found to be effective. The majority of trials were of good or moderate quality. Economic evaluations indicated that interventions with a workplace component are likely to be more cost effective than those without.

Conclusion. Stakeholder participation and work modification are more effective and cost effective at returning to work adults with musculoskeletal conditions than other workplace-linked interventions, including exercise.

Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, Van Mechelen W. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain.

Scand J Work Environ Health 2005;31(4):249-57.

The effectiveness of return-to-work intervention for subacute low-back pain on work absenteeism, pain severity, and functional status was examined by means of a systematic review of randomized controlled trials. Publications in English that met the selection criteria were identified in a computer-aided search and assessed for methodological quality. A best-evidence synthesis was performed instead of statistical data pooling, because of the heterogeneity of the interventions and study populations. Five of nine studies comparing return-to-work intervention with usual care were identified as methodologically high-quality studies. Strong evidence was found for the effectiveness of return to work intervention on the return-to-work rate after 6 months and for the effectiveness of return-to-work intervention on the reduction of days of absence from work after > or = 12 months. It can be concluded that return-to-work interventions are equal or more effective regarding absence from work due to subacute low-back pain than usual care is.

W Kuijjer, Johan W. Groothoff, S Brouwer, Jan H. B. Geertzen, P U. Dijkstra Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review

J Occup Rehabil (2006) 16:439-467

Objectives: To provide evidence of predictors for sickness absence in patients with non-specific chronic low back pain (CLBP), distinguishing predictors aimed at the decision to report sick (absence threshold) and decision to return to work (return to work threshold).

Methods: Medical and psychological databases were searched, as well as citations from relevant reviews. In- and exclusion criteria were applied. Two reviewers assessed the methodological quality of the papers independently.

Results: Many different predictors were studied, and few factors were studied more than once. Consistent evidence was found for own expectations of recovery only as predictor for the decision to return to work. Patients with higher expectations had less sickness absence at the moment of follow-up measurement. As

expected, different predictors were found aiming at the absence threshold or the return to work threshold. Furthermore, predictors varied also with the measurement instruments used, timing of follow-up measurements, and definition of outcomes. Until now, too few studies are available to overcome several potential sources of heterogeneity.

Conclusions: No core set of predictors exists for sickness absence in general. The characteristics of the study including the decision to report sick or to return to work determined the influence of several predictors on sickness absence in patients with CLBP. Further research and use of a core set of measurements and uniform definitions are needed to predict sickness absence and return to work in patients with CLBP.

Schaafsma F, Schonstein E, Whelan WM, Ulvestad E, Kenny DT, Verbeek JH. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain

Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD001822. doi: 10.1002/14651858.CD001822.pub2

BACKGROUND: Physical conditioning programs aim to improve work status for workers on sick leave. This is an update of a Cochrane Review (Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain) first published in 2003.

OBJECTIVES: To compare the effectiveness of physical conditioning programs in reducing time lost from work for workers with back pain.

SEARCH STRATEGY: We searched the following databases to June/July 2008: CENTRAL (The Cochrane Library 2008, issue 3), MEDLINE from 1966, EMBASE from 1980, CINAHL from 1982, PsycINFO from 1967, and PEDro.

SELECTION CRITERIA: Randomized controlled trials (RCTs) and cluster RCTs that studied workers with work disability related to back pain and who were included in physical conditioning programs.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently extracted data and assessed risk of bias.

MAIN RESULTS: Thirty-seven references, reporting on 23 RCTs (3676 workers) were included, 13 of which had a low risk of bias. In 14 studies, physical conditioning programs were compared to usual care. In workers with acute back pain, there was no effect on sickness absence. For workers with subacute back pain, we found conflicting results, but subgroup analysis showed a positive effect of interventions with workplace involvement. In workers with chronic back pain, pooled results of five studies showed a small effect on sickness absence at long-term follow-up (SMD: -0.18 (95% CI: -0.37 to 0.00)). In workers with chronic back pain, physical conditioning programs were compared to other exercise therapy in six studies, with conflicting results. The addition of cognitive behavioural therapy to physical conditioning programs was not more effective than the physical conditioning alone.

AUTHORS' CONCLUSIONS: The effectiveness of physical conditioning programs in reducing sick leave when compared to usual care or than other exercises in workers with back pain remains uncertain. In workers with acute back pain, these programs probably have no effect on sick leave, but there may be a positive effect on sick leave for workers with subacute and chronic back pain. Workplace involvement might improve the outcome. Better understanding of the mechanism behind physical conditioning programs and return-to-work is needed to be able to develop more effective interventions.

Schaafsma F, Whelan K, Van der Beek AJ, Van der Es-Lambeek LC, Ojajärvi A, Verbeek JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain.

Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 30;8:CD001822. doi: 10.1002/14651858.CD001822.pub3

BACKGROUND: Physical conditioning as part of a return to work strategy aims to improve work status for workers on sick leave due to back pain. This is the second update of a Cochrane Review (originally titled 'Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain') first published in 2003, updated in 2010, and updated again in 2013.

OBJECTIVES: To assess the effectiveness of physical conditioning as part of a return to work strategy in reducing time lost from work and improving work status for workers with back pain. Further, to assess which aspects of physical conditioning are related to a faster return to work for workers with back pain.

SEARCH METHODS: We searched the following databases to March 2012: CENTRAL, MEDLINE (from 1966), EMBASE (from 1980), CINAHL (from 1982), PsycINFO (from 1967), and PEDro.

SELECTION CRITERIA: Randomized controlled trials (RCTs) and cluster RCTs that studied workers with work disability related to back pain and who were included in physical conditioning programmes.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently extracted data and assessed risk of bias. We used standard methodological procedures expected by The Cochrane Collaboration.

MAIN RESULTS: We included 41 articles reporting on 25 RCTs with 4404 participants. Risk of bias was low in 16 studies. Three studies involved workers with acute back pain, eight studies workers with subacute back pain, and 14 studies workers with chronic back pain. In 14 studies, physical conditioning as part of a return to work strategy was compared to usual care. The physical conditioning mostly consisted of graded activity with work-related

exercises aimed at increasing back strength and flexibility, together with a set date for return to work. The programmes were divided into a light version with a maximum of five sessions, or an intense version with more than five sessions up to full time or as inpatient treatment. For acute back pain, there was low quality evidence that both light and intense physical conditioning programmes made little or no difference in sickness absence duration compared with care as usual at three to 12 months follow-up (3 studies with 340 workers). For subacute back pain, the evidence on the effectiveness of intense physical conditioning combined with care as usual compared to usual care alone was conflicting (four studies with 395 workers). However, subgroup analysis showed low quality evidence that if the intervention was executed at the workplace, or included a workplace visit, it may have reduced sickness absence duration at 12 months follow-up (3 studies with 283 workers; SMD -0.42, 95% CI -0.65 to -0.18). For chronic back pain, there was low quality evidence that physical conditioning as part of integrated care management in addition to usual care may have reduced sickness absence days compared to usual care at 12 months follow-up (1 study, 134 workers; SMD -4.42, 95% CI -5.06 to -3.79). What part of the integrated care management was most effective remained unclear. There was moderate quality evidence that intense physical conditioning probably reduced sickness absence duration only slightly compared with usual care at 12 months follow-up (5 studies, 1093 workers; SMD -0.23, 95% CI -0.42 to -0.03). Physical conditioning compared to exercise therapy showed conflicting results for workers with subacute and chronic back pain. Cognitive behavioural therapy was probably not superior to physical conditioning as an alternative or in addition to physical conditioning.

AUTHORS' CONCLUSIONS: The effectiveness of physical conditioning as part of a return to work strategy in reducing sick leave for workers with back pain, compared to usual care or exercise therapy, remains uncertain. For workers with acute back pain, physical conditioning may have no effect on sickness absence duration. There is conflicting evidence regarding the reduction of sickness absence duration with intense physical conditioning versus usual care for workers with subacute back pain. It may be that including workplace visits or execution of the intervention at the workplace is the component that renders a physical conditioning programme effective. For workers with chronic back pain physical conditioning has a small effect on reducing sick leave compared to care as usual after 12 months follow-up. To what extent physical conditioning as part of integrated care management may alter the effect on sick leave for workers with chronic back pain needs further research.

van Duijn M, Eijkemans MJ, Koes B., Koopmanschap A, Burton AK, Burdorf A. The effects of timing on the cost-effectiveness of interventions for workers on sick leave due to low back pain.

OEM 2010; 67 : 744-750

Objective: To examine the effects of different timing of structured interventions for workers on sick leave due to low back pain on return to work (RTW), and the consequences for costs and benefits.

Methods: Literature reviews were conducted to identify RTW curves and to estimate treatment effects, costs and benefits of structured interventions among workers on sick leave due to low back pain. RTW curves were mathematically described by Weibull functions and intervention effects, expressed by hazard ratios, were used to adjust these Weibull functions. Subsequently, these functions were used to evaluate the theoretical effects of interventions on reduction in number of days on sick leave and on the benefit–cost ratio.

Results: The cost-benefits of a RTW intervention among workers on sick leave due to low back pain were determined by the estimated effectiveness of the intervention, the costs of the intervention, the natural course of RTW in the target population, the timing of the enrolment of subjects into the intervention, and the duration of the intervention.

Conclusion: With a good RTW in the first weeks, the only early interventions likely to be cost-beneficial are inexpensive work-focused enhancements to early routine care, such as accommodating workplaces. Structured interventions are unlikely to have an additional impact on the already good prognosis when offered before the optimal time window at approximately 8 to 12 weeks. The generalisability of the effectiveness of a RTW intervention depends on the comparability of baseline characteristics and RTW curves in target and source populations.

van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, et al. Workplace interventions for preventing work disability.

Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD006955

BACKGROUND: Work disability has serious consequences for all stakeholders and society. Workplace interventions are considered appropriate to facilitate return to work by reducing barriers to return to work, involving the collaboration of key stakeholders.

OBJECTIVES: To determine the effectiveness of workplace interventions compared to usual care or clinical interventions on work-related outcomes and health outcomes; and to evaluate whether the effects differ when applied to musculoskeletal disorders, mental health problems, or other health conditions.

SEARCH METHODS: We searched the Cochrane Occupational Health Field Trials Register, CENTRAL, MEDLINE and EMBASE (EMBASE.com), and PsycINFO databases (to November 2007).

SELECTION CRITERIA: We included randomized controlled trials of workplace interventions aimed at return to work for workers where absence from work because of sickness was reported as a continuous outcome.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two authors independently extracted data and assessed risk of bias of the studies. Meta-analysis and qualitative analysis (using GRADE levels of evidence) were performed.

MAIN RESULTS: We included six randomized controlled trials (749 workers): three on low back pain, one on upper-extremity disorders, one on musculoskeletal disorders, and one on adjustment disorders. Five studies were rated as having low risk of bias for the sickness absence outcome. The results of this review show that there is moderate-quality evidence to support the use of workplace interventions to reduce sickness absence among workers with musculoskeletal disorders when compared to usual care. However, workplace interventions were not effective to improve health outcomes among workers with musculoskeletal disorders. The lack of studies made it impossible to investigate the effectiveness of workplace interventions among workers with mental health problems and other health conditions. A comparison of a workplace intervention with a clinical intervention, in one study only, yielded similar results for sickness absence and symptoms for workers with mental health problems.

AUTHORS' CONCLUSIONS: As a result of the few available studies, no convincing conclusions can be formulated about the effectiveness of workplace interventions on work-related outcomes and health outcomes regardless of the type of work disability. The pooled data for the musculoskeletal disorders subgroup indicated that workplace interventions are effective in the reduction of sickness absence, but they are not effective in improving health outcomes. The evidence from the subgroup analysis on musculoskeletal disorders was rated as moderate-quality evidence. Unfortunately, conclusions cannot be drawn on the effectiveness of these interventions for mental health problems and other health conditions due to a lack of studies.

PLAIN LANGUAGE SUMMARY : Workplace interventions for preventing work disability

Six randomized controlled trials involving 749 workers were included in this systematic review. In five studies the workers had musculoskeletal disorders and in one study they had mental health problems. The results of this review show that there is moderate-quality evidence to support the use of workplace interventions to reduce sickness absence among workers with musculoskeletal disorders when compared to usual care. However, workplace interventions were not effective to improve health outcomes among workers with musculoskeletal disorders. Considering all the types of work disability together, the results showed low-quality evidence that workplace interventions are more effective than usual care in reducing absence from work because of sickness. Unfortunately, no conclusions could be drawn regarding interventions for people with mental health problems and other health conditions due to a lack of studies. In conclusion, care providers could implement workplace interventions in guiding workers disabled with musculoskeletal disorders if the main goal is return to work.

van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave

Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 5;10:CD006955. [Epub ahead of print] Review.

Background: Work disability has serious consequences for individuals as well as society. It is possible to facilitate resumption of work by reducing barriers to return to work (RTW) and promoting collaboration with key stakeholders. This review was first published in 2009 and has now been updated to include studies published up to February 2015.

Objectives: To determine the effectiveness of workplace interventions in preventing work disability among sick-listed workers, when compared to usual care or clinical interventions.

Search methods: We searched the Cochrane Work Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase, and PsycINFO databases on 2 February 2015.

Selection criteria: We included randomised controlled trials (RCTs) of workplace interventions that aimed to improve RTW for disabled workers. We only included studies where RTW or conversely sickness absence was reported as a continuous outcome.

Data collection and analysis: Two review authors independently extracted data and assessed risk of bias of the studies. We performed meta-analysis where possible, and we assessed the quality of evidence according to GRADE criteria. We used standard methodological procedures expected by Cochrane.

Main results: We included 14 RCTs with 1897 workers. Eight studies included workers with musculoskeletal disorders, five workers with mental health problems, and one workers with cancer. We judged six studies to have low risk of bias for the outcome sickness absence.

Workplace interventions significantly improved time until first RTW compared to usual care, moderate-quality evidence (hazard ratio (HR) 1.55, 95% confidence interval (CI) 1.20 to 2.01). Workplace interventions did not

considerably reduce time to lasting RTW compared to usual care, very low-quality evidence (HR 1.07, 95% CI 0.72 to 1.57). The effect on cumulative duration of sickness absence showed a mean difference of -33.33 (95% CI -49.54 to -17.12), favouring the workplace intervention, high-quality evidence. One study assessed recurrences of sick leave, and favoured usual care, moderate-quality evidence (HR 0.42, 95% CI 0.21 to 0.82). Overall, the effectiveness of workplace interventions on work disability showed varying results.

In subgroup analyses, we found that workplace interventions reduced time to first and lasting RTW among workers with musculoskeletal disorders more than usual care (HR 1.44, 95% CI 1.15 to 1.82 and HR 1.77, 95% CI 1.37 to 2.29, respectively; both moderate-quality evidence). In studies of workers with musculoskeletal disorders, pain also improved (standardised mean difference (SMD) -0.26, 95% CI -0.47 to -0.06), as well as functional status (SMD -0.33, 95% CI -0.58 to -0.08). In studies of workers with mental health problems, there was a significant improvement in time until first RTW (HR 2.64, 95% CI 1.41 to 4.95), but no considerable reduction in lasting RTW (HR 0.79, 95% CI 0.54 to 1.17). One study of workers with cancer did not find a considerable reduction in lasting RTW (HR 0.88, 95% CI 0.53 to 1.47).

In another subgroup analysis, we did not find evidence that offering a workplace intervention in combination with a cognitive behavioural intervention (HR 1.93, 95% CI 1.27 to 2.93) is considerably more effective than offering a workplace intervention alone (HR 1.35, 95% CI 1.01 to 1.82, test for subgroup differences $P = 0.17$).

Workplace interventions did not considerably reduce time until first RTW compared with a clinical intervention in workers with mental health problems in one study (HR 2.65, 95% CI 1.42 to 4.95, very low-quality evidence).

Authors' conclusions: We found moderate-quality evidence that workplace interventions reduce time to first RTW, high-quality evidence that workplace interventions reduce cumulative duration of sickness absence, very low-quality evidence that workplace interventions reduce time to lasting RTW, and moderate-quality evidence that workplace interventions increase recurrences of sick leave. Overall, the effectiveness of workplace interventions on work disability showed varying results. Workplace interventions reduce time to RTW and improve pain and functional status in workers with musculoskeletal disorders. We found no evidence of a considerable effect of workplace interventions on time to RTW in workers with mental health problems or cancer.

We found moderate-quality evidence to support workplace interventions for workers with musculoskeletal disorders. The quality of the evidence on the effectiveness of workplace interventions for workers with mental health problems and cancer is low, and results do not show an effect of workplace interventions for these workers. Future research should expand the range of health conditions evaluated with high-quality studies.

Plain language summary : Changes at the workplace for preventing disability in workers on sick leave

Background: Changes at the workplace such as working less hours or lifting less can help workers who are on sick leave get back to work earlier. Helping workers on sick leave get back to work earlier prevents long-term disability. Because there is still uncertainty about the effectiveness of workplace changes, we evaluated whether workplace interventions decrease time to return to work more than usual care or clinical interventions.

Studies: We searched the literature until 2 February 2015. We included 14 randomised controlled trials involving 1897 workers with a follow-up time of one year or more. In eight studies the workers had musculoskeletal disorders, in five studies they had mental health problems, and in one study they had cancer.

Key results: Considering all causes of work disability together, results showed that workplace interventions are effective in helping workers get back to work and in reducing duration of sickness absence. The effectiveness of workplace interventions is questionable regarding lasting return to work and recurrences of sick leave. The effectiveness of workplace interventions differs based on cause of work disability. We found moderate-quality evidence to support the use of workplace interventions in reducing sickness absence among workers with musculoskeletal disorders when compared to usual care. Workplace interventions were also effective in improving pain and functional status among workers with musculoskeletal disorders. The effectiveness of workplace interventions on sickness absence was not evident for workers with mental health problems or cancer. Furthermore, it was not clear whether a workplace intervention should be offered alone or in combination with a cognitive behavioural intervention.

Quality of the evidence

Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain

Best Pract Res Clin Rheumatol 2005 Aug;19(4):655-70

This chapter develops rehabilitation principles for the clinical and occupational management of non-specific low back pain (LBP). Rehabilitation has traditionally been a secondary intervention, which focused on permanent impairment, but this is inappropriate for LBP. Most patients with LBP do not have any irremediable impairment and long-term incapacity is not inevitable: given the right care, support and opportunity, most should be able to

return to work. Rehabilitation should then address obstacles to recovery and barriers to (return to) work. Rehabilitation should not be a separate, second stage after 'treatment' is complete: rehabilitation principles should be integral to clinical and occupational management. It should be possible to reduce sickness absence and long-term incapacity due to LBP by at least 30-50%, but this will require a fundamental shift in management culture.

Werner EL, Cote P. Low back pain and determinants of sickness absence.

***European Journal of General Practice* 2009;15(2):74-9.**

Background: Low back pain (LBP) is a frequent diagnosis for sickness absence. The process of sick-listing is complex, and the doctor must integrate information from several levels in the decision. Objective: The aim of this paper is to describe the main determinants of sickness absence for LBP.

Methods: We conducted a non-systematic search in Medline and personal files to identify determinants of sickness absence, and structured these into four levels of the sick-listing process. These levels are characteristics of 1) the sick-listed worker, 2) the sick-listing doctor, 3) the workplace, and 4) the cultural and economic conditions of the society.

Results: Important characteristics of the sick-listed person seem to be poor mental health, including negative beliefs about LBP. Also, comorbidity and lack of coping abilities are found associated to sickness absence. The impact of the doctors' personal beliefs about LBP is not clear. Doctors in general seem to be frustrated by their gatekeeper role and the influence of other healthcare providers on the sick-listing decision. The workplace is an important factor in the sick-listing process, but the impact of physical working conditions is of less importance than social support, job control, and demands. On the society level, the economic awards in sickness absence and the general acceptance of being sick listed seem to be of importance for the individual's decision to claim sick leave.

Conclusion: The sick-listing process for LBP is complex, and the determinants are mostly non-medical. It seems important to adopt a broad perspective of how a worker copes with pain and how these coping strategies interact with cultural, economic, and societal determinants of sickness certification.

Zampolini M, Bernardinello M, Tesio L (2007) RTW in back conditions

***Disability and Rehabilitation*, 29:17, 1377-1385, DOI: 10.1080/09638280701314980**

Purpose. Back conditions are a group of impairments that induce limitation of activities and restriction of participation, in particular delaying the Return to work (RTW). The purpose of this review is to analyse the components involved in RTW.

Method. We have included the studies and reviews about the intervention, assessment tools, variables used to forecast the RTW and the cost-benefit ratio.

Results. We found a relevant number of studies concerning back conditions and Return to work. The evidence is moderate and the meta-analysis failed to show strong indications of efficacy.

The better interventions to facilitate RTW are multidisciplinary, not necessarily intensive but taking into account a bio-psycho-social approach. The predictor of RTW does not only concern impairment (pain, rigidity etc.), but the self-estimation of ability is also important to forecast RTW. Intervention seems to be cost-effective if we calculate the saving cost in pension.

Conclusions. Comprehensive bio-psycho-social approaches seem to be the better modality of intervention to facilitate the RTW. More research is needed to obtain more knowledge about these issues. Particular attention should be placed on the choice of outcome measures and the cost-effectiveness of interventions

Bijlage 2: Bibliografie van de artikelen gepubliceerd van 2010 tot 2015

Article	Journal/Year	Author	Douleurs	Etude	Sujets	N	Pays
The impact of a brief vs. multidisciplinary intervention on return to work remains unclear for employees sick-listed with low back pain	Australian Occupational Therapy (2012), 249	Aas, R.W.	Low back pain	Comment on article			
Quelles possibilités d'insertion socioprofessionnelle pour la personne souffrant de douleur chronique	Louvain Médical (2015), 134; 27-38	Bourgeois P., Willems S., Haenecour L., Berquin A.	Chronic pain, fibromyalgia	Qualit : case study			Be
The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis.	Archives of Occupational and Environmental Health (2013), 86:119-137	Campbell, P., Wynne-Jones, G., Muller, S. & Dunn, K.M.	Back pain	Review			UK
Fibromyalgia and low back pain: Study of invalidating factors and facilitators to rehabilitation and stay at work. [French]. [References]. Fibromyalgie et lombalgie chronique: Etude des facteurs invalidants et facteurs facilitateurs a la reinsertion et au maintien professionnel.	Douleur et Analgésie (2011), 24,46-49	Celentano, J., Palmaricciotti, V., Nyssen, A.S., Malaise, N., Salamun, I. & Faymonville, M.E.	Fibromyalgia Low back pain		Patients		Be
Back pain and work.	Best Practice & Research Clinical Rheumatology (2010), 24, 227-240	Costa-Black, K.M., Loisel, P., Anema, J.R. & Pransky, G.	Low back pain	Review			Can

Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave?	Journal of Occupation Rehabilitation (2012), 22, 489-502	de Vries, H.J., Reneman, M.F., Groothoff, J.W., Geertzen, J.H.B. & Brouwer, S.	Chronic nonspecific musculoskeletal pain	Quant	Workers – Sick-listed workers	241	NL
Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review.	Disability and Rehabilitation (2012), 34:6, 443-58	de Vries, H.J., Reneman, M.F., Groothoff, J.W., Geertzen, J.H.B. & Brouwer, S.	Chronic nonspecific musculoskeletal pain	Review	Working subjects	/	NL
Obstacles to and facilitators of return to work after work-disabling back pain: the workers' perspective.	Journal of Occupational Rehabilitation (2013), 23:2, 280-9	Dionne, C.E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S.R. & Laperrière, E.	Back pain	Qual: focus groups	Participants returned to work and not or recently returned to work	Participants returned to work (9) and not or recently returned to work (10)	Can
Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial.	Spine (2012), 37, 1425-1431	Du Bois, M. & Donceel, P.	Low back pain	RCT	>4 weeks sick-leave	506	BE
What leads to the expectation to return to work? Insights from a Theory of Planned Behavior (TPB) model of future work outcomes.	Work (2013), 46, 25-37	Dunstan, D.A., Covic, T. & Tyson, G.A.	Musculoskeletal injury	Quant: questionnaire	Persons with a work injury	174	Aus
Early coordinated multidisciplinary intervention to prevent sickness absence and labour market exclusion in patients with low back pain: study protocol of a randomized controlled trial.	BMC Musculoskeletal Disorders (2013), 14:93	Fisker, A., Langberg, H., Petersen, T. & Steen Mortensen, O.	Low back pain	Protocol RCT	Sick-listed or at risk of sick-leave	770	DK

A scoping review of the knowledge base in WORK that addresses work related outcomes for individuals with chronic pain	Work (2010), 35:3, 283-99	Gangapersad, J., Brouwer, A., Kurilsky, S., Willis, E. & Shaw, L.	Chronic pain	Literature review				
Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review.	Journal of Physiotherapy (2012), 58	Hallegraeff, J.M., Krijnen, W.P., van der Schans, C.P. & de Greef, M.H.G.	Low back pain	Review				NL
Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder	Occupational medicine (2013), 63, 253-259	Hamer, H., Ghandi, R., Wo,g, S. & Mahomed, N.N.	Chronic pain	Quant	Injured workers	1002		Can
Pain in multiple sites and sickness absence trajectories: a prospective study among Finns.	Pain (2013), 154, 306-312	Haukka, E., Kaila-Kangas, L., Ojajarvi, A., Miranda, H., Karppinen, J., et al.	Musculoskeletal pain	Quant: Survey	Active population	3420		Fin
Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective	Scandinavian Journal of Occupational Therapy (2014), 21:1, 48-57	Jakobsen, K. & Lillefjell, M.	Chronic musculoskeletal pain	Qual: interview	Employees and employers	6 employees, 5 employers		NOR
Counselling low-back-pain patients in secondary healthcare: a randomised trial addressing experienced workplace barriers and physical activity.	Occupational & Environmental Medicine (2012), 69:21, 21-28	Jensen, L.D., Maribo, T., Schiottz-Christensen, B., Madsen, F.H., Gonge, B., et al.	Low back pain	RCT	Patients	360		DK
Sickness absence in patients with arm, neck and shoulder complaints presenting in physical therapy practice: 6 months follow-up.	Manual Therapy (2010), 15, 476-481	Karels, C.H., Bierma-Zeinstra, S.M., Verhagen, A.P., Koes, B.W. & Burdof.	Arm, neck and shoulder pain	Prospective cohort study	Sick-listed	161		NL

Psychosocial and demographic correlates of employment vs disability status in a national community sample of adults with chronic pain: toward a psychology of pain presenteeism.	Pain Medicine (2013), 14, 1698-1707	Karoly, P., Ruhlman, L. & Okun, M.A.	Chronic pain	Quant: Telephone interviews	Working – On disability	1293	US
Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature.	Disability and Rehabilitation (2012), 34:5, 355-382	Laisne, F., Lecomte, C. & Corbière, M.	Musculoskeletal disorders	Review	Patients	/	CAN
Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life.	BMJ (2010), 340, 1035	Lambeek, L., van Mechelen, W., Knol, D.L., Loisel, P. & Anema, J.R.	Chronic low back pain	RCT	Sick-listed for at least 12 weeks owing to low back pain	134	NL
Predictors of stable return-to-work in non-acute, non-specific spinal pain: low total prior sick-listing, high self prediction and young age. A two-year prospective cohort study.	BMC Family Practice (2010), 11, 53	Lindell, O., Johansson, S.-E. & Strenger, L.-E.	Non-specific spinal pain (back or neck pain)	Prospective cohort study	Sick-listed 6 weeks – 2 years	125	SWE
Hinders for continued work among persons with fibromyalgia.	BMC Musculoskeletal Disorders (2012), 13, 96	Mannerkorpi, K. & Gard, G.	Fibromyalgia	Qual: focus groups	Employees women	27	Swe
Determinants of sickness absence duration after an occupational back injury in the Belgian population.	American Journal of Industrial Medicine (2012), 55, 270-280	Mazina, D., Donneau, A.-F. & Mairiaux, Ph.	Back injury			11,262	BE
Pain-related work interference is a key factor in a worker/workplace model of work absence duration due to musculoskeletal conditions in Canadian nurses.	Journal of Occupational Rehabilitation (2013), 23:585-596	Murray, E., Franche, R.-L., Ibrahim, S., Smith, P., Carnide, N., Côté, P., Gibson, J., Guzman, J., et al.	Musculoskeletal injury	Cross-sectional survey	Employed nurses	941	Can

A case of mistaken identity? The role of injury representations in chronic musculoskeletal pain.	Disability and rehabilitation (2013), 35:18, 1552-1563	O'Hagan, F.T., Coutu, M.F. & Baril, R.	Pain from work injuries	Qual: Case study, interviews	Work-disabled	16	CAN
Biopsychosocial function analyses changes the assessment of the ability to work in patients on long-term sick-leave due to chronic musculoskeletal pain: the role of undiagnosed mental health comorbidity.	Scandinavian Journal of Public Health (2013), 247-255	Olaya-Contreras, P. & Styf, J.	Chronic musculoskeletal pain	Cross-sectional study	Sick-leave (mean 21 months)	174	Swe
Which aspects of health differ between working and nonworking women with fibromyalgia? A cross-sectional study of work status and health.	BMC Public Health (2012), 12, 1076	Palstam, A., Bjersing, J.L. & Mannerkorpi, K.	Fibromyalgia	Cross-sectional	Working and nonworking women	129	Swe
Factors promoting sustainable work in women with fibromyalgia.	Disability and Rehabilitation (2013), 35: 1622-9	Palstam, A., Gard, G. & Mannerkorpi, K.	Fibromyalgia	Qualitative interview study	Employed women	27	Swe
Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study.	European Spine Journal (2010), 19:1153-1161	Poulain, C., Kernéis, S., Rozenberg, S., Fautrel, B. Bourgeois, P. & Foltz, V.	Low back pain	Prospective study	Sick leave >1 month	105	Fr
Association of employment and working conditions with physical and mental health symptoms for people with fibromyalgia.	Disability and Rehabilitation (2012), 34:15, 1277-83	Rakovski, C., Zettel-Watson, L. & Rutledge, D.	Fibromyalgia	Cross-sectional study	People of working age with FM	1702	US
Perspectives on prevention, assessment, and rehabilitation of low back pain in WORK	Work (2010), 35, 269-282	Ravenek, M.J., Bryson-Campbell, M.M., Shaw, L. & Hughes, I.D.	Low back pain	Literature review			

Adapting principles of chronic pain self-management to the workplace.	Disability and rehabilitation (2012), 34:8, 694-703	Shaw, W.S., Tveito, T.H., Geehern-Lavoie, M., Huang, Y-H., Nicholas, M.K., Reme, S.E., Wagner, G. & Pransky,	Chronic pain	Qual: program evaluation	/	/	US
Looking upstream to understand low back pain and return to work: psychosocial factors as the product of system issues.	Social Science and Medicine (2010), 71:9, 1557-66	Soklaridis, S., Ammendolia, C. & Cassidy, D.	Low back pain	Qual: focus groups	Workers, employers, unions, health and safety associations, physicians and non-physician clinicians, RTW coordinators, compensation board		Can
Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention.	Musculoskeletal Disorders (2011), 12, 112	Stapelfeldt, C.M., Christiansen, D.H., Jensen, O.K., Nielsen, C.V., Petersen, K.D. & Jensen, C.	Low back pain	RCT	Sick-listed for 3 – 16 weeks	351	DK
Validation of a risk factor-based intervention strategy model using data from the readiness for return to work cohort study.	Journal of Occupational Rehabilitation (2010), 20, 394-405	Steenstra, I.A., Ibrahim, S.A., Franche, R.-L., Hogg-Johnson, S., Shaw, W.S. & Pransky, G.S.	Low back pain	Cohort study	Working + sick-listed	442	CAN
Injured workers' construction of expectations of return to work with sub-acute back pain: the role of perceived uncertainty.	Journal of Occupational Rehabilitation (2012), 22, 1-14	Stewart, A.M., Polak, E., Young, R. & Schultz, I.Z.	Back pain	Qual: interviews	Sick leave between 3 and 6 months	18	Can
Targeting catastrophic thinking to promote return to work in individuals with fibromyalgia	Journal of Cognitive Psychotherapy (2012), 26:2, 130-142	Sullivan, M.J.L., Adams, H. & Ellis, T.	Fibromyalgia (chronic low back pain)	Quant	Patients with FM and CLBP	60	Can

Absenteeism screening questionnaire (ASQ): a new tool for predicting long-term absenteeism among workers with low back pain.	Journal of Occupational Rehabilitation (2012), 22, 27-50	Truchon, M. Schmouth, M.-E., Côté, D., Fillion, L., Rossignol, M. & Durand, M.-J.	Low back pain	Quant	Injured workers receiving income replacement	535	Can
Managing pain in the workplace: a focus group study of challenges, strategies and what matters most to workers with low back pain.	Disability and Rehabilitation (2010), 32:24, 2035-45	Tveito, T.H., Shaw, W.S., Huang, Y.-H., Nicholas, M. & Wagner, G.	Low back pain	Qual: focus groups	Workers with LBP	38	US
Medically unexplained chronic pain in Australia: Difficulties for rehabilitation providers and workers in pain	Work (2010), 36:2, 167-79	Wales, C., Matthews, L.R. & Donnelly, M.	Chronic pain	Literature review			Aus
Supervisors' responses to sickness certification for an episode of low back pain: employees' personal experiences.	Disability and Rehabilitation (2011), 33, 1728-36	Wrapson, W. & Mewse, A.J.	Low back pain	Qual: interviews	Employees	16	N-Z

Hoofdstuk II. Cartografie en stand van zaken van de initiatieven die genomen zijn ten gunste van de terugkeer naar het werk

II.1. Cartografie en stand van zaken van de initiatieven die genomen zijn op sociaalprofessioneel vlak in België inzake chronische pijnproblemen

II.1.1. Methodologie

Om een inventaris van deze initiatieven te maken heeft het onderzoeksteam onderzoek op het terrein uitgevoerd bij vijf doelgroepen (cfr. tabel 2 hieronder). Om dit onderzoek voor te bereiden werd een handleiding voor het gesprek per doelgroep uitgewerkt (cfr. bijlagen 3). Naast de vragen die eigen waren aan elke doelgroep, kaartten de gesprekshandleidingen drie gemeenschappelijke thema's aan:

- Prevalentie van de herhaalde arbeidsongeschiktheden als gevolg van de chronische pijnproblemen
- Profiel van de personen die betrokken zijn door dit soort ongeschiktheid
- Preventieprogramma's in bedrijven om de re-integratie van personen met chronische pijnproblemen te vergemakkelijken

Tabel 2 geeft in detail voor elke doelgroep het aantal gecontacteerde instellingen of personen, en het aantal ervan die daadwerkelijk zijn ingegaan op het voorstel voor een gesprek.

Doelgroepen	Gecontacteerde organismen	Uitgevoerde gesprekken
Ondernemingen	FR: 20 grote + 17 kmo's NL: 5 grote	FR: 14 waarvan 5 in kmo's NL: 2
Externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (EDPB)	FR/NL: 7	FR/NL: 3
Pijncentra	FR: 6 NL: 7	FR: 1 NL: 4
Instellingen gespecialiseerd in de begeleiding van mindervaliden	FR: 1 NL: 1	FR: 1 NL: 1
Patiëntenverenigingen en/of patiënten	FR: 7 NL: 10	FR: 1 (collectief) + 9 patiënten met chronische migraine NL: 1

Tabel 2: Overzicht van de contactnames en gevoerde gesprekken in Wallonië en Vlaanderen

- **Gesprekken met ondernemingen.** In totaal werd met 42 ondernemingen contact opgenomen. Bij 16 hiervan kon een gesprek worden gehouden (zie Tabel 1) met de spelers die betrokken zijn bij het proces voor de terugkeer naar het werk: 11 in grote

ondernemingen (met een personeelsbestand tussen 300 en 26.000 werknemers) en 5 in kmo's met 100 à 200 werknemers. Dr. Sarah Lequeux van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk Cesi nam contact op met de kmo's. De interviews werden via de telefoon afgenomen en duurden 20 tot 45 minuten. Deze interviews werden allemaal opgenomen en daarna werden de essentiële elementen ervan uitgeschreven. De meerderheid van de geïnterviewde personen waren bedrijfsartsen en preventieadviseurs, maar in bepaalde ondernemingen werd gesproken met de verantwoordelijke van human resources (HR) of een adviseur van de HR-afdeling.

Op vraag van de geïnterviewde personen zijn de namen van hun ondernemingen niet in dit rapport vermeld. Deze ondernemingen behoren tot heel uiteenlopende sectoren: overheidsadministratie (1), chemie (2), automobielassemblage (1), groeven (1), postdiensten (1), voeding (1), wegtransport (1), zorginstellingen (1), logistiek (1), laboratoria (1), residentiële ouderenzorg (1), fabricatie van producten in plastic (1), houtbewerking (1), civieltechnische werken (1), sociale actie (1).

- **Gesprekken met externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (EDPB).** Drie telefoongesprekken werden gevoerd met een preventieadviseur voor psychosociale aspecten (Idewe), een bedrijfsarts (Securex) en een bedrijfsarts - R&D-directeur (Mensura).

- **Gesprekken met pijncentra.** Vijf gesprekken werden gevoerd (zie Tabel 1) met het diensthoofd van de centra van UCL Saint-Luc, ZOL Genk, ZNA Middelheim en Jessa Hasselt, en met het multidisciplinaire team van het centrum van UZ Pellenberg (KUL). Het multidisciplinaire team bestond uit een arts-coördinator van het centrum, een arts, een sociaal assistent, een verpleegster, een kinesitherapeut en een psycholoog. Deze keer werden de gesprekken ter plaatse gevoerd.

- **Gesprekken met instellingen gespecialiseerd in de begeleiding van mindervaliden.** Twee gesprekken werden uitgevoerd (zie Tabel 1) via de telefoon, het ene met het AWIPH (Agence Wallonne Pour l'Intégration des Personnes Handicapées) in Wallonië en het andere met het GTB (Gespecialiseerde Trajectbegeleiding en -bepaling van personen met een arbeidshandicap) in Vlaanderen. Het gesprek met het GTB werd voorbereid door de directeur van het GTB, een medewerkster en de contactpersoon van de VDAB (Vlaamse Dienst Voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding).

- **Gesprekken met patiëntenverenigingen.** Er werden twee gesprekken gevoerd. Het eerste werd via de telefoon gevoerd met de ter zake gespecialiseerde medewerkster van het Vlaams Patiëntenplatform. Het tweede gesprek had een collectief karakter en werd gedurende een namiddag gevoerd in de lokalen van de L.U.S.S (Ligue des Usagers des Services de Santé). Het bracht vertegenwoordigers van meerdere patiëntenverenigingen samen. Bovendien werden 9 gesprekken gevoerd met patiënten met chronische migraine.

II.1.2. Resultaten: het standpunt van de ondernemingen

Het aantal betrokken medewerkers

De meeste geïnterviewde ondernemingen bevestigen dat ze de frequentie van de herhaalde of langdurige arbeidsongeschiktheden binnen hun structuur die te wijten zijn aan chronische pijnproblemen, niet kunnen inschatten. Deze miskennis is te begrijpen, want de werkgevers hebben in principe geen toegang tot de diagnose die de arbeidsongeschiktheid motiveert.

Een grote productieonderneming meent echter dat 76 % van de ongeschiktheden van lange duur verband houden met osteoarticulaire problemen. De andere arbeidsongeschiktheden hebben te maken met psychosociale problemen.

De bestaande initiatieven voor professionele re-integratie

Alle geïnterviewde ondernemingen bevestigen dat ze over algemene procedures beschikken om hun medewerkers gemakkelijk opnieuw te integreren in het werk. Het gaat vooral om een deeltijdse werkhervatting, een aanpassing van de functie (bijvoorbeeld een vermindering van de druk) en/of een materiële aanpassing (bijvoorbeeld de zitplaats) of een organisatorische aanpassing (bijvoorbeeld telewerken). Het is belangrijk om te benadrukken dat al deze maatregelen niet specifiek zijn voor chronische pijnproblemen en dus van toepassing zijn op alle werknemers met een arbeidsongeschiktheid, ongeacht hun gezondheidsproblemen. Bovendien kunnen de toepasselijkheid en de doeltreffendheid van deze maatregelen voor de terugkeer naar het werk niet worden beoordeeld, want er bestaan meestal binnen deze ondernemingen geen middelen om het effect van hun acties te meten.

Vier ondernemingen verklaren niettemin dat zij krachtige en systematische tools voor re-integratie hebben ontwikkeld.

De eerste moedigt de re-integratie aan via een behoud van het contact met de arbeidsongeschikte werknemer, bezoeken voorafgaand aan de hervatting, een betere coördinatie van de diensten (productie/interne en externe dienst voor preventie en bescherming op het werk/bedrijfsarts/HRD), maar ook door de ontwikkeling van een theoretische en praktische opleiding die wordt gegeven aan de werknemers over de risico's in verband met hun werkplek. Dankzij deze maatregelen kon een belangrijke vermindering van de frequentie, de duur en de kosten in verband met de arbeidsongeschiktheden worden vastgesteld. Deze onderneming heeft ook een systeem opgesteld met fiches over de lastigheid per werkplek. Daarmee hebben alle hiërarchische niveaus een betere kennis van de risico's en kunnen ze dus beter ingrijpen bij problemen.

De tweede, een grote industriële onderneming, heeft een programma ontwikkeld onder de titel "Care for you". Een verpleegster neemt contact op met de afwezige persoon, stelt hem vragen over zijn ziekte en de opvolging van de behandeling. Zij geeft advies aan de medewerker en legt de mogelijkheden uit om contact op te nemen met de onderneming. Zij kan de medewerker ook doorverwijzen naar een psychotherapeut. De afwezige personen hebben immers recht op psychotherapiesessies die betaald worden door de onderneming. In dit opvolgingsproces stelt de verpleegster zich in verbinding met de HR-verantwoordelijke en geeft zij nieuws over de medewerker aan de betrokken overste. De vakbonden worden alleen ingeschakeld bij problemen. Na een afwezigheid van 6 maanden wordt een raadpleging gepland met de bedrijfsarts. Daarbij wordt gesproken over de opvolging van de behandeling, de geschatte datum van terugkeer, de behoeften aan aangepast werk of een deeltijdse

hervatting. Bij een chronische ziekte kan een VOP worden aangevraagd bij de VDAB (Vlaamse Ondersteuningspremie: een premie die door de VDAB aan de werkgever wordt betaald voor het aanwerven van een persoon met een handicap). Het programma maakt deel uit van de collectieve arbeidsovereenkomst van de onderneming. Er wordt nagedacht of het wenselijk en haalbaar is om het gesprek met de bedrijfsarts te laten plaatsvinden na 3 maanden afwezigheid in plaats van na 6 maanden.

De dienst voor preventie en bescherming op het werk van de onderneming verzamelt gegevens over de oorzaken en de duur van de afwezigheden, de hervatting en het aangepaste werk. Toch blijft de 'return on investment' van het programma moeilijk te bewijzen: is een daling van de absentiepercentages specifiek toe te schrijven aan dit programma?

Een derde onderneming uit de logistieke sector biedt de mogelijkheid tot aangepast werk en/of een halftijdse baan, maar voor een periode van maximaal 3 maanden. Deze mogelijkheid wordt slechts geboden als er een zicht is op een volledige herneming na 3 maanden. Het principe wordt toegepast met een zekere soepelheid en met een bijzondere aandacht voor problemen die daarom vragen, zoals kanker. Tijdens deze overgangperiode moeten de medewerkers in staat zijn om 80 % van de taken in drie 'productiegebieden' uit te voeren waardoor er binnen het team geroteerd kan worden voor de uitvoering van de taken. Er is een procedure waarmee de medewerker bij het begin van de terugkeer naar het werk wordt begeleid door een collega, maar deze maatregel is niet rendabel. Een flexibel uurrooster of telewerken is echter niet mogelijk. De spelers die in dit geval betrokken zijn, zijn de bedrijfsarts, de HR-verantwoordelijke, soms de vakbonden of een ergonomist die intern bij de onderneming werkt.

In een vierde grote onderneming uit de gezondheidssector stuurt de personeelsdienst de medewerker na een afwezigheid van 3 weken een brief. Daarin staat uitgelegd dat hij verplicht bij de bedrijfsarts moet langsgaan en dat een bezoek voorafgaand aan de hervatting mogelijk is als de werkplek moet worden aangepast of als er bijzondere aanbevelingen zijn. Bij het bezoek voorafgaand aan de hervatting raadt de bedrijfsarts soms aan om contact op te nemen met de hiërarchie, om te zien welke manoeuvreerruimte er zal zijn bij de terugkeer naar het werk. Volgens de gevallen wordt aanbevolen om een gesprek te hebben met de min of meer hoge hiërarchie (vragen om minder lasten te dragen → directe hiërarchie, vragen om geen lasten meer te dragen is al moeilijker, vragen om geen patiënten meer te manipuleren → een gesprek hebben met HR). Het gaat om informele ontmoetingen. Deze procedure wordt gelijkmatig toegepast op alle personeelscategorieën. In dit kader werkt de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk, waarvan de arts deel uitmaakt, nauw samen met HR en de hiërarchie.

We moeten opmerken dat er bij twee van deze vier ondernemingen recidieven zijn bij de personen die een programma hebben gevolgd of die deeltijds het werk hebben hervat. Ze geven aan dat het beheer van deze recidieven de organisatie van het werk bemoeilijken.

De factoren die de terugkeer naar het werk makkelijker of moeilijker maken

Volgens de gesprekspartners van deze ondernemingen hebben de belangrijkste factoren die de professionele re-integratie makkelijker maken, te maken met de werkomgeving, hoewel bepaalde ondernemingen het ook hebben over de persoonlijkheid en de bereidheid van de persoon. Dit zijn de factoren die genoemd worden vanuit het standpunt van de

werkomgeving: het openstaan van de onderneming voor procedures voor de terugkeer naar het werk, de bedrijfscultuur, het contact tussen de medewerker en de onderneming tijdens de periode van afwezigheid, het contact tussen de behandelende arts en de bedrijfsarts, de mogelijkheden voor de aanpassing van de werkplek, de aan de werknemers gegeven opleiding om te vermijden dat ze zich pijn doen. De betrokkenheid van alle betrokken partijen, een doeltreffende opvolging van de re-integratie, het politieke engagement van de hiërarchie en de steun van de collega's worden eveneens genoemd.

De belangrijkste factoren die een hindernis vormen voor de terugkeer naar het werk vanuit het standpunt van de onderneming hebben dan weer meer te maken met de werknemer, en in het bijzonder met de ernst van het medische probleem. Dit element zou het voor de werkgever moeilijker maken om het werk te kunnen aanpassen.

Voor de werkgever wordt het gebrek aan lichte functies aangegeven als een belangrijke hindernis voor de terugkeer naar het werk. Twee ondernemingen hebben de redenen uitgelegd waarom er minder lichte functies zijn dan vroeger: door de mechanisatie van het werk en door de strengere veiligheidsregels kan aan personen zonder specifieke opleiding niet langer gemakkelijk een nieuwe functie worden gegeven. Bovendien is het soms onmogelijk om dit kleine aantal lichte functies uitsluitend voor te behouden voor personen die net een arbeidsongeschiktheid achter de rug hebben. Deze functies moeten worden opgenomen in de werkrotatiesystemen in het kader van een duurzame tewerkstelling.

II.1.3 Resultaten: het standpunt van de EDPB's

Personen met een arbeidsongeschiktheid van lange duur

De bedrijfsartsen van de EDPB's hebben een ontmoeting met de personen die langer dan 4 weken afwezig zijn. Vaak gaat dit om een bezoek voor de hervatting van het werk. Volgens hen zijn de aandoeningen die verband houden met langdurige of herhaalde afwezigheden musculoskeletale aandoeningen, rugpijn en in een mindere mate geestelijke aandoeningen. Rug- en polsletsels worden eveneens vermeld. Deze aandoeningen gaan gepaard met klachten over pijnproblemen.

Ze beschikken niet over precieze cijfers. Volgens de ondervraagde artsen komen deze problemen niettemin vaker voor in de gezondheidssector, de thuiszorg en de industrie bij werknemers met een zware werklast en bij personen die ouder zijn dan 45 jaar.

Door de EDPB's gekende programma's

Volgens de EDPB's is er geen specifiek programma voor personen met chronische pijnproblemen. Bepaalde ondernemingen hebben een beleid ontwikkeld voor het beheer van het absentisme en de terugkeer naar het werk of het beheer van oudere werknemers (45+) dat indirect de terugkeer naar het werk bevordert.

Een beleid voor het beheer van het absentisme kan erin bestaan dat telefonisch contact wordt opgenomen met de afwezige persoon om de werkhervatting voor te bereiden door bijvoorbeeld een aangepaste functie te zoeken. Vaak gaat het om een samenwerking tussen de personeelsdienst en de oversten. Soms wordt ook een sociaalmedisch team erbij betrokken.

Een studie uit 2012 door Mensura bij 700 werkgevers toont dat slechts 14 % van de werkgevers een dergelijk programma heeft ontwikkeld en dat 34 % ad hoc maatregelen ontwikkelt. Deze maatregelen bestaan er bijvoorbeeld in om de werknemer aan te bevelen om de bedrijfsarts te raadplegen die hem kan doorverwijzen naar instanties die kunnen tussenkomen in een re-integratietraject. Daarbij kan de werkplek worden aangepast dankzij subsidies van het Ervaringsfonds en de VDAB of kunnen periodes voor telewerken worden voorgesteld.

Helaas zijn deze maatregelen vaak beperkt tot een medische controle over de reden van het absentisme. Hoewel de werkgevers zich meer tevreden tonen over de preventiemaatregelen inzake de bevordering van de gezondheid en de vermindering van de psychosociale risico's, blijft de medische controle in de praktijk de meest gebruikte maatregel inzake absentisme.

Het vermelde programma voor het beheer van oudere werknemers heeft tot doel om de vaardigheden en kwalificaties van werknemers te behouden en te ontwikkelen door hen toegang te verlenen tot opleidingen. Het kan eveneens bestaan uit een aanpassing van de arbeidstijd door de invoering van een extra verlofdag per schijf van 10 anciënniteitsjaren in de onderneming.

Het programma voor de preventie van rugpijnproblemen van het FBZ werd ook genoemd.

Het project "Activ84work" wil personen met een chronische ziekte, namelijk de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, ondersteunen bij het behoud van hun baan. Het project voorziet de opvolging en de ondersteuning van 20 personen met de ziekte van Crohn. Deze chronische ontstekingsziekte treft vooral het actieve deel van de bevolking in de leeftijdsgroep tussen 15 en 45 jaar. De symptomen zijn diarree, buikpijn, gewichtverlies, koorts en vermoeidheid. Volgens een enquête is bijna 40 % van deze patiënten omwille van zijn aandoening ten minste één keer van vak of functie veranderd. 59 % van hen meent dat zijn ziekte zijn professionele ontwikkeling sterk verhindert. Voor de deelnemers zal in overleg met de werknemer telewerk worden georganiseerd. Dit project is de vrucht van een samenwerking tussen AbbVie, Mensura, Proximus, SD Worx, UZ Leuven en de patiëntenvereniging 'CCV vzw'. De eerste resultaten worden in het begin van 2016 verwacht.

De factoren die de terugkeer naar het werk makkelijker of moeilijker maken

De factoren die de terugkeer naar het werk moeilijker maken en die door onze gesprekspartners van de EDPB's werden vermeld, hebben vaak te maken met de onderneming, zoals het feit dat de werkgever wil dat de werknemer snel 100 % (of zelfs 150 %) presteert: de betrokken persoon moet volledig in staat zijn om zijn werk opnieuw op te nemen. Andere factoren zijn het ontbreken van mogelijkheden om de werkplek aan te passen of het ontbreken van een plan voor de hervatting van het werk: in die gevallen laat men de personen maar hervatten en op een bepaald moment vraagt men zich af: "Wat doen we?". Het verbreken van het contact tussen de werknemer en de werkomgeving tijdens zijn arbeidsongeschiktheid, is een negatieve factor voor de terugkeer naar het werk. Andere factoren hebben te maken met de samenwerking tussen artsen. Er is te weinig dialoog tussen de verschillende medische interveniënten: de huisarts, de bedrijfsarts en de adviserend geneesheer. De bedrijfsarts ziet de persoon aan het einde van het traject: hij is oorspronkelijk niet betrokken bij het proces voor de terugkeer naar het werk. Als het discours van de behandelende arts dan bovendien eerder negatief is, wordt het heel moeilijk om iemand opnieuw te integreren.

Volgens onze gesprekspartners zou men de voorkeur moeten geven aan een echt beleid voor het beheer van het absentisme en de terugkeer naar het werk en niet alleen aan maatregelen die geval per geval aanpakken. Een beschouwing en een voorafgaande cartografie van de plekken waar aangepast werk kan worden gecreëerd, zijn nodig. Er moet bovendien nagedacht worden over de status van deze functies: zijn ze permanent of tijdelijk? Daarna moet er ook worden nagedacht over de communicatie naar het personeel van het absentismebeleid. Deze beschouwing moet worden gemaakt met het CPBW en de vakbonden. Het is ook belangrijk dat de hiërarchie en de oversten betrokken zijn.

Onze gesprekspartners hebben ons enkele aanvullende beschouwingen gegeven over de benaderingen die moeten worden ontwikkeld voor de terugkeer naar het werk.

Bij chronische pijnproblemen gaat het in het algemeen om niet-zichtbare klachten. Zou het beleid voor re-integratie dan ook niet eerst correct uitgevoerd moeten worden voor personen met zichtbare fysieke ongeschiktheden en zou dat beleid dan daarna niet functioneel moeten worden gemaakt voor personen met chronische pijnproblemen en geestelijke aandoeningen?

Het is belangrijk dat de bedrijfsarts een actieve rol speelt, maar momenteel wordt er een debat gevoerd over de financiële implicaties. In het huidige wetgevende kader staan de EDPB's weigerachtig tegenover het bevorderen van een dergelijke aanpak. Daardoor zouden ze immers geconfronteerd worden met meer vragen voor activiteiten die verlieslatend zijn: raadplegingen met het oog op een professionele re-integratie zijn tijdrovend, met extra telefoontjes, en de opvolgingsraadplegingen die heel frequent zijn, kunnen niet worden gefactureerd aan de betrokken ondernemingen.

II.1.4 Resultaten: het standpunt van de pijncentra

De populaties, vakgebieden en soorten activiteiten met risico's op professionele uitsluiting

De gesprekspartners benadrukken dat de interactie van meerdere factoren bepaalt of een persoon al dan niet blijft werken. De elementen die een rol spelen in dit proces zijn de medische diagnose, de functionele impact van het medische probleem, de fase van de ziekte, het soort werk, de financiële impact van de ziekte, de gezinstoestand en de sociale context, de houding van de werkgever, de persoonlijkheid van de patiënt (bijvoorbeeld perfectionisme) enzovoort. We mogen geen enkel van deze elementen apart bekijken. Een van de centra benadrukt dat zelfs iemand met jaren ervaring moeilijk kan voorspellen wie van zijn patiënten het werk zal hervatten.

Enkele elementen worden niettemin door onze gesprekspartners benadrukt: de personen van een lagere sociale klasse, zonder specifieke beroepsopleiding die een fysiek zwaar werk uitvoeren (bijvoorbeeld in de schoonmaak- of bouwsector) zijn kwetsbaarder. De gelijktijdige aanwezigheid van meerdere psychosociale factoren ('yellow flags') en het feit dat de pijnproblemen een verspreide of diffuse aard hebben, zijn negatieve factoren voor de terugkeer naar het werk. Deze factoren worden ook vermeld in de wetenschappelijke literatuur. De personen bij wie therapieën of chirurgische ingrepen niet hebben gewerkt, zouden ook kwetsbaarder zijn voor het risico op professionele uitsluiting.

Een van de artsen merkt op dat bepaalde patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, vaak in verband met traumatische situaties uit het verleden, en met kenmerken van manipulerend

gedrag, erin slagen om het medisch-sociale systeem ten volle te benutten. Daardoor zijn deze patiënten vaak heel weinig gemotiveerd om te veranderen.

De ondervraagde artsen van de centra menen dat er geen echte verschillen zijn tussen de verschillende soorten professionele activiteiten wat de waarschijnlijkheid van de terugkeer naar het werk betreft. Zij preciseren dat in het algemeen de vakgebieden die het meest aanleiding geven tot een werkhervatting, die vakgebieden zijn die voldoende flexibel zijn als het aankomt op arbeidstijd (een deeltijdse hervatting is mogelijk) en die vakgebieden die veel beweging toelaten (waarbij de werknemer niet de hele dag zit of rechtop staat). Idealiter kan de persoon zijn werkritme aanpassen aan zijn pijnproblemen van die dag.

De bestaande initiatieven voor professionele re-integratie

De gesprekspartners zijn het erover eens: ze hebben geen weet van concrete initiatieven in de ondernemingen in België.

Aan Franstalige zijde sporen de pijncentra hun leden aan om contact op te nemen met het AWIPH. Het centrum van de Cliniques universitaires Saint-Luc heeft enkel kennis van maatregelen die vooral ontwikkeld werden voor lumbalgieën, in samenwerking met een ergonoom (wellicht in het kader van het 'rugprogramma' van het FBZ).

De Nederlandstalige centra moedigen de patiënten aan om contact op te nemen met het GTB. Soms begeleidt een sociaal assistent de patiënt wanneer hij een eerste afspraak heeft met het GTB. De VOP (Vlaamse ondersteuningspremie) is een Vlaamse maatregel die de gesprekspartners heel efficiënt vinden om mensen aan het werk te houden. De initiatieven van het Fonds voor de beroepsziekten werden eveneens vermeld.

Een arts meldt de mogelijkheid van een re-integratietraject via het RIZIV met het akkoord van de arts van het ziekenfonds.

In elk geval is er een grote miskennis van de bestaande initiatieven. Het lijkt erop dat de informatie niet tot bij de artsen van de centra geraakt. Zelfs wie een bijzondere belangstelling heeft voor dit onderwerp zegt de informatie niet te kunnen vinden.

Volgens onze gesprekspartners nemen de patiënten weinig of geen initiatief tot het hervatten van het werk omdat zij geen weet hebben van de verschillende mogelijkheden. De artsen merken nochtans een actieve vraag van bepaalde patiënten om het werk te hervatten. Een van de artsen verklaart dat 30 tot 40 % van zijn patiënten actief vraagt om het werk te hervatten.

In een ander centrum stelt de arts bij de eerste raadpleging een open vraag over de verwachtingen die de patiënt heeft over de behandeling. Vijf procent van de patiënten antwoordt dan: "Opnieuw aan het werk gaan". Bovendien meldt nog 10 % van de patiënten spontaan tijdens de eerste raadpleging dat ze wel graag opnieuw aan het werk zouden gaan. Deze 15 % van de patiënten stelt dus spontane vragen over de werkhervatting. Het gaat hier om patiënten met een gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur van 76 maanden.

De factoren die de terugkeer naar het werk makkelijker of moeilijker maken

De factoren die de werkhervatting makkelijker maken, worden in dit deel niet beschreven omdat ze het spiegelbeeld vormen van de factoren die eerder al werden vermeld (bijvoorbeeld goede versus slechte relaties binnen het team op het werk).

De hindernissen die de verschillende gesprekspartners vermelden, kunnen worden opgedeeld volgens het ongeschiktheidsmodel dat werd ontwikkeld door Loisel et al. (2001), (Franche et al. 2005). Dat model beschouwt de arbeidsongeschiktheid als een complexe interactie tussen het persoonlijke systeem van de patiënt enerzijds en de verschillende sociale systemen anderzijds (gezondheidszorg, werkomgeving, wetgevend en verzekeringssysteem). Hieronder hernemen we de elementen die voor deze verschillende systemen werden vermeld.

Op persoonlijk vlak:

- Pijn
- Vermoeidheid
- Vermindering van de fysieke conditie
- Cognitieve aandoeningen
- Angst en depressie
- Schommeling van de symptomen in de tijd
- Functioneel aspect, revalidatie
- Angst voor recidief
- Voorstellingen en overtuigingen in verband met het risico van het werk voor de gezondheid
- Gebrek aan motivatie
- Lager opleidingsniveau
- Personen die denken dat een omscholing voor hen niet mogelijk is
- Personen die kwetsbaar zijn op psychosociaal vlak, die in sociaal moeilijke omstandigheden leven, bijvoorbeeld eenoudergezinnen
- Extraprofessionele verplichtingen (familiale en huishoudtaken)

Op het vlak van de verschillende sociale systemen:

Wat het gezondheidssysteem betreft, moet de mentaliteit voor het voorschrijven van het stoppen met werken nog veranderen. Het zal tijd vergen alvorens alle niveaus van de gezondheidszorg op dezelfde golflengte zitten.

Wat het wetgevend- en verzekeringssysteem betreft, stellen we de volgende verschillende factoren vast:

- Miskenning bij de patiënten
- Miskenning bij de werkgevers
- Gebrek aan financiële 'incentives'
- Weinig mogelijkheden voor een geleidelijke werkhervatting
- Angst voor het verlies van vergoedingen, angst voor de gevolgen voor het inkomen
- Angst voor de financiële gevolgen van recidieven

Wat het bedrijfssysteem betreft, benadrukken we tot slot:

- Fysieke arbeid: moeilijkere professionele omscholing
- Dubbelzinnige rol van de bedrijfsarts, betaald door de werkgever: de werknemer heeft weinig vertrouwen in hem

- De werkgevers hebben werknemers nodig die 100 % werken en dat zal niet meer mogelijk zijn voor personen met chronische pijnproblemen
- Beperkingen op het vlak van productiviteit en flexibiliteit
- Gebrek aan steun bij de collega's
- Lastig woon-werkverkeer

Het is belangrijk om te benadrukken dat volgens vier van de vijf geïnterviewde centra de sleutelfactoren voor een geslaagde professionele re-integratie voornamelijk van persoonlijke en sociale aard zijn. In tegenstelling tot de getuigenissen die we hebben verzameld bij de ondernemingen, werden professionele redenen immers weinig aangehaald door de artsen die we hebben ontmoet. Zij benadrukken daarentegen dat ze de patiënt in het algemeen redelijk laat in het proces te zien krijgen (na talloze mislukte behandelingen, want de gemiddelde duur van chronische pijn is 7 jaar). Dit bevordert de oriëntering van het therapeutische werk met het oog op een terugkeer naar het werk, niet.

II.1.5 Resultaten: het standpunt van de instellingen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van personen met een arbeidsbeperking

In de Vlaamse regio legt het GTB in zijn acties sterk de nadruk op de vaardigheden die de persoon nog heeft. Het aanbod van de diensten is heel toegankelijk: via stages en vrijwilligerswerk kan de patiënt proberen opnieuw aan het werk te gaan. Later kan hij overstappen naar een bezoldigde functie. Er is een aanbod van opleidingen, vorming op de werkplek, coaching op de werkplek en een geleidelijke tewerkstelling voor personen met een arbeidsongeschiktheid. Het doel is om een plaats op de arbeidsmarkt te vinden die duurzaam is in de tijd. Het GTB is vragende partij voor meer samenwerking met een medische partner in het proces van de werkhervatting. Het zou meer mogelijkheden willen hebben voor een geleidelijke terugkeer naar het werk (met een veiligheidsnet van vervangingsvergoedingen) en de erkenning van 'werksessies' met een in werk gespecialiseerde therapeut. Het zou graag echt werk op maat willen aanbieden met meer ondersteuning voor de werkgevers in de privésector.

In het Waalse gewest ontwikkelt het AWIPH verschillende acties om de mensen te helpen het werk te hervatten. In de eerste plaats krijgt de werkgever compensatiepremies aangeboden. Deze premies hebben als doel om de werkgever te vergoeden als de werknemer afwezig is om naar zijn medische afspraken te gaan, om de werknemer toe te laten een aangepast werkritme te vinden en dus minder rendabel te zijn, of om de hulp van bepaalde collega's in te schakelen om zijn arbeidstaken uit te voeren. Het AWIPH stelt vervolgens de tussenkomst voor van een ergonomoos op de werkplek. Die kan dan voorstellen doen om de werkplek aan te passen. Tot slot biedt het ook re-integratieplannen met een contract voor professionele aanpassing met een maximumduur van 3 jaar of met een of meerdere kennismakingsstages die de professionele re-integratie gemakkelijker maken voor patiënten die een nieuwe richting willen uitgaan. Binnen het AWIPH bestaan er geen specifieke procedures voor personen met chronische pijnproblemen. Het gaat dus om dezelfde procedures voor alle gezondheidsproblemen die leiden tot een handicap. Er zijn nochtans veel aanvragen voor gevallen met chronische pijnproblemen, voornamelijk in verband met lumbago. In de afgelopen jaren werden ook steeds meer aanvragen voor een interventie voor gevallen van fibromyalgie ingediend. Onze gesprekspartner meldt ons echter dat de slaagkansen voor de

gevallen van fibromyalgie zeer gering zijn. Het gaat voor het AWIPH immers om heel complexe gevallen: “Deze personen ervaren pijn op verschillende plaatsen van het lichaam en het is vaak onmogelijk om aan al hun verwachtingen te voldoen. Het gaat om een combinatie van te veel negatieve factoren. De interventies voor lumbago-gevallen die vaak worden uitgevoerd via de interventie van een ergonom op de werkplek, kennen dan weer relatief meer succes. Als we geen rekening houden met de moeilijkheid om de gevallen van fibromyalgie te beheren, zijn de procedures die door het AWIPH worden uitgevoerd, in het algemeen relevant voor chronische ziekten. De ondervraagde verantwoordelijke ziet niet in hoe specifiekere procedures voor deze pathologieën nuttig zouden zijn.

II.1.6. Resultaten: het standpunt van de patiëntenverenigingen

Wat de kennis van initiatieven voor de professionele re-integratie in de ondernemingen betreft, meldt het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) dat de sociaal assistenten van de MS-liga (= liga voor multiple sclerose) voor hun leden contact opnemen met de ondernemingen.

Het VPP heeft in 2013 een enquête uitgevoerd onder de titel “Werken met een chronische ziekte” die door 728 patiënten werd ingevuld: 44 % van deze patiënten was aan het werk en 53 % ervan heeft aangeduid dat ze op het werk door hun pijn gehinderd werden. Volgens het VPP is het huidige systeem van vergoedingen (systeem van toegelaten arbeid) niet flexibel genoeg. Het systeem biedt geen oplossing voor patiënten die hun werktijd omwille van hun ziekte willen verminderen of die regelmatig afwezig zijn door hun ziekte. Volgens hen zou een vlotte afwisseling tussen arbeidsperiodes en periodes van ongeschiktheid mogelijk moeten zijn. De financiële onzekerheid die door de verzekerde wordt ervaren, is een hindernis voor de terugkeer naar het werk. De patiënt zou duidelijk geïnformeerd moeten kunnen worden over de financiële gevolgen van een werkhervatting of van een eventuele mislukking ervan. Voor het re-integratieproces moet de nadruk worden gelegd op de vaardigheden die de patiënt nog heeft.

Het collectieve gesprek dat door de L.U.S.S. werd georganiseerd, bracht 4 verschillende patiëntenverenigingen bij elkaar: Focus Fibromyalgie Belgique, La maladie de Verneuil en Belgique, Association Crohn-RCUH (colitis ulcerosa) en Psytoyens. We merken op dat de vertegenwoordiger van Psytoyens ook een patiënt is van Focus Fibromyalgie en zich vooral heeft uitgesproken over deze laatste aandoening. Volgens onze interveniënten bestaat er een echt gebrek aan informatie bij de werkgevers over de mogelijkheden voor de professionele re-integratie van deze patiënten.

De interveniënten met fibromyalgie hebben verklaard dat ze grote moeilijkheden ervaren om aan het werk te blijven. Bepaalde patiënten zouden graag aan het werk blijven, maar zij voelen zich niet in staat om voltijds te werken. Sinds de laatste hervorming van het werkloosheidsstelsel verklaren ze dat ze problemen hebben gehad met de RVA omwille van hun te gering aantal werkuren per week (bijvoorbeeld 15 uur). Deze personen zouden graag actief blijven in het vrijwilligerswerk (bijvoorbeeld in een patiëntenvereniging), maar dat is hen vaak verboden sinds de hervorming. De oprichtster van de vereniging meldt ons dat heel weinig patiënten van de vereniging aan het werk gebleven zijn. Zij praat het vaakst met patiënten die hun werk hebben verloren. In tegenstelling tot andere chronische ziekten lijden patiënten met fibromyalgie volgens haar 7 dagen per week en 24 uur per dag. Veel patiënten kennen dan ook een grote fysieke vermoeidheid en een staat van depressie. Het is dus vaak

onmogelijk voor deze mensen om voltijds te werken, want een deeltijdse baan is fysiek al heel uitputtend. Nog meer dan mogelijkheden voor re-integratie op het werk zou de vereniging van fibromyalgiepatiënten een erkenning van hun arbeidsongeschiktheid willen verkrijgen. Volgens de mensen die we ontmoet hebben, zijn de meeste fibromyalgiepatiënten gewoon niet in staat om aan het werk te blijven en worden ze voortdurend met de vinger gewezen omdat ze niet kunnen blijven werken.

De Association Crohn-RCUH hecht veel belang aan de informatie voor patiënten, zowel op medisch als op sociaal vlak. De vrijwilligers van de vereniging zorgen er eveneens voor dat er contact wordt opgenomen met de werkgevers om hen te informeren over wat de ziekte van Crohn nu echt inhoudt. Voor de interveniënt van deze vereniging is de werksituatie van deze patiënten echter enigszins anders dan die van de fibromyalgiepatiënten: de patiënten met deze ziekte zijn in staat om te werken als ze niet in een periode met aanvallen zitten. Deze mensen moeten dus een werkplek vinden waar korte perioden van afwezigheid bij aanvallen toegestaan zijn. Dit werkt relatief goed in kleine ondernemingen. Bij grote ondernemingen waar de rendabiliteit van de werknemers het belangrijkste is, is dit in het algemeen niet houdbaar. De meeste patiënten van de vereniging slagen er dus in om aan het werk te blijven in kleine ondernemingen. Ze komen soms terecht in deze structuren nadat ze hun werk in grotere structuren zijn kwijtgeraakt.

Volgens onze interveniënt is de situatie heel complex voor patiënten die lijden aan de ziekte van Verneuil. Als de patiënten die hieraan lijden een aanval krijgen, dan kunnen ze onmogelijk gaan werken. Deze ziekte is echter weinig gekend bij het grote publiek en het is dan ook niet gemakkelijk om erover te praten met een werkgever. Deze patiënten ervaren dan ook grote moeilijkheden om hierover een gesprek aan te gaan met hun oversten en voelen zich heel machteloos tegenover de situatie waarin ze verkeren. De vereniging wenst dat de patiënten zouden kunnen profiteren van de interventies van het AWIPH, maar deze worden in het algemeen geweigerd. Hun taak bestaat er voornamelijk in om de patiënt te informeren en hem te ondersteunen, vooral na het verlies van een baan en bij de financiële problemen die er het gevolg van zijn. Vooraleer te spreken over de mogelijkheden voor de professionele re-integratie van deze patiënten, vraagt de vereniging eerst een erkenning van de ziekte van Verneuil.

Bij de verenigingen die we hebben ontmoet, is de Association Crohn-RCUH de enige die concrete acties heeft ontwikkeld met betrekking tot de professionele situatie van haar patiënten, of het nu gaat om informatie over de bestaande mogelijkheden voor het behoud van het werk, of met betrekking tot haar rol als verbindingspersoon tussen de patiënt en zijn werkgever. De verschillende verenigingen hebben bevestigd dat ze geen enquêtes hebben uitgevoerd over de integratie van hun leden in de arbeidsmarkt en beschikken niet over een precieze registratie van gegevens over hun leden (leeftijd, kwalificatie, soort tewerkstelling, arbeidsomstandigheden enzovoort).

In het kader van deze studie hebben we ook getracht om de werkgerelateerde moeilijkheden van personen met chronische migraine te specificeren. Juffrouw Beaumel (2015)⁵ maakte een scriptie onder toezicht van professor Nyssen. Er werden negen patiënten met chronische migraine geïnterviewd via het centrum van algologie van het CHR (Professor J. Schoenen).

⁵ Beaumel, A. Mieux comprendre la migraine chronique : analyse du quotidien de migraineux chroniques au travail. (Een beter begrip van chronische migraine: analyse van de dagelijkse praktijk van patiënten met chronische migraine op het werk) Eindverhandeling, FAPSE, Universiteit Luik, België, 2015.

Deze negen patiënten zijn tegelijk heel aanwezig en heel afwezig op het werk: deze twee gedragingen wisselen elkaar af volgens de migraineaanvallen. Het onvoorspelbare karakter van de migraine vormt een grote moeilijkheid, zowel voor de persoon die eraan lijdt, als voor de werkgever. Naar schatting 20 % van de patiënten met chronische migraine geeft blijk van presenteïsme. Monneuse (2013)⁶ verstaat onder 'presenteïsme' dat personen ondanks hun ziekte toch naar het werk gaan. Volgens de literatuur brengt migraine een productiviteitsverlies van ongeveer 20 tot 30 % met zich. Presenteïsme wordt vaak voorgesteld als het tegenovergestelde van absenteïsme of soms zelfs als een tegengif. Johns (2010)⁷ stelt voor om deze twee gedragingen als aanvullend te zien. Hansen en Anderson (2008)⁸ stellen vast dat wie meer dan 6 keer per jaar ziek toch komt werken, 74 % meer risico loopt om zijn professionele activiteit meer dan twee maanden te moeten stopzetten. Volgens Monneuse zou er een oorzakelijk verband zijn tussen presenteïsme en absenteïsme door de vergroting van de gezondheidsproblemen als gevolg van het gebrek aan ziekteverlof. De factoren die door deze migrainepatiënten het vaakst worden genoemd als een hindernis voor het behouden van het werk, zijn de fysieke omgeving en in het bijzonder de lichtomstandigheden en de thermische omgevingsfactoren, gevolgd door de tijdsdruk, de autonomie en de verantwoordelijkheden.

II.1.7. Confrontatie van de verschillende standpunten

Wanneer we de standpunten vergelijken van de verschillende gesprekspartners die we hebben ontmoet, dan moeten we de nadruk leggen op een aantal waarnemingen.

- Wellicht verwijzen de voorstellingen die de geïnterviewde personen zich vormen van patiënten met chronische pijnproblemen, in werkelijkheid naar verschillende populaties van werknemers of patiënten. Voor ondernemingen en bedrijfsartsen gaat het meestal om personen met herhaalde afwezigheden of afwezigheden met een duur die in het algemeen in maanden en in zeldzame gevallen in jaren wordt uitgedrukt. Deze personen hebben dan nog een tewerkstellingsband met de onderneming. Voor de pijncentra en bepaalde patiëntenverenigingen zijn de vermelde patiënten personen die al meerdere jaren lijden aan pijn en die voor het merendeel al hun arbeidscontract hebben verloren.
- Uit de gesprekken blijkt dat in werkelijkheid de frequentie van de arbeidsongeschiktheden als gevolg van chronische pijnproblemen weinig zichtbaar is en weinig ervaren door de betrokken spelers: in de pijncentra is de arbeidsongeschiktheid nog vaak een secundaire dimensie voor de teams, terwijl in de ondernemingen het belang van het fenomeen wellicht onderschat wordt, aangezien de werkgevers geen kennis hebben van de diagnose die de afwezigheid op het werk rechtvaardigt.

⁶ Monneuse, D. Le surprésentéisme : travailler malgré la maladie. (Presenteïsme: ziek werken) Brussel, België: De Boeck, 2013.

⁷ Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31 : 519-542. doi : 10.1002/job.630 .

⁸ Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work—What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?. *Social science & medicine*, 67 : 956-964.

- De EDPB's en de bedrijfsartsen in het bijzonder zijn zich duidelijk bewust van de potentiële rol die zij kunnen spelen om deze mensen te helpen aan het werk te blijven. Deze spelers zijn echter niet klaar om hieraan de nodige tijd te besteden gezien de huidige voorwaarden voor de financiering van deze diensten.
- Zowel de pijncentra als de ondernemingen benadrukken dat persoonlijke factoren (ernst van de pijn, motivatie) een belangrijke hinderpaal vormen voor de re-integratie. De ondernemingen wijzen dan weer op de bevorderende factoren, zoals de aanpassingen van de werkplek. De pijncentra wijzen niet op de bevorderende factoren in hun werkomgeving.
- De sociale vraag ten gunste van het blijven werken verschilt sterk van de ene patiëntenvereniging tot de andere. Bepaalde verenigingen zijn vooral bezorgd over de erkenning van het statuut van de chronische pijnpatiënt en de volledige invaliditeit die er volgens hen zou mee moeten worden geassocieerd.
- De twee instellingen die gespecialiseerd zijn in de integratie van personen met een arbeidsbeperking, wijzen nadrukkelijk op het essentiële karakter van een progressieve werkhervatting om de kansen van een geslaagde re-integratie te verhogen. Een van de twee instellingen (het AWIPH) heeft de prognoseverschillen benadrukt tussen de patiënten die klagen over verspreide pijnen (in het bijzonder fibromyalgie) en de patiënten die klagen over gelokaliseerde pijnen (in het bijzonder lumbago).

II.2. Classificatie en diagnosevorming: definitie van de aandoeningen die in aanmerking komen als chronische pijnproblemen

Tijdens de gesprekken die we hebben gevoerd met de verschillende Belgische referentiecentra inzake pijn, werden drie afzonderlijke classificaties van chronische pijnproblemen geïdentificeerd.

Een eerste classificatie (zie Tabel 3) werd opgesteld door het pijncentrum van het CHU van Luik op basis van de analyse van de kenmerken van 1832 patiënten met chronische pijnproblemen die in dit centrum werden behandeld. Ze was het voorwerp van een wetenschappelijke publicatie met peer review (Faymonville et al. 2014). Deze classificatie werd uitgewerkt op basis van de praktijk en wil voornamelijk de doelgroep bepalen van een eventuele interventie voor professionele re-integratie. Tijdens de gesprekken die werden gevoerd in andere pijncentra (ter herinnering, UCL Saint-Luc, ZOL Genk, UZ Pellenberg, ZNA Middelheim, Jessa Hasselt), kwam een tweede classificatie ter sprake (zie Tabel 4). Deze classificatie werd opgesteld in het kader van een nationaal onderzoek dat werd gecoördineerd door de FOD Volksgezondheid en wordt momenteel gebruikt door de 35 pijncentra die in België geregistreerd zijn voor het verzamelen van epidemiologische gegevens in verband met chronische pijnproblemen. In de centra van het UZ Pellenberg gebruikt men een classificatiesysteem waarvan de categorieën en subcategorieën gebaseerd zijn op de verzorgingsprogramma's (zie Tabel 5). We stellen dus vast dat er op dit moment geen strikte consensus bestaat over het gebruik van een enkele classificatie in België.

Op internationaal niveau zijn ook andere classificaties beschikbaar, in het bijzonder de classificatie van de International Association for the Study of Pain (IASP 1994). Deze laatste classificatie stelt voor om de pijngerelateerde diagnoses volgens vijf criteria te klasseren: het betrokken lichaamsgebied, het systeem waarvan de disfunctie de pijn veroorzaakt, de duur en de frequentie van de pijnproblemen, de intensiteit en de duur sinds het ontstaan van de pijnproblemen, en tot slot de etiologie (zie Tabel 6).

Classificatie van de diagnoses

[Spierreuma/fibromyalgie](#)

Wervelkolom (lumbago, nekpijn ...)

Polyalgie

Complex pijnsyndroom

Neuropathische pijnproblemen

Osteoarticulaire pijnproblemen (aan de ledematen)

Viscerale pijnproblemen

Tabel 3: Classificatie uitgewerkt op basis van de praktijk van de dienst voor algologie van het CHU van Luik (n = 1832 patiënten)

Classificatie van de diagnoses

Pijnproblemen in verband met kanker

Pijnproblemen die geen verband houden met kanker

MUSCULOSKELETALE PIJN

- Pijn aan de wervelkolom, met of zonder uitstraling naar de wervels
- Complex regionaal pijnsyndroom
- [Fibromyalgie](#)[Spierreuma](#)syndroom, whiplash
- Artrose
- Reumatische pathologieën
- Andere pijnproblemen

NEUROPATHISCHE PIJN

- Perifeer zenuwletsel
- Medullair zenuwletsel
- Supramedullair zenuwletsel

VISCERALE PIJN

HOOFDPIJN, OROFACIALE PIJN

OVERIGE

Tabel 4: Voorstel voor classificatie verstuurd naar 35 Belgische pijncentra voor onderzoek en gebruik

Chronische en complexe pijnsyndromen

- Centraal neuropathische pijn
- Chronische wijdverspreide pijn
- Complex regionaal pijnsyndroom
- Hoofd- en aangezichtspijn
- Kankerpijn
- Musculoskeletale pijnaandoeningen
- Perifeer neuropathische pijn
- Pijn bij aandoeningen van het axiaal skelet (inclusief bekken)
- Regionaal myofasciaal pijnsyndroom
- Viscerale en pelvische pijn

Tabel 5: Classificatie gebruikt in het UZ Pellenberg

Gezien deze elementen moet in het kader van deze studie de vraag worden gesteld welke classificatie het meest relevant is als de professionele re-integratie van patiënten met chronische pijn de beoogde doelstelling is.

IASP 1	IASP 4
0. Hoofd – Gezicht – Mond	0. Niet van toepassing - Onbekend
1. Halsstreek	1. Licht <= 1 maand
2. Schouders – Bovenste ledematen	2. Licht 1 tot 6 maanden
3. Borstholte	3. Licht < 6 maanden
4. Buik	4. Gemiddeld <= 1 maand
5. Lendenstreek – heiligbeen – staartbeen	5. Gemiddeld 1 tot 6 maanden
6. Onderste ledematen	6. Gemiddeld < 6 maanden
7. Bekken	7. Ernstig <= 1 maand
8. Anus – bilnaad – externe genitaliën	8. Ernstig 1 tot 6 maanden
9. Meer dan 3 plaatsen	9. Ernstig < 6 maanden
IASP 2	IASP 5
0. Zenuwstelsel (centraal – perifereer – autonoom)	0. Genetisch of congenitaal
1. Zenuwstelsel (psychisch en sociaal)	1. Letsel – operatie – brandwonde
2. Ademhalings- en cardiovasculair stelsel	2. Infectie
3. Musculoskeletaal en bindweefselsysteem	3. Ontsteking
4. Huid – Onderhuids – bijbehorende klieren	4. Neoplasie
5. Maag-darmstelsel	5. Toxisch – stofwisseling – uitstraling
6. Urogenitaal stelsel	6. Degeneratief - mechanisch
7. Andere organen of ingewanden	7. Disfunctioneel (met inbegrip van psychofysiologisch)
8. Meer dan 1 stelsel	8. Ongekend of andere
IASP 3	9. Psychogeen
0. Ongekend – niet van toepassing	
1. Eenmalige episode – beperkte duur	
2. Continu – niet-fluctuerend	
3. Continu – variabele intensiteit	
4. Terugkerend – onregelmatig	
5. Terugkerend – regelmatig	
6. Stekend – paroxismaal	
7. Continu met paroxismen	
8. Andere combinaties	
9. Geen van deze combinaties	

Tabel 6: Codes van de International Association for the Study of Pain (IASP)

II.3. Aantal betrokken titularissen

Om op deze vraag te antwoorden heeft het onderzoeksteam zich geconcentreerd op de gegevens uit de laatste nationale gezondheidsenquête die in 2013 werd uitgevoerd door het WIV* en de gegevens van het Wetenschappelijk consensusrapport inzake chronische pijn (Berquin et al. 2011*).

Gegevens uit een patiëntenvragenlijst uit 2010 (Patient Survey, augustus-september 2010, rapport Berquin et al. 20118) tonen aan dat 63 % van de patiënten met chronische pijnproblemen verklaart dat zijn beroepsstatus rechtstreeks beïnvloed is door de pijn. 21 % van de patiënten zegt door zijn gezondheidsproblemen niet in staat te zijn om te werken. Zelfs wanneer de patiënten beroepsmatig actief blijven, menen ze dat ze ten minste een derde van de tijd hinder ondervinden bij hun werk. Deze studie heeft ook aangetoond dat 26 % van de personen zegt dat ze al beschuldigd werden van pijnproblemen in te roepen als excuus om niet te gaan werken. Toch verklaart 86 % dat ze graag aan het werk zijn of blijven. In de studie van 2014, uitgevoerd door het pijncentrum van het CHU van Luik op een steekproef van 1832 patiënten met chronische pijnproblemen (ref.) had slechts 32,2 % van hen op het moment van de studie nog altijd een beroepsactiviteit. Deze patiënten gaven aan dat ze erin slaagden om op een bevredigende wijze aan het werk te blijven dankzij aanpassingen aan de professionele en/of familiale omgeving. 49,9 % van de patiënten werkte daarentegen niet op het moment van zijn raadpleging bij het pijncentrum (ziekteverlof, werkloosheid, pensionering).

Volgens de nationale gezondheidsenquête van 2013 (Van der Heyden, 2014) zegt 28,5 % van de Belgen van 15 jaar en ouder dat ze last hadden van een chronische ziekte. 38,8 % hiervan verklaarde door deze ziekte permanent te lijden te hebben van beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten in het dagelijkse leven. 29,9 % had nu en dan te lijden van beperkingen en 31,3 % had er geen of zelden last van. Van deze personen had 17,4 % ernstige beperkingen, 26,6 % milde beperkingen, 25,1 % lichte beperkingen en 31,0 % geen enkele beperking. Vrouwen verklaarden vaker (71,7 %) last te hebben van beperkingen wegens een chronische ziekte dan mannen (65,6 %). Bij de patiënten met een chronische ziekte verklaarde 84,3 % van de personen met een laag opleidingsniveau dat het te lijden had van beperkingen wegens deze ziekte. Bij de personen met een hoger opleidingsniveau lag dit percentage op slechts 58,3 %. Helaas hebben de auteurs van dit rapport de cijfers niet weergegeven op basis van de tewerkstellingsstatus van de ondervraagde personen.

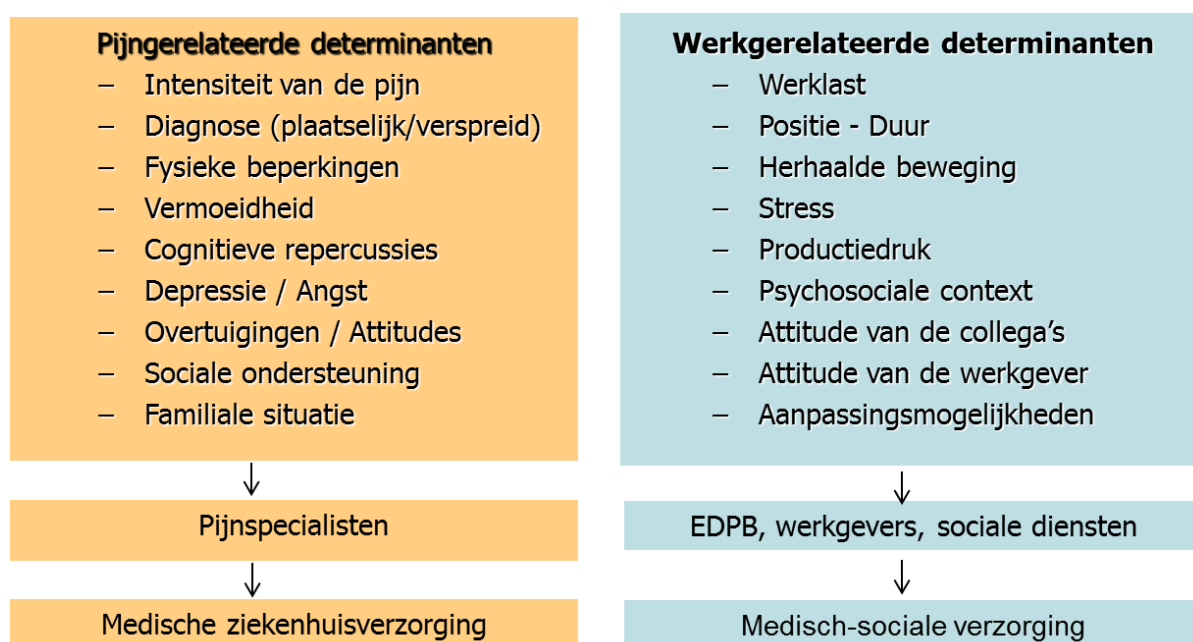
Om te antwoorden op deze vraag van het bestek had het onderzoeksteam in zijn studieofferte gesuggereerd om te verwijzen naar gegevens zoals de kwantificering in de databanken van het RIZIV van het aantal volwassen titularissen die een “Ambulante pluridisciplinaire revalidatie voor wervelzuilaandoeningen” hebben gekregen (verstrekking K60 nr. 558994 in de RIZIV-nomenclatuur voor fysische geneeskunde en revalidatie), of om het aantal titularissen te kwantificeren die een terugbetaling hebben gekregen van de kinesitherapeutische behandeling van meer dan 60 sessies in de loop van het afgelopen jaar (verstrekking FB-563710). Het was echter niet mogelijk om tijdens de periode van de studie toegang te krijgen tot deze statistische gegevens. We zullen op deze vraag antwoorden in onze aanbevelingen.

Hoofdstuk III. Uitdagingen op het vlak van de methodologie

III.1. De uitdaging van de integratie van preventieve benaderingen

Na de gesprekken en de studie van de literatuur die in het kader van dit onderzoek werden uitgevoerd, lijkt het ons cruciaal om een methodologisch analysekader voor te stellen dat tegelijk de invloed van de werkomgeving op de pijn en van de pijn op de werkomgeving beoogt. Het doel hiervan is een gezamenlijke actie in de hand te werken in samenwerking met de verschillende betrokken spelers (werknemers, werkgevers, collega's, artsen, algologiediensten enzovoort) met het oog op het ontwikkelen van realistische en aanvaardbare aanpassingspistes voor de patiënt met chronische pijnproblemen en voor de werkgever.

Het biopsychosociale model domineert vandaag de studies over chronische pijn en onderstreept het multifactoriële karakter en de multidisciplinaire aanpak die nodig is voor de evaluatie en de begeleiding van de patiënt met chronische pijnproblemen⁹. Wanneer we patiënten ondervragen over hun moeilijkheden om te blijven werken en/of het werk te hervatten, vermelden zij zowel werkgerelateerde als pijngerelateerde factoren. We moeten echter vaststellen dat momenteel de twee soorten determinanten van de ongeschiktheid worden behandeld door verschillende spelers die afzonderlijke revalidatieprogramma's ontwikkelen met weinig of zelfs geen interactie (cfr. Figuur 1).



Figuur 1. Verschillende determinanten van de arbeidsongeschiktheid van patiënten met chronische pijnproblemen en afzonderlijke behandelingen.

⁹ Waddell and Burton. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain
Best Pract Res Clin Rheumatol 2005 Aug;19(4):655-70

Pijngerelateerde determinanten	Werkgerelateerde determinanten
<ul style="list-style-type: none"> - Intensiteit van de pijn - Diagnose (plaatselijk/verspreid) - Fysieke beperkingen - Vermoeidheid - Cognitieve repercussies - Depressie/angst - Overtuigingen/houdingen - Sociale ondersteuning - Familiale situatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Werklast - Positie - duur - Herhaalde beweging - Stress - Productiedruk - Pyschosociale context - Houding van de collega's - Houding van de werkgever - Aanpassingsmogelijkheden
Pijnspecialisten	Sociale diensten, werkgevers, EDPB
Medische ziekenhuisverzorging	Medisch-sociale verzorging

Vandaag wordt de arbeidsgeschiktheid van een patiënt met chronische pijnproblemen beoordeeld door artsen. De arts baseert zich op de waarneming van het gedrag van de patiënt (moeite met stappen, de armen opheffen, zich voorover buigen ...) en vraagt naar zijn dagelijks functioneren (huishouden, boodschappen doen, met de auto rijden, zichzelf en anderen verzorgen ...). Zo vormt hij zich een beeld van de moeilijkheden van de patiënt. Alle informatie wordt daarna vergeleken met de vereisten van de functie (of eerder met de voorstelling die de arts heeft van de vereisten van de functie) om de arbeidsongeschiktheid van de persoon te beoordelen. Er zijn nochtans verschillen tussen het werk zoals de arts zich dit voorstelt op basis van zijn klinisch gesprek met de patiënt en het echte werk zoals dat dagelijks op het terrein wordt ervaren. De ergonomie heeft de verschillen tussen de taak en de activiteit voldoende aangetoond. Bovendien is de arbeidsactiviteit voor een groot deel geautomatiseerd en deze geautomatiseerde activiteit is moeilijk onder woorden te brengen door de persoon. De arbeidseenheden die in woorden worden uitgedrukt door de patiënt over zijn werk zullen min of meer verfijnd en min of meer opgebouwd zijn op basis van zijn motivering.

Het lijkt ons dus van primordiaal belang dat de arbeids(on)geschiktheid van een persoon niet alleen wordt beoordeeld door een arts op basis van een voorstelling die gemaakt is op basis van de woorden van de patiënten en die dus onvolledig is. Een interdisciplinair team moet worden samengebracht om gezamenlijk de beperkingen en de middelen van de patiënt met chronische pijnproblemen, van de activiteit en van de werkomgeving te analyseren.

De aard van de beperkingen van de arbeidsomgeving kan slechts worden bepaald met de hulp van een ergonomoog en de EDPB's die over analysemethoden beschikken om een redelijk volledig werkmodel op te bouwen waarmee tegelijk de lastigheid van de functies en de relevante, realistische en aanvaardbare aanpassingspistes kunnen worden geïdentificeerd voor een bepaalde persoon in een bepaalde werksituatie. Dit werkmodel moet rekening houden met alle dimensies die een functie uitmaken, d.w.z. de fysieke vereisten en middelen,

maar ook de cognitieve, psychosociale en organisatorische vereisten en middelen die behoren tot het werk en die door de patiënten zijn vermeld als van doorslaggevende aard voor het behoud of de hervatting van het werk. Onder organisatorische middelen moeten we ook de aanpassingsmogelijkheden verstaan die de werkgever kan aanbieden.

De evaluatie van de (on)geschiktheid moet berusten op de analyse van de beperkingen EN de middelen in de WERKSITUATIE. Het interdisciplinaire team zal de resultaten van verschillende analyses interpreteren om samen en tegelijk de diagnose en het programma voor professionele re-integratie uit te werken en om de beste combinatie te vinden tussen de patiënt, de activiteit en de werkomgeving.



Figuur 2: Essentiële elementen voor de evaluatie van de (on)geschiktheid en het programma voor professionele re-integratie

	Activiteit	Analyse van de beperkingen van de activiteit
	Koppelingsproces Vereist de integratie van verschillende benaderingen voor de uitwerking van een programma voor professionele re-integratie	
Klinische evaluatie - Fysieke capaciteiten - Overtuigingen en attitudes - Cognitieve effecten - Beheersing van de pijn		- Analyse van de (fysieke, cognitieve, psychosociale en organisatorische) beperkingen en middelen van de werkomgeving - Analyse van de manoeuvreerruimte voor aanpassing
Persoon		Werkomgeving

Bovendien zijn de moeilijkheden van een patiënt met chronische pijnproblemen niet altijd constant en kunnen ze na verloop van tijd evolueren, zowel door de evolutie van de symptomen en/of kenmerken van het chronische pijnsyndroom (bijvoorbeeld chronische migraine, multiple sclerose ...) als door de evolutie van het werk (veranderingen in de organisatie, nieuwe gewoonten, nieuwe technologieën ...). De arbeids(on)geschiktheid of eerder de combinatie van mens en activiteit moet dus absoluut regelmatig opnieuw kunnen worden geëvalueerd op vraag van een van de betrokken spelers (en niet alleen op vraag van de werkgever). Met deze evaluatie kan worden nagegaan hoe het werk en het programma voor professionele re-integratie de gezondheid van de werknemer, en **omgekeerd**, kunnen verbeteren. Er is immers een onderlinge wisselwerking met het werk: de activiteit van de werknemer hangt af van de werkomgeving (met inbegrip van de sociale omgeving) en de eigenschappen van de patiënt, maar die activiteit kan op haar beurt ook bijdragen tot de transformatie van de patiënt (bijvoorbeeld van de perceptie van de pijnproblemen) en van het werk.

Er bestaan al meerdere gevalideerde technieken om bepaalde elementen die in de figuur hierboven zijn vermeld, te analyseren.

Als voorbeeld kunnen we de methodologie van het 'groene kader' vermelden. Die methodologie werd ontwikkeld door het INRS in Frankrijk¹⁰.

Het 'groene kader' definieert concreet een 'aangepaste werkomgeving' waarmee werknemers met een lumbago opnieuw het werk kunnen hervatten. Dit kader moet gedurende de 3 weken die volgen op de werkhervatting van de werknemer met een lumbago, worden behouden.

Het 'groene kader' houdt rekening met meerdere bestanddelen van de activiteit:

- de fysieke arbeid,
- de houdingen,
- de vibraties,
- de mentale en psychologische beperkingen.

Het biedt een reeks van doelwaarden voor werksituaties die het behoud van de tewerkstelling of de werkhervatting kunnen bevorderen bij personen met chronische lumbago op het vlak van het manipuleren van ladingen en het duwen of trekken, lastige fysieke arbeid, herhaalde bewegingen, vibraties over het hele lichaam, het behoud van ongemakkelijke houdingen (d.w.z. zichtbare buigingen), het risico op vallen en de psychosociale risico's (Figuur 3).

De generieke aanpak die door het INRS wordt voorgesteld, moet uiteraard worden aangepast aan de context van de onderneming. Het behoort toe aan de onderneming om de methode te bepalen om deze doelstellingen te bereiken op basis van haar middelen en haar economische, geografische ... omgeving.

¹⁰ Meyer JP, Mochel JL (2011) Le process cadre vert : comment le travail peut aider à rester actif.

<http://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication.html?refINRS=NOETUDE/P2011-083>



Figuur 3. Het groene kader van het INRS om de werkhervatting van patiënten met een lumbago in de hand te werken.

Het groene kader : Werkhervatting van loontrekkenden met lumbago

Manipulatie Last Tonnage	≤ 5 kg ≤ 3 t / d
Duwen - Trekken Verplaatst gewicht	≤ 100 kg op 4 wielen
Repetitief werk	≤ 40 technische handelingen / minuut
Zwaar werk Hartbelasting Hartslag	Hartbelasting ≤ 30 spm 1 uur per dag Max. hartslag ≤ 0,85 x (220 - leeftijd)
Houding	Geen zichtbare buiging Bij langdurige houding: 10 minuten pauze per uur

Vibraties over het hele lichaam Equivalente versnelling	$\leq 0,5 \text{ m.s}^{-2}$, 1 u / d
Valpartijen	Geen hindernis Geen niveauverschil Geen haast Informatie over de verplaatsingen
Psychosociaal Opvang	Begeleiding, luisterend oor Progressief tempo Beperkt werkritme Keuze van pauzes Organisatie van het werk Onderlinge bijstand Aanpasbare taken

In België zijn er voor patiënten met een musculoskeletale aandoening primaire en secundaire preventieprogramma's die georganiseerd worden in de industrie, en tertiaire programma's die georganiseerd worden binnen het ziekenhuis met al dan niet een actie in samenwerking met de arbeidswereld. In het algemeen omvatten de primaire en secundaire programma's in een variabele verhouding een vormingscomponent, een fysieke training en een ergonomische interventie op de werkplek. In de praktijk krijgt de vormingscomponent het vaakst het overwicht en neemt die de vorm aan van opleidingen voor het 'manueel manipuleren van lasten'. De tertiaire preventieprogramma's hebben tot doel om de arbeidsgeschiktheid te verbeteren van werknemers die gestopt zijn met werken. Het gaat om multidisciplinaire revalidatieprogramma's met een medische en psychologische interventie die gericht is op het individu, al dan niet in combinatie met een interventie die gericht is op het werk (programma voor professionele re-integratie). Ze omvatten in verschillende verhoudingen *een programma voor hertraining tot de inspanning* om de fysieke ontwenning bij chronische lumbago te verminderen, *een cognitieve gedragsbenadering* om te strijden tegen de negatieve voorstellingen van de ziekte en de 'angsten en overtuigingen' en tot slot *een min of meer in de werkomgeving ontwikkelde actie*. Deze multidisciplinaire programma's voor functionele revalidatie hebben het biopsychosociale model van de chronische lumbago als voorbeeld. De benadering komt overeen met de ambulante multidisciplinaire revalidatie voor de wervelkolom die in 2004 in de RIZIV-nomenclatuur voor fysieke geneeskunde werd opgenomen (nr. 558994) en de ergonomische aanvulling ervan in de werkomgeving die door het FBZ wordt aangeboden. Volgens de literatuur kunnen deze programma's voor fysieke revalidatie een positief effect hebben op de afwezigheden bij gevallen van subacute en chronische pijn¹¹.

¹¹ Schaafsma F et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 30;8:CD001822.

III.2. De uitdaging van een kadermodel voor professionele re-integratie voor patiënten met chronische pijnproblemen

De factoren die de werkhervatting van patiënten met chronische pijnproblemen gemakkelijker of moeilijker maken, lopen volgens de literatuur nogal gelijk van de ene diagnose tot de andere. In de evaluatie van de doeltreffendheid van de behandelingen lijken we echter twee diagnosegroepen te kunnen onderscheiden: een groep waar een biomedisch substraat meer aanwezig is (wervelkolom, neuropathische en osteoarticulaire pijnproblemen) en een andere groep met meer verspreide pijnproblemen (fibromyalgie, chronisch pijnsyndroom, psychiatrische aandoeningen).

In pijncontexten waar een biomedisch substraat meer aanwezig is, is de oorzakelijkheid makkelijker voorstelbaar. Dit zou ertoe kunnen bijdragen dat de patiënten (en de artsen) gerustgesteld worden en minder angst en depressie voelen. Dit zou een positieve invloed kunnen hebben op het behoud en/of de hervatting van het werk. De doeltreffendheid van de revalidatieprogramma's voor dit soort chronische pijnproblemen, zoals voor musculoskeletale aandoeningen, wordt overigens in de literatuur erkend, zonder dat echter de meest relevante dimensies ten gunste van het behoud of de hervatting van het werk kunnen worden bepaald. Het therapeutisch shoppen (van de ene behandelingsprocedure naar een andere) lijkt daarentegen een element dat de werkhervatting belemmert. Dit moet in het bijzonder worden vermeden door de vroegtijdige inschakeling van een interdisciplinair team dat tegelijk belast is met de evaluatie van de arbeids(on)geschiktheid EN het programma voor professionele re-integratie.

In de context van meer verspreide pijnproblemen stellen we vaak vast dat er binnen het medische korps een zeker onbehagen leeft door de afwezigheid van een organische oorzaak en de resistentie van de symptomen tegen geneesmiddelenbehandelingen. In bepaalde gevallen kan de patiënt zich onbegrepen voelen en kan hij zich zo diep verschuilen in zijn woede en zijn weerstand dat hij de voorgestelde revalidatiemogelijkheden zal negeren of er door een passieve houding weerstand tegen zal bieden. In dit kader moet het behandelingsprogramma zich in de eerste plaats richten op de erkenning van de chronische pijn. Zo kan de medewerking van de patiënt opnieuw worden verkregen en kan een progressief programma voor een terugkeer naar het werk worden uitgewerkt met de verschillende spelers van het terrein (medisch en psychologisch team en ergonomen). De doelstelling van de interventie is de patiënt motiveren aan de hand van psychotherapeutische strategieën, zoals fragmentatie in tijd en ruimte, afleiding en progressie (waarbij een reeks van kleine bereikbare doelstellingen wordt vastgelegd). De bedoeling hiervan is de angst om te mislukken te beperken en de patiënt hoop te geven.

In een artikel over de evaluatie van chronische pijnproblemen waarschuwt Turk (2002)¹² voor een zuiver persoonlijke (en subjectieve) evaluatie van de behandelingen voor chronische pijn op basis van de vermindering van de pijn zoals die door de patiënt is ervaren en/of op basis van de verbetering van de levenskwaliteit. Hij benadrukt de noodzaak om de verschillende verzorgingen (bijvoorbeeld medicatie, chirurgische ingrepen, locoregionale verdovingen, revalidatieprogramma's) te vergelijken op basis van een kosten-batenanalyse die rekening houdt met de maatschappelijke gevolgen van de chronische pijn. Hij vindt het noodzakelijk om rekening te houden met de volgende criteria: vermindering van de medicatie, hervatting

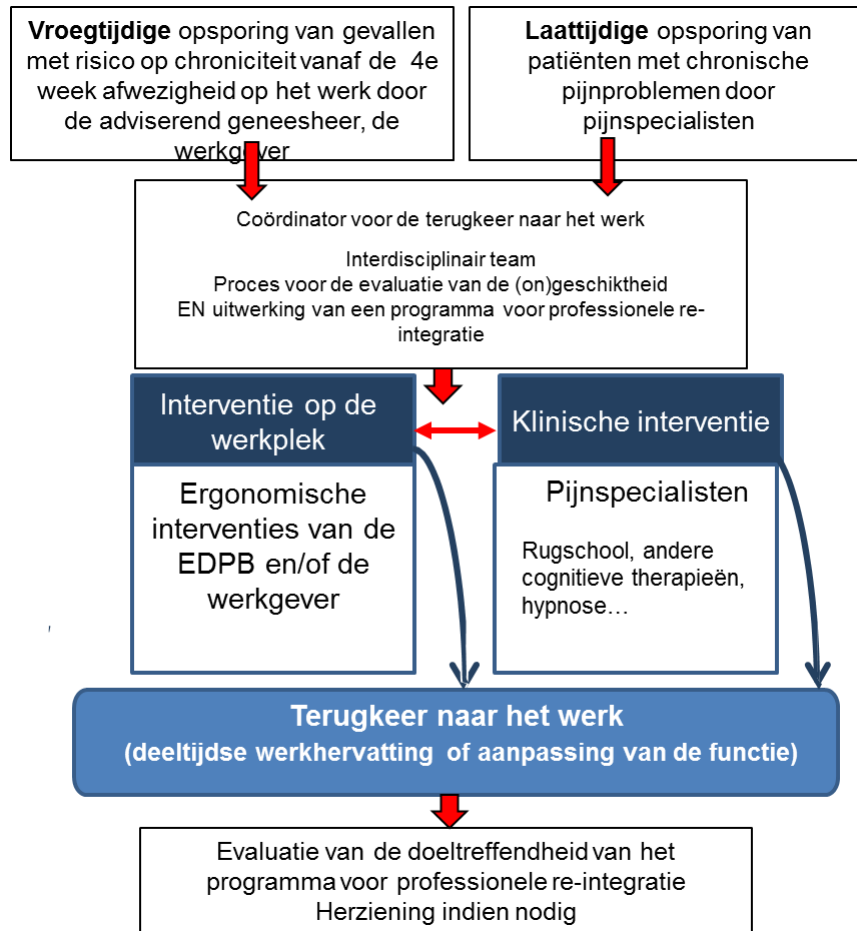
¹² Turk DC.(2002). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients with Chronic Pain. The Clinical Journal of Pain, 18: 355-365.

van een fysieke activiteit, werkhervatting en eventuele stopzetting van een invaliditeitsprocedure. Terwijl het percentage voor de terugkeer naar het werk wordt geschat op 48 à 65 % na een revalidatieprogramma, wordt dit op 20 % geschat na een chirurgische ingreep aan de lenden en tussen 5 en 31 % na SCS (Spinal column stimulations). Maar slechts 6 % van de patiënten die door specialisten in chronische pijn worden gezien, krijgt volgens hem een programma voor professionele re-integratie. De auteur verklaart dit cijfer door meer bepaald de moeilijkheden voor de implementatie van deze programma's aan te halen die de samenwerking van verschillende personen (artsen, psychologen, ergonomen, werkgevers ...) vereisen, maar ook door hun bezoldiging of vergoeding aan te kaarten, die volgens deze cijfers nochtans gunstig zou blijken voor de maatschappij op middellange en lange termijn.

Als besluit stellen wij een kadermodel voor professionele re-integratie voor personen met chronische pijnproblemen voor dat de volgende stappen omvat:

1. Samenstelling van een interdisciplinair team met de spelers die nodig zijn voor de gezamenlijke uitwerking van de evaluatie van de (on)geschiktheid EN het programma voor professionele re-integratie
2. Evaluatie van de arbeids(on)geschiktheid op basis van de analyse van de beperkingen en middelen die eigen zijn aan de patiënt met chronische pijnproblemen EN eigen aan de werksituatie
3. Participatieve benadering van de uitwerking van het programma voor professionele re-integratie in samenwerking met de patiënt, de werkgever en het interdisciplinaire team
4. Ontwikkeling en opvolging van een programma voor professionele re-integratie door een coördinator voor de terugkeer naar het werk die zorgt voor het behoud van de band tussen de patiënt en de onderneming
5. Evaluatie aan de hand van meerdere criteria van de doeltreffendheid van het programma voor professionele re-integratie met: de vermindering van de ervaren pijn, de verbetering van de levenskwaliteit, de verhoging van fysieke activiteiten, maar ook de terugkeer naar het werk en het verlaten van het invaliditeitsstatuut.

Het op de volgende pagina geïllustreerde model geeft schematisch het traject van dit kadermodel weer.



Figuur 4: Kadermodel van het traject voor professionele re-integratie voor patiënten met chronische pijnproblemen

Vroegtijdige opsporing van gevallen met risico op chroniciteit vanaf de 4e week van afwezigheid op het werk door de adviserend geneesheer, de werkgever	Laattijdige opsporing van patiënten met chronische pijnproblemen door de pijnspecialisten
Coördinator voor de terugkeer naar het werk Interdisciplinair team Proces voor de evaluatie van de (on)geschiktheid EN uitwerking van een programma voor professionele re-integratie	
Interventie op de werkplek	Klinische interventie
Ergonomische interventies van de EDPB's en/of de werkgever	Pijnspecialisten Rugschool, andere cognitieve gedragstherapieën, hypnose ...
Terugkeer naar het werk (deeltijdse werkhervatting of aanpassing van de functie)	
Evaluatie van de doeltreffendheid van het programma voor professionele re-integratie Controle indien nodig	

Hoofdstuk IV. Aanbevelingen ten gunste van het behoud en de hervatting van het werk van patiënten met chronische pijnproblemen

Alle hierboven beschreven initiatieven en beschouwingen kaderen in een geleidelijke wijziging van het paradigma

- rond chronische pijn: een evolutie die werd vastgesteld in de literatuur en op het terrein, waarin de chronische pijn beschouwd wordt als het resultaat van de interactie tussen het individu en zijn omgeving.
- rond de preventie van de langdurige arbeidsongeschiktheid: het probleem is niet het letsel dat aan de oorsprong ligt van het stoppen met werken, maar de ongeschiktheid van de werknemer om zijn werk te hervatten en de visie van dit probleem is niet meer gericht op het individu, maar is wel systemisch van aard.
- rond de verzorging: de doelstelling van de verzorging is niet langer het identificeren van de oorzaak om het letsel (of de ziekte) te behandelen en het komen tot genezing, maar wel de evaluatie van de arbeids(on)geschiktheid van de patiënt met het oog op zijn behoud of zijn hervatting van het werk. De aanpak is participatief en omvat de werknemer, de professionele zorgverleners, het arbeidsmilieu (werkgever, vakbond, werkcollega's) en het socialeverzekeringssysteem.

Kenmerken	Paradigma 'Behandeling van het letsel'	Paradigma 'Preventie van de ongeschiktheid'
Visie van het probleem	- Gericht op het individu - Pijn = letsel of ziekte	- Omvat het sociale systeem - Ongeschiktheid = probleem met meerdere factoren
Verzorging	- De oorzaak vinden - De oorzaak/ziekte behandelen - Doel: <i>Genezing</i>	- De betrokken spelers identificeren - De bepalende elementen van de ongeschiktheid aanpakken - Doel: <i>Sociale deelname</i>
Interveniënten	- Werknemer - Professionele zorgverleners	- Werknemer - Gezondheidszorgsysteem - Arbeidsmilieu - Systeem van sociale bescherming
Verklarend model	- Biomedisch - Lineaire causaliteit	- Biopsychosociaal, systemisch - Complexe causaliteit

Tabel 7: Kenmerken van het paradigma van de verzorging van chronische pijn en van het paradigma van de preventie van de ongeschiktheid (aangepast op basis van Fassier et al, 2009¹³)

¹³ Fassier et coll. Studie van de haalbaarheid van het model van Sherbrooke in het Franse gezondheidssysteem, CNAM (Direction des risques professionnels), september 2009. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/media/RAPPORT%20SHERBROOKE%20v_complete.pdf

In dit nieuwe paradigmaperspectief doen wij zeven aanbevelingen:

1. **We bevelen aan om uitdrukkelijk de doelstelling van de evaluatie van de arbeids(on)geschiktheid te veranderen. De preventie van de ongeschiktheid zou de fundamentele doelstelling van de evaluatie van de arbeids(on)geschiktheid moeten zijn.**

In dat perspectief beperkt de evaluatie zich niet tot de analyse van de symptomen die horen bij de pijn, maar omvat die ook de analyse van de preventiemaatregelen die geacht worden op het werk het individu te beschermen tegen chronische pijnproblemen en het risico van ongeschiktheid. Deze wijziging van de doelstelling is niet onbeduidend: ze verwerpt het idee dat de evaluatie en de interventie twee onafhankelijke stappen moeten zijn. De methodes voor de evaluatie van de (on)geschiktheid worden beschouwd als het begin, de eerste stap, van de interventie van de preventie.

2. **Wij bevelen de inschakeling van een interdisciplinair team aan in het kader van de interpretatie van het biopsychosociaal model van de chronische pijn. Tot dit team behoort een coördinator voor de terugkeer naar het werk.**

3. **Wij bevelen aan dat de evaluatie van de (on)geschiktheid gebaseerd is op twee analyseprocessen (beperkingen en middelen) die parallel worden uitgevoerd en die met elkaar in verband worden gebracht om samen de diagnose en het programma voor professionele re-integratie samen te stellen.**

Deze twee processen bestaan uit 1) een analyse van de factoren die inherent zijn aan de pijn en aan de persoon (uitgevoerd door het medisch-psychologisch team) en 2) een analyse van de factoren die inherent zijn aan het werk (uitgevoerd door de ergonoom, de preventieadviseur ...).

4. **Voor het traject bevelen wij aan om een preventietraject te ontwikkelen dat twee diagnosegroepen onderscheidt: een groep waar een biomedisch substraat meer aanwezig is (wervelkolom, neuropathische en osteoarticulaire pijnproblemen) en een tweede groep met meer verspreide pijnproblemen (fibromyalgie, chronisch pijnsyndroom, psychiatrische comorbiditeiten).**

5. **Wij bevelen de ontwikkeling aan van gestructureerde communicatietools om de samenwerking te bevorderen tussen de medische ziekenhuisteam (die belast zijn met de tertiaire preventie van de uitsluiting) en de onderneming en de EDPB's (die belast zijn met de primaire en secundaire preventie).**

In dit perspectief kunnen verschillende assen worden aangemoedigd:

- creatie van modelfiches voor het overzicht van de hierboven vermelde analyses (inherent aan het werk en inherent aan het individu met chronische pijnproblemen),
- creatie van lastigheidsfiches en analyse van de manoeuvreerruimte voor de aanpassing van de werkplek,
- gestructureerde samenwerking of ten minste overleg tussen de ergotherapeut van het ziekenhuisteam en de ergonoom die werkzaam is binnen de onderneming; moeten we het in de toekomst niet mogelijk maken dat de ergotherapeut een bezoek brengt aan de werkplek om zo de aanvullende activiteiten van deze twee professionals open te breken?
- gemeenschappelijke vergadering in het bijzijn van de patiënt, de ergonoom (of de bedrijfsarts) en het pluridisciplinaire team van de algologiediensten (of een vertegenwoordiger van dit team) om samen de diagnose en het project voor de professionele re-integratie van de patiënt en de vergoeding van de verstrekkingen van deze interveniënten uit te werken. Het zou voor dit overleg nuttig zijn als de adviserend geneesheer van de verzekeringsmaatschappij die de patiënt dekt, hierbij betrokken wordt. Ondersteuning bij de werkhervatting behoort immers tot de taken van de adviserende geneesheren en zij kunnen programma's voor professionele re-integratie ten gunste van de patiënt (gedekt door het RIZIV) activeren.

6. We bevelen de implementatie aan van een financieringskader dat een gecoördineerd werk aanmoedigt van de verschillende spelers die betrokken zijn bij de samenstelling van het pluridisciplinaire team dat belast is met de evaluatie van de arbeidsgeschiktheid en het programma voor professionele re-integratie.

7. Op een gerichte manier bevelen wij het volgende aan:

- het informeren en sensibiliseren van artsen en multidisciplinaire teams van de algologiecentra over de belemmeringen en de hefboomen voor het behoud/de hervatting van het werk van personen met chronische pijnproblemen, evenals over de hulpmiddelen die door de overheid zijn ontwikkeld en in het bijzonder over het belang van het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting bij de bedrijfsarts, om vroeg de mogelijke obstakels voor de werkhervatting binnen de werkomgeving te evalueren,
- de implementatie van incentives voor ondernemingen om een systeem te ontwikkelen voor het meten van de lastigheid van de werkplekken, om zo de bestaande lichte functies te identificeren, de opvang en het behoud van mensen die aangepast werk nodig hebben, te vergemakkelijken en om de organisaties te laten evolueren naar een onderneming waar duurzaam, kwaliteitsvol werk mogelijk is, een heel leven lang.

Bijlage 3: Leidraad bij de gesprekken

Onderneming :

Naam :

Functie :

Voornaamste activiteiten van de onderneming?

Aantal werknemers? Verhouding bedienden/arbeiders?

Leeftijdspiramide? Gemiddelde leeftijd van het personeel? Verhouding mannen/vrouwen?

1) Observeert u, in uw onderneming, herhaalde arbeidsongeschiktheid door chronische pijn (bij voorbeeld, MSA, migraine, rugpijn)?

2) Gaat het in het algemeen over arbeidsonbekwaamheid van lange duur? Welke is de meest voorkomende medische oorzaak van deze arbeidsonbekwaamheid ?

3a) Bestaan er in uw onderneming programma's of des procedures om de re-integratie van deze personen te vergemakkelijken? Gaat het dan om programma's voor een bepaalde doelgroep of eerder voor een bepaalde categorie pijn?

3b) Zo JA, waaruit bestaan deze programma's of procedures?

- Flexibel uurrooster, deeltijds werk, aanpassing van de werkpost, verandering van post, thuiswerk?
- Wie zijn de betrokken actoren en welke is hun rol? (interne preventieadviseur, bedrijfsarts, vakbondsafgevaardigden, ...)

3c) Hoe worden deze programma's bekendgemaakt bij de betrokken personen?

3d) Zo NEEN, wordt er geval per geval gewerkt? Welke soort van maatregelen werden al uitgewerkt voor bepaalde gevallen?

4a) Hoe evalueert u de doeltreffendheid van deze maatregelen? Werd er een instrument uitgewerkt om de programma's te evalueren? Bent u tevreden over de programma's die werden opgezet?

5a) Hebt u weet van werknemers met chronische pijn in uw onderneming die van deze maatregelen of programma's gebruik hebben kunnen maken? Met succes? Hebben deze personen feedback gegeven over hun situatie? Wat is de mening van de personen die hen omringen?

5b) In het geval dat de re-integratie mislukt is, hebben deze personen hun post moeten verlaten? Onder welke omstandigheden? (Wie nam het initiatief ?)

5c) Welke zijn volgens u de factoren die leiden tot succes of mislukking in dergelijke situaties?

6a) Wordt er in uw onderneming nagedacht om de bestaande maatregelen uit te breiden of om systematische procedures te ontwikkelen als die er nog niet zijn?

6b) Indien het Riziv in de toekomst een politiek zou ontwikkelen of een strategie zou uitwerken rond re-integratie, zou u dan bereid zijn aan deze nieuwe initiatieven mee te werken?

EDPB :

Naam :

Functie :

Bij de ondernemingen die bij u zijn aangesloten,

1) Hebt u weet van gevallen van herhaalde arbeidsongeschiktheid door chronische pijn (bij voorbeeld, MSA, migraine, rugpijn)? Komen dergelijke gevallen vaak voor?

Treffen deze problemen bepaalde categorieën personeelsleden meer dan andere (leeftijd, functie, ...)

2) Gaat het dan in het algemeen om arbeidsonbekwaamheid van lange duur? Welke zijn de meeste voorkomende medische oorzaken bij dergelijke arbeidsonbekwaamheid?

3a) Kent u ondernemingen die programma's of procedures uitgewerkt hebben om de re-integratie van deze personen te vergemakkelijken? Zijn deze programma's gericht op een bepaald doelpubliek of op een bepaalde categorie pijn?

3b) Zo JA, waaruit bestaan deze programma's of procedures ?

- Flexibel uurrooster, aanpassing van de post, verandering van post, thuiswerk?
- Welke actoren zijn betrokken en welke is hun rol? (interne preventieadviseur, bedrijfsarts, vakbondsafgevaardigden, ...)

3C) Hoe worden deze programma's bekendgemaakt aan de betrokken personen?

3d) Zo NEEN, denkt u dat de ondernemingen geval per geval werken? Welk soort maatregelen worden in specifieke gevallen uitgewerkt?

4a) Hoe evalueren de ondernemingen de doeltreffendheid van de maatregelen? Werd er een instrument uitgewerkt om de initiatieven te evalueren? Is men tevreden over wat er werd uitgewerkt?

5c) Welke zijn volgens u de factoren die leiden tot succes of mislukking in dergelijke situaties?

Pijncentrum :

Naam van het centrum:

Naam van de persoon die wordt geïnterviewd:

Functie in het centrum:

1) In het verslag van 2011 over de aanpak van chronische pijn in België, analyseert het pijncentrum van het CHU de Liège de gegevens van 1832 patiënten en doet het een voorstel om de belangrijkste diagnoses te classificeren.

Het multidisciplinaire team maakt een onderscheid tussen « fibromyalgie » en « polymyalgie », d.w.z. diffuse musculoskeletale pijn met concomitante immunologische of infectieuze problemen. De diagnose « complex pijnsyndroom » wordt gegeven aan patiënten met majeure disfuncties in hun privé- en beroepsleven (> 1 jaar afwezig op hun werk), die worden bestempeld als « maladaptive copers » omdat de pijn hun leven beheerst.

De classificatie wordt in de tabel hieronder weergegeven. Kan u akkoord gaan met deze classificatie of hanteert u een ander systeem?

Categorie	N	%
Fibromyalgie	534	29,2%
Rugpijnklachten (lumbalgie, cervicalgie, ...)	357	19,5%
Polymyalgie	259	14,1%
Complex regionale pijnsyndromen (CRPS)	304	16,6%
Neuropatische pijn	129	7,0%
Osteoarticulaire pijn (ter hoogte van de ledematen)	77	4,2%
Andere diagnoses	54	3,0%
Niet vermeld (papieren dossier nog niet opgenomen in de database)	118	6,4%

Diagnose van 1832 patiënten na multidisciplinair overleg

2) Kan u zeggen welke groepen van de patiënten die lijden aan chronische pijn, het meeste risico's lopen om hun werk te verliezen? Welke zijn, volgens uw ervaring, de beroepen, soorten activiteiten, die het meeste moeilijkheden kennen?

3) Hebt u weet van initiatieven in ondernemingen om werkbehoud voor deze patiënten te ondersteunen? Neemt u deel aan pilootprojecten hieromtrent?

3a) Komt het voor dat patiënten de aanzet geven tot dergelijke initiatieven?

4) Welke zijn, volgens uw ervaring, de belangrijkste remmende of faciliterende factoren voor de professionele integratie van patiënten met chronische pijn? (bij voorbeeld, opleiding, een kind alleen opvoeden, ...)?

5) Wenst u iets toe te voegen in verband met dit onderzoek naar chronische pijn en werk? Zijn er thema's die niet werden besproken?

6) Hebt u actievoorstellen gedaan of een eisenpakket geformuleerd die de publieke overheid zou moeten uitvoeren?

Patiëntenvereniging :

Naam:

Functie binnen de vereniging:

- 1) Heeft uw vereniging een database met gegevens over de leden (leeftijd, geslacht, opleiding, soort werk, werkomstandigheden, ...) ?
- 2) Welke zijn de acties die uw vereniging organiseert i.v.m. de professionele situatie van deze personen (terugkeer naar het werk, werkaanpassingen, ...)?
- 3) Hoe evalueert u de aanvaarding van deze maatregelen door de ondernemingen en werkgevers? Hoe evalueert u de doeltreffendheid van de maatregelen?
- 4) Werkt u samen in nauw contact met de ondernemingen of zijn de patiënten de tussenpersonen tussen u en de onderneming?
- 5) Hebt u al onderzoek uitgevoerd of gefinancierd over de re-integratie op het werk bij uw leden? Zo ja, wil u ons de resultaten hiervan laten weten?
- 6) Heeft u een brochure van uw vereniging zodat we een beter zicht krijgen op de acties van uw vereniging?
- 7) Wil u nog iets toevoegen in verband met (het onderzoek naar) chronische pijn en werk ? Zijn er andere problemen die we niet hebben besproken?
- 8) Hebt u voorstellen of een eisenpakket uitgewerkt dat uitgevoerd zou moeten worden door de publieke overheid?
- 9) Kent u (1 of 2 !) leden in uw organisatie die bereid zouden zijn om te getuigen over de maatregelen waarvan zij op hun werk hebben kunnen genieten om de terugkeer naar het werk of het behoud van hun werk te vergemakkelijken?