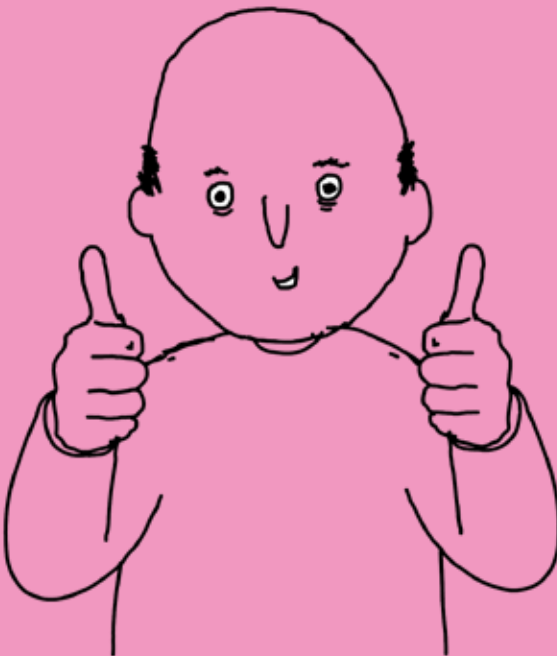


DOKTER, MAG IK TERUG GAAN WERKEN?

Werk als weg naar herstel



DOKTER, MAG IK TERUG GAAN WERKEN?

Werk als weg naar herstel

Re-integratie van de pijnpatiënt in het arbeidscircuit
inzichten na 10 jaar ervaring in het Multidisciplinair Pijncentrum ZNA

Auteur	dr. Marie Van Remoortere Multidisciplinair Pijncentrum ZNA (Ziekenhuisnetwerk Antwerpen) marie.vanremoortere@zna.be
Doelgroep	medewerkers van multidisciplinaire teams en artsen van: huisartsenpraktijken, pijn- en revalidatiecentra, mutualiteiten, arbeidsbemiddelingsdiensten, diensten externe preventie, beleidsmakers.



VOORWOORD

Iedereen krijgt in zijn leven te maken met pijn. Gelukkig halen de meeste mensen na enige tijd opgelucht adem omdat de pijn na een tijd verdwenen is. Voor sommigen komt dat moment niet. Zij worden 'chronisch pijnpatiënt'. De aanzienlijke impact daarvan op alle facetten van het leven, kunnen we moeilijk overschatten. De weg om met chronische pijn een plaats in de samenleving in te nemen, is lang en hobbelig en voor elke patiënt verschillend.

Ik ben dan ook bijzonder fier op de realisaties van het team van het ZNA Multidisciplinair Pijncentrum. De voorbije 10 jaar heeft dat team voor vele mensen werkelijk het verschil gemaakt. De vicieuze cirkel van chronische pijn kan immers enkel doorbroken worden door elke patiënt in zijn zorgtraject holistisch te benaderen. Het unieke van dit project is dat het team een aanpak heeft gestructureerd die werkelijk vertrekt vanuit het zelfbeschikkingsrecht en de meerwaarde voor de patiënt.

Wars van elk hokjesdenken worden de klassieke structuren opengebroken, naar de patiënt gebracht, letterlijk tot binnen de muren van het ziekenhuis. Met een open vizier en op een creatieve manier worden, samen met alle betrokkenen, de mogelijkheden benut om naast de medische context een nieuwe rol te creëren, zowel op privé als professioneel vlak. Die rol plaatst de mens in de patiënt opnieuw op de voorgrond en zorgt voor verbondenheid met de familie en samenleving. Het is net die verbondenheid, essentieel voor elke mens, waarin de werkelijke meerwaarde van deze aanpak vervat zit.



dr. Katrien Bervoets, algemeen medisch directeur ZNA

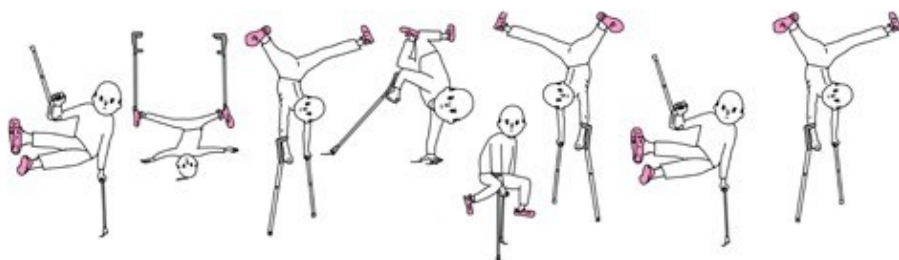
ZNA PIJNKLINIEKEN

Multidisciplinair Pijncentrum - Pijnkliniek ZNA Hoge Beuken
multidisciplinair-pijncentrum@zna.be
Commandant Weynsstraat 165, 2660 Hoboken
03 830 95 55

Pijnkliniek ZNA Jan Palfijn
Lange Bremstraat 70, 2170 Merksem
03 640 28 20

Pijnkliniek ZNA Cadix
Kempstraat 100, 2030 Antwerpen
03 640 28 20

www.zna.be/pijncentrum



INHOUD

1	INLEIDING: PIJNTHERAPIE BINNEN ZNA	14
1.1	Consultatie bij de pijnarts	15
1.2	Intakegesprekken	17
1.3	Multidisciplinair traject	17
2	WAARNEMING	18
3	BEVINDINGEN UIT DE LITERATUUR	22
3.1	Impact van langdurige arbeidsongeschiktheid	23
3.1.1	Mentale en fysieke impact	23
3.1.2	Economische impact	27
3.2	Ontstaan van langdurig pijngedrag	29
3.3	Vroegtijdige identificatie en behandeling	29
3.4	Risicofactoren voor langdurige arbeidsongeschiktheid	31
4	EXPERTISE OVER ARBEIDSRE-INTEGRATIE	34
4.1	Overzicht van de verschillende actoren	35
4.2	Inventaris en modelvoorstel	35
4.3	Implementatie van systematische aanpak	35
4.4	Uitrol naar een regionaal overleg	36
4.5	Uitwisseling van kennis en kunde	37
4.6	We Go To Work-project	39
5	TIEN JAAR ERVARING: ONZE VISIE EN AMBITIES	42
5.1	Kernpunten	43
5.2	Inzicht in de categorieën van patiënten	44
5.3	Aanbevelingen	45
5.3.1	Eén centrale arts	45
5.3.2	Nauwgezette opvolging	45
5.3.3	Voldoende uitleg verschaffen	46
5.3.4	Vroegtijdig opsporen	46
5.3.5	Snelle opstart van de begeleiding van pijnpatiënten	49
5.3.6	Re-integratie in de samenleving	49
5.3.7	Wie is wie?	51
5.3.8	Kennismaking met de lokale actoren	51
5.3.9	Link tussen zorg en werk	53
5.3.10	Maandelijks overleg	54
5.3.11	Communicatie met ziekenfonds	54
5.3.12	Re-integratiebeleid in eigen organisatie	55
5.4	Andere noden en reflecties	55
5.4.1	Sensibiliseringscampagne	55
5.4.2	Ongeschiktheidsinschatting	57
5.4.3	Evaluatie van de arbeidscapaciteiten	58
5.4.4	Betere zichtbaarheid van arbeidsartsen en adviserend artsen van mutualiteiten	58
5.4.5	Responsabilisering van werkgevers	59
6	BESLUIT	60
6.1	Wat was al bekend?	61
6.2	Wat voegt deze tekst toe?	63
7	HET PIJNTEAM VAN ZNA	65
8	DANKWOORD	66
9	REFERENTIELIJST	70

AFKORTINGEN EN DEFINITIES

Actieve ondersteuning

financiering door de overheid gerelateerd aan opleidingen in het kader van arbeidsheroriëntatie.

Acute pijn

pijn die minder dan 3 maanden bestaat.

Angst-vermijdingsgedrag

de angst van een individu om (meer) pijn te ervaren bij beweging, wat kan leiden tot een disfunctioneel vermijdingsgedrag en meer beperkingen. De mate van angst-vermijdingsgedrag kan gemeten worden door een TAMPA-vragenlijst.

Chronische pijn

pijn die langer dan 6 maanden bestaat.

DCM

Disability Case Management

DGS

Dienst Gespecialiseerde Screening van VDAB. Doet o.a. screening en indicering van werkzoekenden en werknemers i.f.v. tewerkstellings-ondersteunende maatregelen in het normaal economische circuit/sociale economie en verstrekt richtinggevende adviezen t.b.v. werkzoekenden en bemiddelaars (best passend traject naar werk, activeringsbegeleiding, arbeidszorg, advies Welzijn).

ESF

Europees Sociaal Fonds. Dit fonds investeert in vernieuwende projecten om maatschappelijke uitdagingen op de arbeidsmarkt aan te gaan.

Fietsproef

een inspanningstest waarbij het functioneren van het hart tijdens een inspanning in kaart wordt gebracht.

FOD Volksgezondheid

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

GOB

Gespecialiseerd Opleidings-, Begeleidings- en Bemiddelingscentrum, partner van VDAB.

GTB

Gespecialiseerd Team Bemiddeling, helpt mensen met een beperking of gezondheidsprobleem om geschikt werk te vinden en te houden. Daarnaast ondersteunt het team ondernemers bij aanwerving en (re-)integratie van geschikte medewerkers.

IASP

International Association for the Study of Pain. Pijn wordt door de IASP gedefinieerd als een 'onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring, die gepaard gaat met een feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt als een dergelijke beschadiging'.

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health, het is een classificatie waarmee menselijk functioneren kan worden omschreven.

Interventionele pijntherapie

therapievorm waarbij een naald door de huid wordt ingebracht met als doel de anatomische structuur te bereiken die verantwoordelijk wordt geacht voor de pijnklacht. Via die naald kan een medicijn ingespoten worden (bv. cortisone bij een epidurale infiltratie) of kan een stroombehandeling volgen (bv. radiofrequente facetdenervatie).

Medicamenteuze pijntherapie

het opstarten van (een combinatie van) medicijnen met als doel de pijnklacht te verminderen.

MET

Medisch Ergonomisch Team van GTB bestaat uit een multidisciplinair team (artsen, ergotherapeuten, kinesisten en bewegingsexperten). Het MET brengt het medisch en fysiek functioneren van de klant in kaart, waarbij ze de link naar het arbeidsmatig functioneren centraal stellen. Zo worden de mogelijkheden en drempels naar werk duidelijker.

MPC

Multidisciplinair Pijncentrum

Musculoskeletale aandoeningen

aandoeningen ter hoogte van de spieren en gewrichten.

Passieve ondersteuning

financiering door de overheid gerelateerd aan uitkeringen omwille van arbeidsongeschiktheid of vroegtijdig pensioen.

Pijn

een onplezierige sensorische en/of emotionele ervaring die in verband wordt gebracht met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of in dergelijke termen wordt beschreven.

RIZIV

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

RVA

Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening

SaRA

SaRA staat voor samenwerking en engagement van alle partners om gepaste zorg te garanderen voor complexe noden van (jong)volwassenen met een psychische kwetsbaarheid. Deze zorg sluit zo dicht mogelijk aan bij de eigen leefomgeving en vertrekt vanuit de krachten van de cliënt en diens context.

Sector werk

hiermee bedoelen we de arbeidsbemiddelende diensten: VDAB, GTB, GOB die de patiënt begeleiden in de zoektocht naar werk.

Sector zorg

hiermee bedoelen we alle hulpverleners die de patiënt begeleiden op fysisch en mentaal vlak: huisarts, specialist, kinesist, psycholoog, maatschappelijk werker ...

Sensitiviteit

het percentage terecht positieve uitslagen onder de zieke personen. Het is de verhouding tussen het aantal personen dat positief scoort en bij wie de door de test onderzochte ziekte daadwerkelijk aanwezig is tot het totaal van alle onderzochte personen met de ziekte (inclusief het aantal personen dat negatief scoort en bij wie de ziekte toch aanwezig is). Het is dus een maat voor de gevoeligheid van de test voor de onderzochte ziekte. Hoe hoger de sensitiviteit van een test, hoe groter de kans dat iemand die daadwerkelijk de ziekte heeft, een positieve testuitslag krijgt (weinig vals negatieve uitslagen).

Specificiteit

het percentage terecht negatieve testuitslagen onder de niet-zieke personen. Het is de verhouding tussen het aantal terecht negatieve uitslagen (niet ziek, negatieve uitslag) tot het totaal van alle gevallen waarbij de ziekte afwezig is. Hoe hoger de specificiteit van een test, hoe groter de kans dat iemand die de ziekte niet heeft, een negatief testresultaat krijgt (weinig vals positieve uitslagen).

Subacute pijn

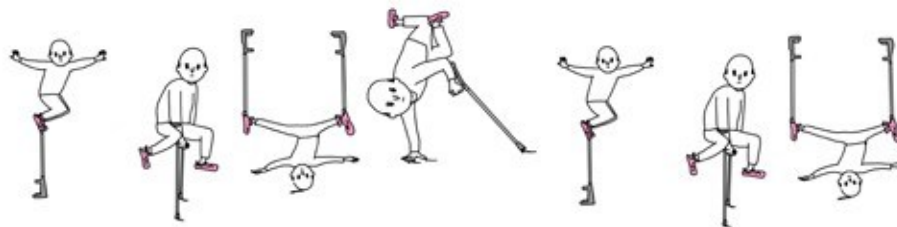
pijn die sinds 3 tot 6 maanden bestaat.

VDAB

Vlaamse dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding

WGTW

'We Go To Work' is een project gefinancierd door het ESF waarbij GTB met tal van partners verspreid over de Vlaamse provincies – waaronder ZNA – probeert om de doelgroep te bereiken door outreachend te werken, in-house bij de partnerorganisatie. Het is een voortraject op arbeidsbemiddeling op de ziekenhuisvloer. De doelgroep zijn inactieve personen met een arbeidswens of -kansen die hinder ervaren door een arbeidsbeperking of gezondheidsproblematiek en voor wie het reguliere aanbod van GTB en VDAB ontoereikend is.



INLEIDING: PIJNTHERAPIE BINNEN ZNA



“Ik zie regelmatig patiënten die door hun pijnklachten niet meer kunnen werken, maar die dolgraag opnieuw aan de slag zouden gaan. Uiteraard willen we dat als pijncentrum stimuleren, maar binnen de grenzen van wat de patiënt aankan. Het is fijn om al vanaf de start van het traject ook het aspect ‘werk’ en de bredere maatschappelijke (re)integratie bij de behandeling te betrekken. Het MPC van ZNA heeft intussen een ruime ervaring en netwerk opgebouwd rond arbeidsre-integratie. We blijven daar ook sterk op inzetten. Daarom delen we met plezier onze ervaring en kennis met andere centra en overheden, zodat dit onderwerp in de toekomst nog meer aan belang wint.”

Filip Cassimon,
Verpleegkundig coördinator
ZNA Multidisciplinair Pijncentrum

Het pijnteam van ZNA (Ziekenhuisnetwerk Antwerpen) is aanwezig in de ziekenhuizen ZNA Hoge Beuken, ZNA Jan Palfijn en ZNA Cadix (vanaf maart 2023, nu nog ZNA Stuivenberg) waar **consultatie** en **pijnthherapie** wordt aangeboden. Je kan er terecht voor het volledige gamma aan interventionele en medicamenteuze pijntherapieën (infiltraties, radiofrequente behandelingen, ...) voor de behandeling van zowel acute als chronische pijn.

In ZNA Hoge Beuken bevindt zich ook het **multidisciplinair pijnteam**. Het is één van de 35 erkende centra in België voor de ambulante, multidisciplinaire behandeling van pijn. Het team bestaat uit een psycholoog, kinesist, maatschappelijk werker, ergotherapeut en verpleegkundige. We werken ook nauw samen met psychiaters, neurochirurgen, oncologen en fysische artsen.

Daarnaast bestaat er een **multidisciplinair algologisch team** voor de bestrijding van complexe pijnproblemen bij opgenomen patiënten in de ZNA-ziekenhuizen en een **team voor pijnbestrijding bij kinderen**.

De ambulante patiënt die bij het pijnteam terecht komt, doorloopt een parcours.

1 CONSULTATIE BIJ DE PIJNARTS

Tijdens een eerste consultatie kan de pijnarts **drie vormen van therapie** aanbieden op basis van de klacht van de patiënt en de resultaten van technische onderzoeken:

- een medicamenteus beleid
- en/of interventionele pijntherapie
- en/of multidisciplinaire ondersteuning

In ZNA Hoge Beuken voeren we zo'n 8.500 interventionele pijnbehandelingen per jaar uit. Interventionele therapie zien we als een hefboom voor duurzame pijnreductie, een betere levenskwaliteit door minder neveneffecten van medicatie, minder kans op verslaving aan pijnstillers en een grotere kans op maatschappelijke re-integratie.



“Als ik aan patiënten uitleg dat de multidisciplinaire begeleiding gratis is, voel ik vaak dat ze extra gemotiveerd zijn. Ze hebben het financieel soms al moeilijk genoeg.”

Ann Eyckens,
Secretariaatsmedewerker
ZNA Multidisciplinair Pijncentrum

2 INTAKEGESPREKKEN

Het opstarten van multidisciplinaire ondersteuning gebeurt door middel van intakegesprekken bij de psycholoog, ergotherapeut en kinesist. Op dat moment wordt ook de graad van maatschappelijke participatie in kaart gebracht.

3 MULTIDISCIPLINAIR TRAJECT

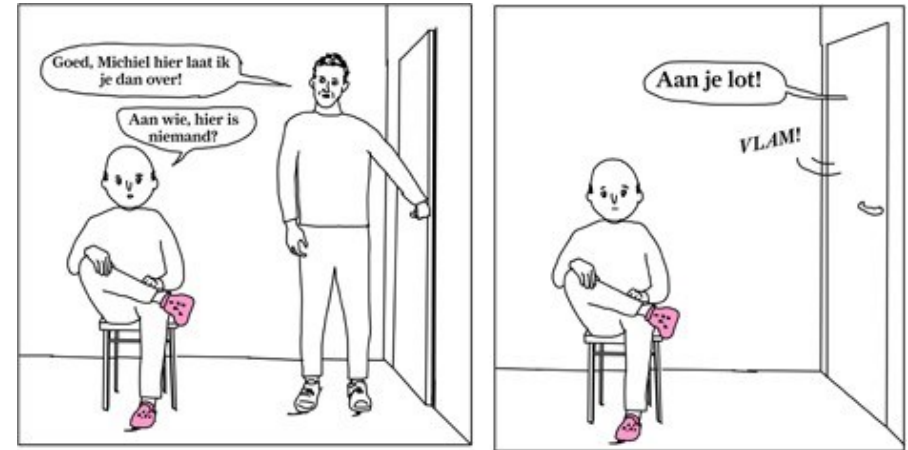
Na deze intake stelt het team een programma op maat voor, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie en afgestemd op behoefte, ritme en mogelijkheden van de patiënt met het oog op het verhogen van de graad van welzijn. Dit traject kan bestaan uit individuele begeleiding bij de psycholoog, de ergotherapeut, de maatschappelijk werker, de kinesist of onder de vorm van een groepsprogramma van enkele weken met focus op psycho-educatie, reconditionering en maatschappelijke re-integratie. Zo'n traject is ambulant en kan 3 tot 6 maanden duren. Dit kan parallel verlopen aan een medicamenteuze en/of interventionele pijntherapie. Deze multidisciplinaire begeleiding is gratis voor de patiënt. De financiering gebeurt vanuit de FOD Volksgezondheid.

IN CIJFERS

In het pijncentrum van ZNA Hoge Beuken gebeurden in 2021:

518	eerste consultaties bij de pijnarts
126	toewijzingen naar het multidisciplinair traject (= 25% van de nieuwe patiënten)
78	werden begeleid in het kader van werkhervatting (= 60% van de multidisciplinaire trajecten)
16	gingen rechtstreeks terug aan het werk
8	werden verwezen naar GTB/VDAB via de 'warme overdracht'
30	volgen een voortraject in het WGTW-project

WAARNEMING



Als pijnartsen zien we dikwijls jonge mensen die jarenlang arbeidsongeschikt zijn door chronische pijn. Naast het feit dat langdurige arbeidsongeschiktheid bij onze patiënten leidt tot een verminderd inkomen, merken we vaak een sociaal isolement en verminderd zelfbeeld op. Ze belanden in een negatieve spiraal waar ze moeilijk op eigen houtje uit geraken. Deze arbeidsongeschiktheid lijkt wel een lappendeken, voorgeschreven door verschillende artsen voor verschillende periodes. Dit belangrijke 'neveneffect' van de aandoening wordt onvoldoende gecoördineerd.

We merken ook regelmatig een maatschappelijke en medische focus op wat iemand niet meer kan, terwijl er onvoldoende breed naar de restcompetenties wordt gekeken. Patiënten absorberen uitspraken van artsen, zoals 'Met die rug zal je nooit meer kunnen werken', en implementeren ze in hun dagelijkse leven. Sommige patiënten hebben nog een contract met hun laatste werkgever, anderen niet. Vaak laten werkgevers hun werknemers pas weer aan de slag gaan wanneer ze volledig 'genezen' zijn. Een graduele werkhervatting of aangepast werk is vaak geen optie.



“De ervaring leert ons dat patiënten die een duidelijke pijnreductie ervaren na interventionele of medicamenteuze therapie, maar die nog niet maatschappelijk gere-integreerd zijn, slechts een geringe verbetering van de levenskwaliteit melden.”

dr. Marie Van Remoortere,
Anesthesist - pijnspecialist
ZNA Multidisciplinair Pijncentrum

Patiënten zitten doorgaans gevangen in een 'nep gouden kooi' door een uitkering waar ze het wel mee redden. Hun leven draait al jaren op die manier en is niet meer georganiseerd om te gaan werken. We merken een hulpeloosheid om daaruit te geraken. Er is bovendien onduidelijkheid over uitkeringen en over wat er gebeurt bij hervatting na een werkhervatting. Uitspraken daarover van de arbeidsarts, de adviserend arts van de mutualiteit en andere specialisten spreken elkaar tegen. Bovendien zijn de arbeidsarts en adviserend arts voor ons, de behandelende artsen, niet voldoende zichtbaar en bereikbaar voor interactie. Er is bijna geen overlegcultuur tussen de hulpverleners, laat staan tussen de 'sector zorg' en de 'sector werk'.

Vanuit het MPC zijn we verontwaardigd over het gebrek aan begeleiding vanuit de overheid bij mensen met langdurige arbeidsongeschiktheid, over termen als invaliditeit en ziektepensioen. Dat de overheid zich beperkt tot het geven van een uitkering en onvoldoende inzet op de restcompetenties en het ondersteunen van de arbeidsre-integratie voelt aan als verwaarlozing. Het lijkt ons evident dat er een recht op werk is, ook voor mensen met een beperking.

De ervaring leert ons dat patiënten die een duidelijke pijnreductie ondervinden na (interventionele of medicamenteuze) therapie, maar nog niet maatschappelijk gere-integreerd zijn, slechts een geringe verbetering van de levenskwaliteit melden. Het is ons doel om socioprofessionele re-integratie (lees: arbeidshervatting) als uiteindelijk eindpunt van de behandeling te zien. Als artsen streven we immers naar een maximale graad van welzijn van onze patiënten.

De erkenning en subsidiëring van Multidisciplinaire Pijncentra in België in 2013 heeft ertoe geleid dat meer pijnpatiënten op een geïntegreerde, globale manier worden opgevangen. Door deze interdisciplinaire samenwerking wordt er, naast de pijnbehandeling, ook aandacht geschonken aan gedragsmatige therapie en psychosociale aspecten.

Binnen het MPC van ZNA ontwikkelden we de voorbije 10 jaar expertise over arbeidsre-integratie bij pijnpatiënten. Met dit document willen we onze inzichten vanuit de literatuur koppelen aan onze ervaringen uit de praktijk. We tonen het belang van maatschappelijke re-integratie aan voor het welzijn en welbevinden van de patiënt.

Verder doen we een aantal aanbevelingen om deze maatschappelijke re-integratie vroegtijdig, gecoördineerd en multidisciplinair te faciliteren. Voor pijnspecialisten is het behandelen van een pijnklacht naar een aanvaardbare intensiteit primordiaal, maar wel tegen een achtergrond van maatschappelijke re-integratie.

BEVINDINGEN UIT DE LITERATUUR



“Na het oplopen van een letsel ontstaat er bij sommige patiënten een zekere bewegingsangst. Ze gaan bepaalde bewegingen vermijden omdat ze geen vertrouwen meer in hun lichaam hebben of omwille van de angst voor pijn. Hierdoor worden ze minder actief. Ook de gedachte om weer te gaan werken, kan dan angstaanjagend lijken. Door middel van pijneducatie en aangepaste therapie, gericht op de bewegingsangst, proberen we bij deze personen het vertrouwen in hun lichaam opnieuw te herstellen. Zo wordt de stap naar het hernemen van activiteiten kleiner en is er een mogelijk gunstig effect op het idee om weer aan het werk te gaan.”

Veerle Van Hoestenbergh,
Kinesist
ZNA Multidisciplinair Pijncentrum

1 IMPACT VAN LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1.1 Mentale en fysieke impact

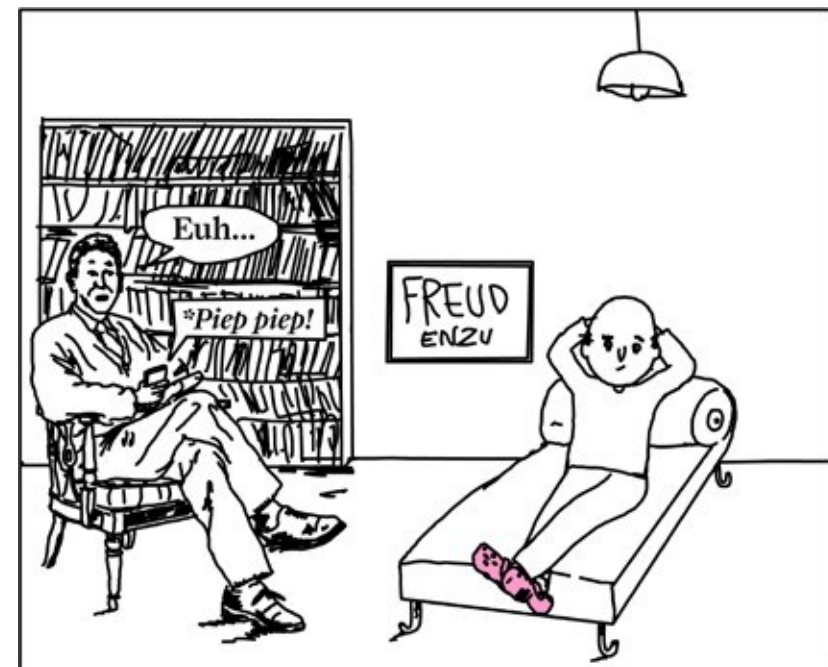
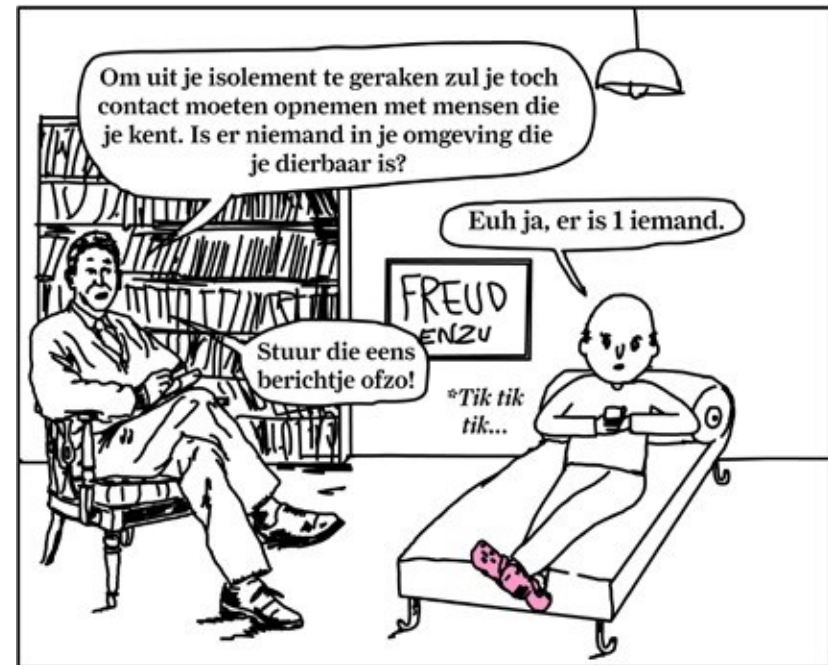
“Een job geeft aanleiding tot sociale contacten, stimuleert de hersenen, geeft een reden om op te staan 's ochtends, onderhoudt verbinding met de maatschappij en zorgt voor financiële onafhankelijkheid.”

Gordon Waddell en Kim Burton (2006)

Een langdurige arbeidsongeschiktheid heeft een grote impact op het welzijn van een individu. Er is een verband met vroegtijdig overlijden, een grotere incidentie van zelfmoord en een verhoogd risico op de ontwikkeling van psychische en algemene gezondheidsproblemen (WHO, 2000)¹. Volgens Sheperd (Sheperd et al, 1989)² is werk de centrale weg naar sociale re-integratie en maatschappelijk herstel en een van de belangrijkste identiteitsverlenende aspecten (De Botton, 2008)³.

Een job hebben is therapeutisch, het bevordert de graad van herstel, verhoogt de levenskwaliteit en het gevoel van welzijn. Het geeft aanleiding tot sociale contacten, stimuleert de hersenen, geeft een reden om op te staan, onderhoudt verbinding met de maatschappij en zorgt voor financiële onafhankelijkheid (Waddell & Burton, 2006)⁴.

Een langdurige arbeidsongeschiktheid leidt tot afname van de geobjectiveerde en ervaren fysieke gezondheid (McKee-Ryan et al. 2005)⁵.



“Na een traject binnen het pijncentrum, waar ik door verschillende hulpverleners werd begeleid, werd ik aangemeld voor het ‘We Go To Work’-project. Ik was alleenstaand en al 7 jaar arbeidsongeschikt. Ik wilde graag weer gaan werken. Toch was het niet evident om alles weer op te nemen. Ik kan ook niet goed lezen of schrijven. Samen met het team onderzochten we eerst welk statuut ik had. Zo bleek dat ik uitkeringsgerechtigd werkloos was, nadat een VDAB-bemiddelaar had ingeschat dat werk op dat bepaald moment niet haalbaar voor mij was.”

“Maar na al die jaren wilde ik wél stappen zetten. Zo hebben we opnieuw contact opgenomen met de VDAB-bemiddelaar om mijn dossier te herbekijken. Hierdoor kon ik als stagiair starten bij een maatwerkbedrijf, een job die ik na een jaar nog altijd heel graag doe. Ik ben het pijncentrum dan ook dankbaar. Dankzij het team kon ik veel sneller dan verwacht weer aan de slag.”

Joeri (51)

1.2 Economische impact

Op basis van de literatuur weten we dat ook de economische impact van langdurige arbeidsongeschiktheid substantieel is.

In Europa vertonen ongeveer **20% van de volwassenen chronische pijn** die ze als matig tot ernstig beschrijven (Breivik et al, 2006)⁶. Hiervan is 20% langdurig arbeidsongeschikt (Langley et al. 2011, Reid et al. 2011)⁷⁻⁸.

“Elke euro die geïnvesteerd wordt in actieve, ondersteunende maatregelen zou volgens onderzoek 5 tot 12 euro opbrengen.”

J. Breuer (2008), Waddel et al. (2008)

De werkloosheid in België ligt rond de 6%. Iemand die werkloos is, ontvangt een uitkering van de RVA. Daarnaast zijn er in ons land zo'n 460.000 langdurig zieken die een uitkering krijgen van het RIZIV. Het aantal langdurig zieken in België stijgt jaarlijks met zo'n 5%. In 2013 en 2015 waren dat er respectievelijk 299.408 en 370.408. Zo'n 30% daarvan is langdurig ziek door musculoskeletale aandoeningen, vrij vertaald als **140.000 langdurig arbeidsongeschikten met een pijnklacht**.

IN CIJFERS

20% van de Europese volwassenen heeft chronische pijn die ze als matig tot ernstig beschouwen. Daarvan is 20% arbeidsongeschikt.

In 2020 waren er **460.000** mensen in België langdurig arbeidsongeschikt omwille van ziekte. Dat is 10% van de 5 miljoen Belgen die zouden kunnen werken. Bij zo'n 30% of ruw geschat ongeveer **140.000** gaat het om mensen met musculoskeletale aandoeningen.

In 2019 kostte dit **9,3 miljard** euro aan uitkeringen in België.

“Toen ik met een opleiding verpleegkunde startte, kreeg ik last van pijn in mijn schouder en bovenarm. Een peesscheur bleek aan de basis te liggen. Na een behandeling waren de pijnklachten in mijn schouder verdwenen, maar waren er wel uitstralingen naar mijn arm en had ik zenuwpijnen. Vermits er na verschillende behandelingen nog geen oplossing uit de bus kwam, ben ik bij het MPC ZNA terechtgekomen.”

“Daar kwamen diverse doelen in zicht: de pijn verminderen, maar ook mij uit mijn isolement halen en bekijken hoe ik weer aan het werk kon geraken. Een kinesist startte met sessies om me meer vertrouwen te geven in mijn lichaam en me aan het bewegen te krijgen. Een ergotherapeut en maatschappelijk werker maakten een competentieprofiel op en namen contact op met GTB. En een psychologe liet me kennismaken met mindfulness.”

“Intussen is het traject afgerond. Er is begeleiding bij GTB opgestart. De begeleider raadde me een opleiding aan voor farmaceutisch of tandartsassistent. Het traject is lopende. Ondanks de twijfel die soms de kop opsteekt, geloof ik dat de toekomst er hoopvol uitzielt.”

Sonia (33)

In verhouding tot andere Europese landen heeft België een **lagere werkzaamheidsgraad** en een **hogere ziekte- en invaliditeitsgraad**.

Gustavsson et al. concludeerden dat in Zweden 60% van de totale kosten voor mensen met een diagnose, gerelateerd aan chronische pijn, gaat naar kosten ten gevolge van absentisme en vroegtijdig pensioen (indirecte kosten) (Gustavsson et al. 2012)⁶.

Voor elke euro die in België wordt uitgegeven aan passieve uitkeringen wordt er 0,17 euro aan actieve, ondersteunende maatregelen gespendeerd voor de re-integratie van de pijnpatiënt in het arbeidscircuit. In Zweden is die verhouding 1/1. Dit heeft zijn weerslag op de arbeidsdeelname van chronisch zieken: 47% in België versus 70% in Zweden. Elke euro die geïnvesteerd wordt in actieve, ondersteunende maatregelen zou volgens onderzoek 5 tot 12 euro opbrengen (Dr. J. Breuer, German social accident insurance, Waddel et al. 2008)⁴.

Het streven naar maximale maatschappelijke participatie als outcome parameter van medische therapie blijkt dus niet enkel het welzijn van onze patiënten te vergroten, maar heeft ook een maatschappelijke impact.

2 ONTSTAAN VAN LANGDURIG PIJNGEDRAG

De ontwikkeling van chronische pijn en invaliditeit hangt meer af van **individuele en werkgerelateerde psychosociale factoren** dan van de fysieke of klinische symptomen die een patiënt ervaart. (Boersma et al, 2005, Linton et al, 2003, Linton et al. 2002, Melloh et al. 2009, Pincus et al. 2002)¹⁰⁻¹⁴.

Niet het lichamelijke letsel of de objectiveerbare weefselschade bepaalt of iemand langdurig pijngedrag met vaak bijhorende arbeidsongeschiktheid zal vertonen, maar eerder het psychosociale profiel van het individu. Een pijnklacht kan voor de ene persoon leiden tot angstgevoelens en catastrofen, terwijl de andere persoon het chronische pad van pijn zal ontlopen door er op een andere, meer constructieve manier mee om te gaan.

3 VROEGTIJDIGE IDENTIFICATIE EN BEHANDELING

Blijvende, invaliderende symptomen kunnen voorkomen worden door de vroegtijdige identificatie en behandeling van deze psychosociale factoren en de indirecte kosten worden significant gedrukt door 'multidisciplinaire pijnrehabilitatieprogramma's' (Nicholas et al. 2011, Stapelfeld et al. 2011, Eriksen et al. 2004, Steenstra et al. 2009, Heitz et al. 2009, Jellema et al, 2005, Rogerson et al. 2009, Kant et al. 2008)¹⁵⁻²².

Vroegtijdige werkhervatting met restsymptomen verhoogt het risico op hervatting niet. Integendeel, ze vermindert de kans op hervatting en absentisme tijdens de jaren die volgen op het hervatten van het werk (Du Bois et al, 2008, Bigos et al, 1991)²³⁻²⁴. Het geruststellen van de patiënt en uitleg geven over zijn aandoening blijken een grote invloed te hebben op het genezingsproces, terwijl dit een eenvoudige en goedkope interventie is. (Du Bois et al, 2012)²⁵.

Een vermindering van de pijnklacht door therapie (medicamenteus of interventioneel) die zich niet vertaalt in werkhervatting is duur voor de maatschappij en ondermijnt de autonomie van het individu (Sullivan et al. 2014)²⁶. Het niet hervatten van arbeid hangt vaak samen met een onjuist idee over werkhervatting. Therapie moet dus niet enkel gericht zijn op een functioneel herstel, maar in de eerste plaats op de wijziging van de onjuiste idee over arbeid en chronische pijn.

4 RISICOFACTOREN VOOR LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

In de literatuur (Du Bois et al. 2008, 2009)^{23,25} worden er voor patiënten met chronische lage rugpijn – de meest voorkomende oorzaak voor chronische pijn – volgende risicofactoren opgetekend voor de ontwikkeling van langdurige arbeidsongeschiktheid:

- een lage verwachting van de patiënt om weer aan het werk te gaan
- de overtuiging van de patiënt dat de pijnklacht wordt veroorzaakt door zijn werksituatie
- een hoog angst- en vermijdingsgedrag
- een langdurig bestaande pijnklacht voorafgaand aan de periode van arbeidsongeschiktheid
- de aanwezigheid van uitstralende pijn tot onder de knie
- pijnklachten met een groot nadelig effect op het dagelijks functioneren
- beroep van arbeider
- vrouwelijk geslacht
- hoge leeftijd



Indien we een meetinstrument gebruiken om deze psychosociale risicofactoren in beeld te brengen, kunnen we patiënten die een hoog risico hebben om in deze negatieve spiraal te vervallen, opsporen en vroegtijdig en intensief begeleiden. Zo maken we een keuze tussen wie een mono-modale, goedkope therapie en wie een duurdere, multimodale therapie kan ondergaan. Dat zou zeker een win-winsituatie zijn voor patiënt en maatschappij (Nicholas et al. 2011)¹⁵.

“Ik kamp al jaren met chronische rugklachten. Een toename van mijn gewicht en een slechte nachtrust maakten het er alleen maar slechter op. Ik kreeg hiervoor medische ondersteuning die positieve resultaten opleverde. Toch vond ik het moeilijk om mijn weg in de samenleving te vinden. Ik ben afkomstig van Azerbeidjan en sprak amper Nederlands.

In het MPC van ZNA werd een traject van 6 maanden opgestart waar zowel mijn lichaam als mentale kracht werden versterkt. Een kinesist werkte een intensief oefenprogramma uit dat ik thuis verder kon uitvoeren. Een maatschappelijk werker schreef me in voor lessen Nederlands. Zo groeiden langzaam mijn kansen. Een tolk was niet meer nodig, omdat mijn kennis van het Nederlands dankzij vrijwilligerswerk sterk was verbeterd. Hierdoor vergrootten mijn kansen en werd ik in contact gebracht met een GTB-begeleider. Samen gingen we op zoek naar een job in de wijkwerking waar er oog is voor mijn rugklachten.”

Myriam (48)

“Ik heb 26 jaar ervaring in de sociale sector, waar ik met volwassenen met een meervoudige beperking heb gewerkt. Mijn job deed ik graag, ook al vroeg het vaak zware, fysieke inspanningen. Door aanhoudende pijn aan mijn knieën en rug werd ik in 2019 arbeidsongeschikt. Ik deed eerst inspanningen om te vermageren. Toen dat weinig aan mijn pijnklachten verhielp, ben ik in september 2020 doorverwezen naar het Multidisciplinair Pijncentrum van ZNA.

Daar kwam ik tot het besef dat ik graag wilde genezen, maar het vertrouwen in mijn lichaam en mezelf kwijt was. Door de vele klachten leefde ik geïsoleerd, sliep ik slecht en was ik mijn dagritme kwijt.”

“Binnen het MPC nam ik deel aan het ‘We Go To Work’ project.

Terwijl het team inzette op de opbouw van vertrouwen en naar mijn verhaal luisterden, liepen er gesprekken met de WGTW-coach. Via kleine opdrachten keek het team naar wat ik wél nog kon en hoe ik uit mijn isolement kon geraken. Er werd rekening gehouden met mijn vraag en motivatie om weer aan de slag te gaan. Empoweren, daar draaide het om. Ik voelde al jaren dat ik op de werkvloer tegen zaken aanliep, maar kon de oorzaak niet benoemen. Omdat ik aangaf dat ik het moeilijk vond om mijn dag te plannen, dat ik last had van uitstelgedrag en moeite had om mijn focus en overzicht te behouden, is het team op zoek gegaan naar tips en een app om me te ondersteunen.

Later in het traject kwam de werkelijke reden naar boven: ik kreeg de diagnose van ADHD. Dat gaf me het inzicht dat ik nodig had.”

“Na een intensieve samenwerking van een jaar voelde ik me klaar om stappen te zetten richting de arbeidsmarkt. Een grote uitdaging. Mijn aanvraag om een traject te starten bij de GTB, ligt nu bij de mutualiteit.

Ik wil het team van het MPC en GTB van harte bedanken.

Toen ik niet meer kon, hebben zij mij opgeroepen en zijn we samen op weg gegaan. Vanuit dat gevoel van gedragenheid kreeg ik weer vertrouwen in mezelf. Zo veel dat ik nu vanuit mijn ervaring andere pijnpatiënten ondersteun in hun WGTW-traject.”

Veerle (51)



EXPERTISE OVER ARBEIDSRE-INTEGRATIE



“Het We Go To Work-project slaat de brug tussen zorg en werk. Door onze krachten te bundelen en samen te luisteren naar de behoefte van de patiënt vanuit ieders expertise, kunnen we heel gericht en persoonlijk aan de slag. Deze energie zorgt voor groei voor zowel de patiënt als voor ons als zorgverlener/dienstverlener.”

Ingvild De Bruyn,
Bemiddelaar GTB

Het Multidisciplinair Pijncentrum van ZNA heeft de voorbije 10 jaar heel wat expertise over arbeidsre-integratie bij pijnpatiënten ontwikkeld.

1 OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE ACTOREN

We hebben de **verschillende actoren** in kaart gebracht die betrokken zijn in het proces van arbeidsre-integratie en gingen met hen in gesprek: patiënt, huisarts, specialist, paramedici zoals kinesist of psycholoog van de thuisomgeving, arbeidsarts, adviserend arts van de mutualiteit, arbeidsbemiddelingsdiensten (VDAB, GTB, GOB), maatwerkbedrijven, beleidsmakers (FOD Volksgezondheid en Sociale zaken, Vlaams kabinet van Werk), RIZIV...

2 INVENTARIS EN MODELVOORSTEL

Tijdens informele en formele vergaderingen, congressen en symposia werd in samenwerking met verschillende actoren een **inventaris** gemaakt van het probleem in al zijn facetten en van de motivaties en remmingen om een patiënt weer aan het werk te krijgen.

Daarop volgde de publicatie van een modelvoorstel voor de re-integratie van pijnpatiënten naar de arbeidsmarkt vanuit een multidisciplinair pijncentrum (*Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding*, 35 (65), 2016 Van Remoortere).

3 IMPLEMENTATIE VAN SYSTEMATISCHE AANPAK

Sinds 2010 organiseert ons pijncentrum op regelmatige basis **overlegmomenten met de arbeidsbemiddelingsdiensten** van de regio (VDAB, GTB en GOB), de ‘sector werk’. Daaruit kwam een duurzame samenwerking tot stand met vaste aanspreekpunten gebaseerd op het samenwerkingsmodel SaRA, voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Hierdoor kunnen we onze patiënten tijdens of kort na het multidisciplinair traject op een vlotte en directe manier verwijzen naar de ‘sector werk’ op het moment dat ze er klaar voor zijn.

Hoekstenen zijn het opstellen van een **capaciteitenprofiel** waarin de mogelijkheden en interesses van de patiënt omschreven worden en de ‘**warmer overdracht**’ waarbij het intakegesprek bij de ‘sector werk’ gebeurt in aanwezigheid

van de ergotherapeut/kinesist of de maatschappelijk werker van het pijncentrum. Zo kan de patiënt gesteund worden door een paramedicus die hij/zij reeds kent en die mee kan inschatten wat de restcapaciteiten zijn. De patiënt wordt begeleid overgedragen wanneer hij/zij nog in behandeling is. De 'sector zorg' maakt de eerste afspraak. Er wordt op voorhand toestemming gevraagd aan de adviserend arts van het ziekenfonds.

Dit leidde tot een verdere implementatie en het verfijnen van een **systematische aanpak** binnen ons multidisciplinair traject om maatschappelijke re-integratie als outcome parameter te zien van onze therapie.

Maandelijks organiseren we met ons team een **arbeidsre-integratie-overleg** waarop de patiënten in het kader van werkhervatting besproken worden.

4 UITROL NAAR EEN REGIONAAL OVERLEG

Deze samenwerking werd sinds 2017 uitgebreid naar andere multidisciplinaire pijncentra en revalidatiecentra in de regio Antwerpen onder de naam **Re-integratie Overleg voor Pijn- en Revalidatiepatiënten van Antwerpen** (ROPRA). Haldaarlijks vindt er binnen ROPRA een beleidsoverleg plaats tussen de pijn- en revalidatiecentra van de regio Antwerpen en 'sector werk'. Ook de nood aan casusoverleg werd duidelijk. Sinds het najaar 2018 werden deze overlegmomenten opgedreven van 2 naar 4 keer per jaar. Er zijn steeds verschillende aanwezigen uit verschillende instellingen. Het aantal aanwezigen op dit ROPRA-overleg breidt jaar na jaar uit met Terug Naar Werk-coördinatoren van de mutualiteiten, arbeidsartsen, medewerkers van het departement werk en economie van de stad Antwerpen.

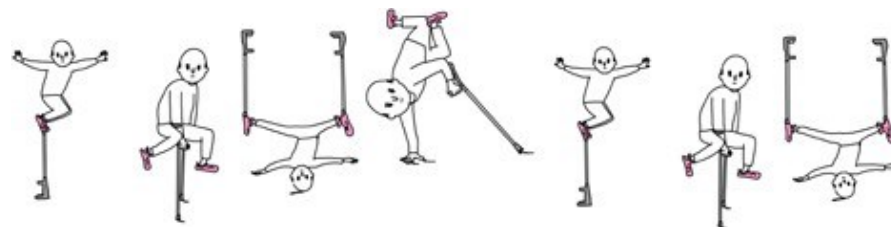
5 UITWISSELING VAN KENNIS EN KUNDE

Daarnaast werden **projecten en studies** uitgevoerd (2017-2019) in samenwerking met het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van het RIZIV, VDAB en GTB, wat de uitwisseling van kennis en kunde tussen de 2 sectoren sterk vergroot heeft. Zo ontwikkelden we voor VDAB mee opleidingen voor jobcoaches die mensen met chronische pijn begeleiden en methodieken om de samenwerking tussen VDAB en professionele hulpverleners rond een werkzoekende te verbeteren.

Een van de medewerkers van het Multidisciplinair Pijncentrum ZNA volgde de opleiding 'disability management', georganiseerd door het RIZIV. Op die manier vergrootte onze theoretische kennis over deze complexe materie en waren we in staat onze patiënten zo juist mogelijk te begeleiden.

48

*Het eerste jaar begeleidde het 'We Go To Work'-project
binnen het pijncentrum ZNA 48 mensen.
Ruim een kwart (27%) stroomde door naar een vervolgtraject
bij GTB of VDAB.
Hiervan heeft 77% een arbeidstraject aangevat,
8% volgt een opleiding en 15% heeft een job.*



6 WE GO TO WORK-PROJECT

Het MPC van ZNA Hoge Beuken stapte in 2020 mee in het 'We Go To Work'-project (WGTW). Dit project wordt gesubsidieerd door het Europees Sociaal Fonds (ESF) en opgezet vanuit GTB in samenwerking met zorgpartners over Vlaanderen, waaronder ZNA. Doelgroep zijn **inactieve mensen** die omwille van hun **gezondheid** of **arbeidsbeperking** drempels ondervinden in hun terugkeer naar werk en voor wie het reguliere aanbod van GTB en VDAB ontoereikend is. In het kader van dit project wordt deze doelgroep bereikt door outreachend te werken, in-house bij de partnerorganisatie.

De GTB-medewerker komt 1 tot 2 dagen per week naar het MPC ZNA om mensen al tijdens hun herstelperiode stappen naar re-integratie/activering te laten zetten onder de vorm van een 'voortraject'. Dat gebeurt door een zo nodig intensieve begeleiding op een laagdrempelige en versterkende manier. Hij of zij vormt er een duo met een medewerker van het MPC ZNA.

De begeleiding in duo omvat individuele gesprekken en begeleiding, groepsmodules, de opmaak van een plan van aanpak en tussenstappen die kunnen leiden tot begeleiding in het reguliere traject. De GTB-bemiddelaar zet inactieve mensen aan het denken over 'iets doen' en 'iets actiefs' verkennen om de stap te zetten naar een arbeidstraject, opleiding, job of werkhervatting. De gebundelde expertise van de zorgprofessionals van ZNA en een GTB-bemiddelaar zorgt voor een **geïntegreerde, activerende én empowerende begeleiding** van de patiënt.

Deze samenwerking is veelbelovend. We ervaren het als efficiënt om dit proces in de vertrouwde zorgomgeving van de patiënt aan te bieden. Zo kan de informatieoverdracht door de paramedici die de patiënt medisch begeleiden onmiddellijk gekoppeld worden aan de adviezen van de coach.

Deze vorm van arbeidsbegeleiding kan voor deze groep drempels wegnemen en hen weer naar de arbeidsmarkt leiden. Het is een oplossing voor een situatie die lang uitzichtloos was. Met dit project hopen ESF en GTB 15% van de deelnemers te laten doorstromen naar de reguliere arbeidstrajectbemiddeling bij GTB/VDAB (het eerste jaar haalden we een percentage van 27%).

“Door chronische pijn aan mijn nek en rug en andere medische problemen ontwikkelde ik depressieve gevoelens en klachten die sterk lijken op die van een burn-out. Toen ik startte bij het ‘We Go To Work’-project, was ik sceptisch. Het heeft dan ook even geduurd voor ik vertrouwen in de aanpak van het team kreeg.”

“Daarna is het team op verschillende domeinen en met verschillende hulpverleners aan de slag gegaan. Er werd eerst een ‘signaleringsplan’ opgesteld aan de hand van vragen rond de betekenis van stress voor mij. Het was een intensief traject. Soms kon ik in paniek raken wanneer er over werk werd gesproken. Gelukkig kreeg ik de ruimte om eerst te focussen op kleinere zaken die er in mijn leven mis liepen, zoals het vinden van een goede dagstructuur en -invulling. Zo kwam er langzaam meer ruimte voor andere zaken.”

“Het team nam contact op met de mutualiteit om een traject te starten bij het GTB, omdat ik niet meer terug wilde naar mijn vorige werk dat fysiek te zwaar voor mij was. In afwachting van een beslissing bleef het MPC met mij in contact. Zo konden we voortwerken aan mijn traject om weer aan de slag te kunnen gaan. En met succes.

I 4 maanden later start ik als ervaringsdeskundige bij het GTB. Samen met de GTB-bemiddelaars zal ik als voormalig patiënt anderen aansporen om dit traject te volgen. Zo kan ik een brug slaan tussen zorg en werk.”

Mireille (49)

“Na een arbeidsongeval in 2016 heb ik chronische pijnklachten. Intussen ben ik 5 jaar arbeidsongeschikt. Ik ben een alleenstaande vader van 3 zonen. Dat zorgt voor stress, bovenop de zorgen die mijn zorgbehoevende ouders, die bij ons inwonen, vragen. Toen ik bij het ‘We Go To Work’-project instapte, liep er nog een rechtszaak over het feit of ik al dan niet blijvende schade door het werkongeval had opgelopen.

Tijdens het traject kwamen heel wat zaken naar boven: ik had het financieel moeilijk door mijn beperkte inkomen, ik kon mijn zonen moeilijk de structuur geven die ze eigenlijk nodig hadden, er stapelden zich schulden op...”

“Bij de mutualiteit kwam het tot een zorgoverleg samen met mijn huisarts, de sociale dienst van de mutualiteit, een psychologe en een maatschappelijk werker van het pijncentrum, een maatschappelijk werker van het OCMW, een begeleider van het CAW en een bemiddelaar van het GTB. Samen hebben we een plan van aanpak opgesteld om meer rust te brengen in mijn leven. Een medewerker van het ‘We Go To Work’ project belt me nu elke 3 maanden op om te informeren hoe het gaat en of er intussen ruimte is om weer aan de slag te gaan.

Ze geven me de ruimte om alles op orde te stellen, maar blijven tegelijk aanwezig om – wanneer het voor mij kan – toch weer werk te zoeken.”

Youssef (52)



TIEN JAAR ERVARING: VISIE EN AMBITIES



“Binnen de sociale dienst leggen we de nadruk op de mogelijkheden van de patiënten, niet op hun beperkingen. Zo willen we de mensen perspectief bieden. Wij begeleiden hen bijvoorbeeld naar vrijwilligerswerk waardoor ze opnieuw in contact komen met andere mensen en er nieuwe opportuniteiten ontstaan.”

Hendrik Devriendt,
maatschappelijk werker
ZNA Multidisciplinair Pijncentrum

Door de aanzienlijke impact op het welzijn van de patiënt en door de maatschappelijke last ligt onze ambitie in de eerste plaats in het voorkomen van langdurige arbeidsongeschiktheid. Hier dragen we met zijn allen de verantwoordelijkheid voor. We dromen van:

- I De **arts** die slechts arbeidsongeschiktheid voorschrijft na grondige reflectie over de psychosociale risicofactoren van het individu en de desastreuze impact van langdurige arbeidsongeschiktheid voor de patiënt op lange termijn.
- I De **overheid** die niet langer toestaat dat arbeidsongeschiktheid door elke arts kan voorgeschreven worden, die werk maakt van een duidelijk stappenplan, met verplichte coördinatie. Die meer investeert in actieve, ondersteunende maatregelen voor re-integratie van de burgers dan in passieve uitkeringen.
- I De **arbeidsarts** en de **adviserend arts van de mutualiteit** die proactief een ondersteunende rol opnemen om een re-integratietraject op te starten en die voldoende zichtbaar zijn voor overleg met de huisartsen/specialisten.
- I De **patiënt** die de verantwoordelijkheid opneemt om zijn genezing te stimuleren en om opnieuw maatschappelijk te connecteren.

1 KERNPUNTEN

- I Arbeidsongeschiktheid is een belangrijk neveneffect van ziekte, dat de patiënt vaak verder onderuit haalt, angstig en onzeker maakt.
- I Het voorkomen van langdurige arbeidsongeschiktheid is dus primordiaal.
- I Het opnieuw bieden van een toekomstperspectief bevordert het herstel.
- I Maatschappelijke re-integratie moet gezien worden als een belangrijk onderdeel van het herstelproces.
- I Er is een recht op werk, ook voor mensen met een beperking. Het is van fundamenteel belang voor het welzijn van het individu.
- I Samenwerken werkt.
- I Pitchen over werkhervatting is vaak nodig, zeker bij mensen die langdurig arbeidsongeschikt zijn. Het is vaak een rijpingsproces waarbij de patiënt stap voor stap beseft dat de maatschappelijke reconnectie het gevoel van welzijn zal bevorderen.
- I De zichtbaarheid van mutualiteiten en arbeidsartsen moet echt groter.
- I Termen als ‘invaliditeit’ en ‘ziektepensioen’ moeten verdwijnen.
- I Het proces van arbeidsre-integratie is maatwerk.

2 INZICHT IN DE CATEGORIEËN VAN PATIËNTEN

Tijdens de voorbije jaren kregen we ook inzicht in de verschillende ‘categorieën’ patiënten met verschillende noden rond maatschappelijke re-integratie. Op basis hiervan werden behandelpaden opgesteld:

- Patiënten die, van zodra mogelijk, snel en autonoom het werk hervatten en **geen extra begeleiding** nodig hebben.
- Patiënten die voldoende hebben aan een **kortdurende begeleiding door ons multidisciplinair team**: enkele gesprekken met uitleg over bv. het concept van graduele hertewerkstelling, hoe ze contact kunnen opnemen met de arbeidsarts, hoe ze zelf de nodige stappen kunnen nemen ... Vaak is dat voldoende om hen weer maatschappelijk te laten aansluiten.
- Mensen die baat hebben bij een **multidisciplinair traject** en na deze begeleiding vanuit ons centrum kunnen worden verwezen naar de ‘sector werk’ volgens het model van het opstellen van het capaciteitenprofiel en de ‘warme overdracht’.
- Mensen die nood hebben aan een **voortraject**, die veel drempels ervaren voor er nog maar over werk gesproken kan worden. Dikwijls gaat het over een combinatie van problematieken zoals slechte huisvesting, taalbarrière, juridische procedures ... Voor die patiënten is het ‘We Go To Work’-project een zegen.

3 AANBEVELINGEN

3.1 Eén centrale arts

Arbeidsongeschiktheid wordt altijd voorgeschreven door dezelfde (huis)arts.

Langdurige arbeidsongeschiktheid is vaak een lappendeken, voorgeschreven door verschillende artsen voor verschillende periodes. Daarom lijkt het ons opportuun om arbeidsongeschiktheid steeds te laten voorschrijven door één enkele arts die als centrale figuur fungeert. De huisarts lijkt ons hiervoor de meest geschikte persoon.

3.2 Nauwgezette opvolging

De huisarts volgt de arbeidsongeschikte patiënt van in het begin strikt op.

Zeker tijdens de eerste maanden van het ziekteproces blijkt dat nauwgezette opvolging door de huisarts de kans op langdurige arbeidsongeschiktheid doet afnemen (*N. Makay, React project, 2011*)³³. Het screenen van risicofactoren voor langdurige arbeidsongeschiktheid moet vroegtijdig gebeuren.

Deze consultaties bij de huisarts zouden op vaste, vooropgestelde tijdstippen moeten gebeuren bij patiënten die een hoog risico vertonen om langdurig uit te vallen, bijvoorbeeld tweewekelijks tijdens de eerste 6 maanden van de arbeidsongeschiktheid. Dit opvolgschema zou best opgelegd worden door de overheid. Zo wordt het een evidentie om als patiënt nauwgezet opgevolgd te worden en hangt dit niet af van de arts-patiëntrelatie. Heel wat artsen vinden het immers moeilijk om hierover een strikt beleid te hanteren.

3.3 Voldoende uitleg verschaffen

De arts stelt de patiënt gerust.

Het geruststellen van patiënten na het uitsluiten van rode vlaggen (= aandoeningen die een dringende behandeling vragen) is een goedkoop en efficiënt middel om langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Elke arts die een patiënt met pijn ziet, moet uitleg verschaffen en de patiënt geruststellen. De consultatie moet vertrekken vanuit een 'evidentie' om weer aan het werk te gaan. Uitspraken als *'Met die rug kan je nooit meer gaan werken'*, zijn dan ook uit den boze.

3.4 Vroegtijdig opsporen

Er wordt vroegtijdig gezocht naar risicofactoren voor langdurig pijngedrag.

De ontwikkeling van chronische pijn en invaliditeit hangt meer af van individuele en werkgerelateerde psychosociale factoren dan van de fysieke of klinische symptomen die de patiënt ervaart. Blijvende, invaliderende symptomen kunnen voorkomen worden door de vroegtijdige identificatie en behandeling van deze psychosociale factoren. Multidisciplinaire pijnrevalidatieprogramma's kunnen de indirecte kosten significant drukken.

De vroegtijdige screening van risicofactoren voor de ontwikkeling van langdurig pijngedrag (gele vlaggen) kan aan de hand van vragenlijsten:

- Omdat catastroferen als een belangrijke risicofactor wordt gezien voor de ontwikkeling van chronische pijn en langdurig pijngedrag, kan de **Pain Catastrophizing Scale (PCS)** worden gebruikt. Er worden 13 items bevraagd met een score van 0 tot 4 (maximale score van 52). We hanteren in ons centrum een score > 35 als een hoge score. Deze vragenlijst kan gebruikt worden voor verschillende types van pijnklachten en zowel voor acute als voor chronische pijn.
- De screeningsvragenlijst voor acute rug-, nek- of schouderpijn (**SARNS**) is de Nederlandstalige versie van de Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (of the acute low back pain screening questionnaire). Er worden 24 items bevraagd met een score van 0 tot 10. Een score > 105 wordt gezien als een verhoogd risico. Deze vragenlijst kan gebruikt worden bij patiënten met acute pijnklachten (< 12 weken) en geeft een idee over welke patiënten een grotere kans hebben om langdurige pijnklachten te ontwikkelen.

De patient kan deze vragenlijsten alleen invullen, zonder hulp van anderen. Het invullen van deze lijst neemt respectievelijk 5 en 15 minuten in beslag. Ze zijn te vinden op www.meetinstrumentenzorg.nl.

De vroegtijdige screening van gele vlaggen en de multidisciplinaire begeleiding van hoogrisicopatiënten is zinvol en effectief gebleken voor patiënt en maatschappij.

Uit een **eigen onderzoek** in 2018 (zie p. 48) is wel gebleken dat het screenen van gele vlaggen best gebeurt door de huisarts of de behandelend arts. De **vertrouwensband** tussen de patiënt en de zorgverstreker blijkt belangrijk voor het zinvol gebruik van zo'n vragenlijsten.

Pilootproject binnen ZNA (2018)

We voerden binnen ZNA een pilootproject uit over het screenen van gele vlaggen bij **twee groepen patiënten**: (1) patiënten die wervelkolomchirurgie ondergingen in ZNA Middelheim (perioperatieve fase) en (2) patiënten die voor interventionele pijntherapie verwezen werden naar het ZNA pijncentrum. In beide gevallen ging het over patiënten jonger dan 65 jaar met zowel acute als chronische pijnklachten.

Als **vragenlijst** gebruikten we de 'pain catastrophising scale' (PCS). Patiënten die hoog (> 35) en heel hoog (> 40) scoorden, werden een maand na de procedure/ingreep telefonisch gecontacteerd door een van onze medewerkers (die geen therapeutische relatie had met de patiënt). Indien op dat moment bleek dat er een onverwacht hoge pijnklacht of uitgesproken pijngedrag was, kon er multidisciplinaire ondersteuning worden aangeboden.

Het **doel** was om dit vroegtijdig in het ziekteproces aan te bieden om zo de kans op de ontwikkeling van chronische pijn en chronisch pijngedrag te verminderen en het welzijn van patiënten zo snel mogelijk opnieuw te vergroten.

Na een jaar leidde dit tot het opstarten van een multidisciplinair traject bij slechts **2 van de 260 patiënten** die de vragenlijst correct hadden ingevuld, waarbij 45 een hoge en zeer hoge score hadden.

Tijdens de follow up vielen deze zaken op:

- Bij telefonische opvolging wist de patiënt vaak niet meer waarover het ging.
- Bij een gunstig resultaat door de ingreep of interventie was er weinig motivatie voor een multidisciplinaire aanpak van een eventuele (rest)problematiek.
- De patiënten gaven aan een consultatie bij de arts te verkiezen boven een telefonisch gesprek met een paramedicus waar ze geen vertrouwensband mee hadden opgebouwd.

Patiënten aanspreken op een verhoogde score op een vragenlijst die peilt naar psychosociale risicofactoren, bleek moeilijk indien dit gebeurde door een hulpverlener waarmee nog geen vertrouwensband mee werd opgebouwd.

3.5 Snelle opstart van de begeleiding van pijnpatiënten

Multidisciplinaire pijncentra ontwikkelen een 'fast-lane' voor patiënten met een (sub)acute pijnklacht (< 6 maanden) die op professioneel vlak dreigen uit te vallen of uitgevallen zijn.

De huisarts verwijst de patiënt hiervoor door. Er wordt duidelijk vermeld dat het over een (sub)acute pijnklacht gaat en dat er sprake is van (dreigende) arbeidsongeschiktheid.

Naast een interventioneel of medicamenteus beleid kan de patiënt vroegtijdig multidisciplinair ondersteund worden met het oog op maximale maatschappelijke participatie.

3.6 Re-integratie in de samenleving

Maatschappelijke participatie als doel van multidisciplinaire ondersteuning.

Wanneer een patiënt in een multidisciplinair circuit wordt opgenomen, kan ondersteuning op verschillende domeinen worden aangeboden. Het engagement en de inschikkelijkheid van de patiënt staan daarbij centraal. Dit wordt duidelijk besproken tijdens het intakegesprek. Re-integratie in de maatschappij en zo mogelijk in het arbeidscircuit wordt als doel (=outcome parameter) van deze multidisciplinaire ondersteuning gezien.

Het blijven aanbieden van trajecten van arbeidsre-integratie door zorgverstrekkers of het steeds opnieuw ter sprake brengen van de restcapaciteiten van de patiënt werpt zijn vruchten af. Tijdens de follow-up gedurende een pilootproject van 2 jaar in opdracht van het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van het RIZIV (2017-2020), merkten we dat patiënten die initieel aangeven om niet meer te willen of kunnen werken, nadien van gedacht veranderen en toch bereid zijn een re-integratietraject uit te proberen. Het pitchen over arbeidsre-integratie lijkt ons van groot belang.

“Toen ik in het MPC terecht kwam, had ik een zware burn-out achter de rug. Door het wegvallen van een collega op het werk had ik stelselmatig mijn grenzen overschreden. En dat uitte zich niet alleen in mentale klachten, ook fysiek begon mijn lichaam tegen te struikelen. In het MPC kreeg ik begeleiding op maat door een ergotherapeut, kinesist en psycholoog. De eerste 4 maanden werd er vooral gewerkt op mijn energieniveau en de aanpak van mijn dagelijkse leven: hoe kan ik gestructureerde rustpauzes inlassen doorheen de dag, hoe leer ik grenzen afbakenen, welke factoren geven energie, welke slorpen mijn energie op? Dankzij die aanpak kon ik al die zaken gaan toepassen in mijn dagelijkse leven en ben ik een jaar na mijn intakegesprek weer 80% gaan werken. Dankzij het team en het intensieve traject besef ik meer dan vroeger dat onze geest niet los gezien kan worden van ons lichaam.”

Sofie (34)

3.7 Wie is wie?

Wie is er betrokken in dit zorgproces?

Van elke pijnpatiënt die wordt opgenomen in het multidisciplinair circuit wordt in kaart gebracht wie de actoren zijn: huisarts, de adviserend arts van de mutualiteit en de arbeidsarts.

Transparantie hierover komt de communicatie tussen alle betrokkenen ten goede. Via de website www.mijngezondheid.be kan opgezocht worden wie de arbeidsarts van de patiënt is.

We pleiten voor de ontwikkeling van een elektronisch overlegplatform over arbeidsre-integratie tussen de betrokkenen.

3.8 Kennismaking met de lokale actoren

Organiseer ontmoetingen tussen de actoren van ‘sector werk’ en ‘sector zorg’ in jouw regio.

Op die manier ontstaan er vaste aanspreekpunten tussen het zorgcentrum (Multidisciplinair Pijncentrum, revalidatiecentrum) en de medewerkers van VDAB, GTB, GOB ... van de buurt. Het verwijzen van patiënten vanuit de ‘sector zorg’ naar de ‘sector werk’ gebeurt zo efficiënter.

- Sinds enkele jaren bestaat er een samenwerking tussen het Multidisciplinair Pijncentrum ZNA en de ‘sector werk’ van de regio Antwerpen. Hoekstenen zijn het opstellen van een capaciteitenprofiel en de ‘warme overdracht’
- Deze samenwerking werd sinds 2017 uitgebreid naar andere multidisciplinaire pijncentra en revalidatiecentra in de regio Antwerpen die hierin geïnteresseerd zijn onder de naam ROPRA **(Re-integratie Overleg voor Pijn- en Revalidatiepatiënten van Antwerpen)**
- Voor inactieve patiënten met een arbeidswens die nog veel drempels ervaren in hun terugkeer naar werk en waarvoor de reguliere begeleiding bij VDAB/GTB ontoereikend is, werd het **‘We Go To Work-project’** opgestart. De GTB-medewerker komt 1 tot 2 dagen per week naar het Multidisciplinair Pijncentrum ZNA om mensen, al tijdens hun herstelperiode, stappen naar re-integratie/activering te laten zetten onder de vorm van een ‘voortraject’.



“Op deze manier is de activering een onderdeel van het herstelproces, kunnen er voldoende linken gelegd worden naar de mogelijkheden en noden, kiezen we voor presentie naar de patiënten toe, bouwen we vertrouwen op tussen elke zorgverlener, het behandeltraject en de patiënt, verlagen we de drempel naar activering...”

Lynn Fransen,
Bruggen Bouwer GTB Antwerpen

3.9 Link tussen zorg en werk

Ergotherapeut, kinesist of maatschappelijk werker van het Multidisciplinair Pijncentrum vormen de link tussen zorg en werk.

Deze paramedici zijn binnen het MPC de contactpersonen voor de ‘sector werk’. De ergotherapeut kan bijvoorbeeld, na contact met de arbeidsarts of de preventiedienst van het bedrijf, met de patiënt een bezoek aan de werkvloer brengen. Ook het intakegesprek bij VDAB/GTB kan best begeleid worden door de ergotherapeut/kinesist of maatschappelijk werker van het MPC. Die begeleiding noemen we ‘de warme overdracht’.

Het is raadzaam om een van deze medewerkers de opleiding van ‘disability management’ te laten volgen, georganiseerd door het RIZIV. Zo kregen we in ons centrum een beter beeld over (de moeilijke) wetgeving, mogelijkheden voor re-integratie en kunnen we onze patiënten zo correct mogelijk informeren.

De aanwezigheid van een GTB-medewerker op de ziekenhuisvloer (cfr supra ‘We Go To Work-project’) heeft onze expertise in dit domein ook sterk doen toenemen.

3.10 Maandelijks overleg

Maandelijks arbeidsre-integratieoverleg in het MPC.

Tijdens dit overleg worden de verschillende patiënten besproken die in begeleiding zijn binnen het MPC in het kader van arbeidsre-integratie. Op deze manier worden ze op regelmatige basis opgevolgd. Een pijnarts, de ergotherapeut van het MPC en de WGTW medewerker zijn hierop aanwezig.

3.11 Communicatie met ziekenfonds

Communicatie met de adviserend arts van het ziekenfonds/arbeidsarts.

Op voorhand is het moeilijk in te schatten of een arbeidsheroriëntering zal leiden tot arbeidsre-integratie. We zijn van mening dat het beter is om te over-includeren en patiënten een kans te geven in de wetenschap dat het return on investment groot zal zijn, in de eerste plaats voor de patiënt zelf (cfr. literatuur). Zo is ook het succes van een arbeidshervatting niet altijd goed in te schatten. Ook daar zijn we van oordeel dat we beter kunnen proberen dan te wachten tot de pijnklacht 'volledig verdwenen' is (cfr. literatuur).

Vanaf het moment dat de patiënt aangeeft dat hij klaar is om het proces van arbeidsre-integratie te starten, verwijst de pijnspecialist de patiënt door naar de adviserend arts van het ziekenfonds of de arbeidsarts. Er kan gekozen worden voor de piste van graduele hertewerkstelling of voor het opnemen van de patiënt in de conventie waarbij door het RIZIV een budget ter beschikking wordt gesteld om aan arbeidsrehabilitatie of arbeidsheroriëntering te doen. Voor het intakegesprek bij VDAB/GTB plaatsvindt, kan er best een toestemming van de adviserend arts van het ziekenfonds worden bekomen.

3.12 Re-integratiebeleid in eigen organisatie

Zorg dat je als zorginstelling een re-integratiebeleid voor je eigen werknemers uitwerkt.

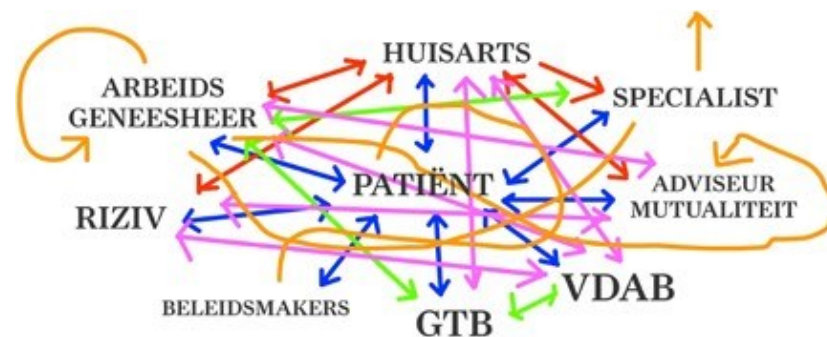
De know-how die je binnen je multidisciplinair centrum ontwikkelt, kan je uiteraard ook inzetten binnen je eigen organisatie. Zo werd op de HR-afdeling van ZNA de nieuwe functie arbeidsre-integratie-coördinator in het leven geroepen om het arbeidsre-integratieproces van ZNA-werknemers te optimaliseren.

4 ANDERE NODEN EN REFLECTIES

4.1 Sensibiliseringscampagne

Een sensibiliseringscampagne voor huisartsen en specialisten om de impact van langdurige arbeidsongeschiktheid op het welzijn en de gezondheid van de patiënt te benadrukken (naar analogie met campagnes over het gebruik van antibiotica en het gebruik van röntgenstralen), zou zeker zinvol zijn.

We zijn ervan overtuigd dat dit een belangrijker **opleidingsonderdeel** van de opleiding tot arts moet worden. We zijn verheugd dat dit één van de punten is die worden uitgewerkt in het kader van het Vlaams Actieplan re-integratie van langdurig zieken. Op dit moment hebben artsen vaak het gevoel dat het niet ingaan op de vraag van hun patiënt naar arbeidsongeschiktheid leidt tot een vertrouwensbreuk tussen hen en de patiënt. Wanneer we als artsen voldoende **kennis** hebben over de impact van langdurige arbeidsongeschiktheid en wanneer het weerleggen van deze vraag gebaseerd is op een streven naar welzijn van onze patiënt, zal dit de arts-patiënt relatie net ten goede te komen.



4.2 Ongeschiktheidsinschatting

De beslissing of iemand kan werken lijkt eenvoudig, maar is het in de praktijk niet. Neemt de patiënt of de arts die beslissing? En welke arts: de huisarts, arbeidsarts, specialist of adviserend arts van de mutualiteit? En op welke basis gebeurt die (on)geschiktheidsverklaring? Is het een kwestie van gezond verstand, praat de arts mee met de wens van de patiënt, laat de arts zich leiden door zijn eigen opvatting op werk of baseert hij zich op feiten? Vaak is het een combinatie van al die factoren.

Het lijkt ons daarom aangewezen om de arbeidsongeschiktheid te laten voorschrijven door een beperkte groep artsen en dit te laten onderbouwen door onderstaande stappen van risico, motivatie en ongeschiktheidsinschatting:

- **Risico:** wat is het risico wanneer deze patiënt aan het werk is, zowel voor zichzelf als voor de omgeving? Voor een stellingbouwer met epilepsie is dat vaak duidelijker dan voor een rugpatiënt in de bouwsector. Uit de literatuur blijkt dat we ons als artsen vaak laten leiden door onze eigen opvatting (of angsten) over werk (Darlow et al. 2012, Nijss et al. 2013)³⁴⁻³⁵. Zorgverleners zouden dus zelf ook moeten reflecteren over hun eigen angst-vermijdingsgedrag.
- **Motivatie:** Hoe groot is de motivatie van de patiënt om aan het werk te gaan/blijven? En hoe kunnen we de motivatie van de patiënt verhogen door hem bijvoorbeeld multidisciplinair te begeleiden?
- **Ongeschiktheid:** De ongeschiktheidsbeoordeling gebeurt op basis van meetbare feiten. Door iemand een fietsproef te laten afleggen, krijgen we een idee over zijn conditie en indirect van wat iemand fysiek aankan. Voor mensen met lage rugpijn zonder aanwijsbare oorzaak wordt dat moeilijker.
- » Het opstellen van een 'verwachte duur van arbeidsongeschiktheid' voor bepaalde aandoeningen vanuit de FOD Volksgezondheid is zinvol. Dit kan dan 'verzwaard' worden door bijkomende aandoeningen die de patiënt heeft of door een specifieke werksituatie (herstel na een operatie voor een liesbreuk is verschillend voor een havenarbeider en een bediende).

4.3 Evaluatie van de arbeidscapaciteiten

Een intensievere begeleiding van arbeidsongeschikten door de adviserend arts van de mutualiteit en de arbeidsarts met focus op de restcapaciteiten en het opstarten van re-integratietrajecten werd voorzien sinds de 2 wetswijzigingen eind 2016.

De evaluatie van wat mensen met een beperking of na ziekte (= arbeidscapaciteiten) op mentaal en fysiek vlak professioneel opnieuw aankunnen, zou op een **gestandaardiseerde manier** moeten gebeuren op basis van 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF).

Voor mensen met een contract bij een werkgever is de arbeidsarts wellicht het best geplaatst om arbeidscapaciteiten en -vereisten te matchen. In dit kader is het interessant te weten dat in Nederland in eerste plaats de arbeidsarts bepaalt of iemand arbeidsongeschikt is of niet.

Voor mensen zonder contract gebeurt dit door verschillende instanties. Je zou deze inschatting kunnen centraliseren in centra die daar reeds mee vertrouwd zijn, zoals de Dienst Gespecialiseerde Screening (DGS) van VDAB en het Medisch Ergonomisch Team (MET) van GTB. Ook de mutualiteiten en het RIZIV organiseren zich meer en meer multidisciplinair om dit te kunnen inschatten.

In dit kader kan de denkoefening gemaakt worden om adviserende artsen los te zien van hun mutualiteiten en er een onafhankelijke groep artsen van te maken.

4.4 Betere zichtbaarheid van arbeidsartsen en adviserend artsen van mutualiteiten

Er is dringend nood aan een **communicatieplatform** tussen de behandelende 'sector zorg', 'sector werk' en de arbeidsarts/adviserend arts van het ziekenfonds. Binnen het WGTW project wordt dit opgenomen als 1 van de doelstellingen om te ontwikkelen gedurende de projectperiode. Dit alles binnen een proces waar de privacy van de patiënt voorop staat. We geloven dat de aanwezigheid van Terug Naar Werk-coördinatoren binnen de mutualiteiten de samenwerking tussen de 'sector zorg' en de mutualiteit sterk zal verbeteren.

4.5 Responsabilisering van werkgevers

Ook de responsabilisering van werkgevers lijkt ons noodzakelijk, maar moet begeleid gebeuren. Werkgevers zijn vaak onvoldoende op de hoogte van wat er mogelijk is op het vlak van arbeidsre-integratie of voelen zich administratief overbelast om een werknemer na ziekte opnieuw in dienst te nemen. Het feit dat een werkgever 'last minute' te horen krijgt of zijn werknemer zal terugkeren en niet op de hoogte is van de restcompetenties, maakt het erg complex.

Een **proactief beleid** hierover binnen een bedrijf zal zijn vruchten afwerpen. Het volgen van de opleiding van disability management door HR-medewerkers, georganiseerd door het RIZIV (cfr. supra), lijkt ons een meerwaarde te zijn. In dit kader verwijzen we ook naar '**talentoscoop**'. Dit ESF-project van GTB, Verso en Sterpunt Inclusief Ondernemen, ontzorgt en ondersteunt werkgevers in hun HR-beleid met bijzondere aandacht voor diversiteit en inclusief ondernemen.

Laat de **krapte op de arbeidsmarkt** en de **zoektocht naar geschikte werkrachten** een stimulans zijn om mensen die kunnen werken te laten werken, eventueel met aanpassingen op vlak van uren, fysieke belasting ... Vooral in de zorgsector, het onderwijs en bij technische beroepen lijkt dit een evidente keuze.

Zo ervaren we bij de expertisedienst rond arbeidsongeschiktheid van de overheid soms een starre manier van beoordeling van de restcapaciteiten van bijvoorbeeld het onderwijzend personeel met een medische aandoening die op 'ziektepensioen' worden gezet. Hopelijk komt er op termijn meer focus en respect voor wat een individu nog wel kan en meer flexibiliteit om te zoeken naar creatieve oplossingen die goed zijn voor werknemer en overheid. Op deze manier zou de overheid een voorbeeldfunctie kunnen opnemen.

Een werkgever kan zich laten bijstaan door een externe dienst om:

- toe te lichten wat de mogelijkheden en verplichtingen zijn (zoals over progressieve tewerkstelling, administratieve vereisten, het betrekken van de arbeidsgeneeskundige dienst).
- een gesprek op gang te brengen tussen de rechtstreekse leidinggevende (om in te schatten wat het takenpakket inhoudt, welke bedrijfscultuur er heerst, welke alternatieven er zijn) en de zieke werknemer (om een zicht te krijgen op de problematiek of beperking). Zo nodig kan deze dienst bijkomend contact opnemen met de betrokken actoren zoals de behandelende arts, revalidatiecentrum en psycholoog.
- het proces van werkhervatting mee te coachen.

BESLUIT

1 WAT WAS AL BEKEND?

- **Relevant probleem.** Langdurige arbeidsongeschiktheid bij chronische pijnpatiënten is een relevant sociaal en maatschappelijk probleem.
- **Psychosociale risicofactoren.** De ontwikkeling van langdurige arbeidsongeschiktheid wordt eerder bepaald door psychosociale risicofactoren dan door de aanwezige lichamelijke afwijkingen.
- **Screeningsvragenlijsten** om deze psychosociale risicofactoren op te sporen zijn beschikbaar.
- **Vroegtijdige opsporing.** De vroegtijdige opsporing en multidisciplinaire ondersteuning van hoogrisicopatiënten kan de ontwikkeling van blijvende, invaliderende symptomen vermijden.
- **Erkenning van multidisciplinaire pijncentra** in België heeft een multidisciplinaire begeleiding van chronische pijnpatiënten mogelijk gemaakt.

Preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid moet ons primaire doel zijn, in de eerste plaats voor het welzijn van de patiënt. Daarvoor delen we met zijn allen een verantwoordelijkheid als overheid, patiënt, werkgever, arts en 'sector arbeidsbemiddeling'.

2 WAT VOEGT DEZE TEKST TOE?

- **Sensibiliseren.** In de eerste plaats willen we aandacht genereren voor deze problematiek.
- **Organisatie van artsen en paramedici.** We beschrijven hoe we ons als artsen en paramedici kunnen inzetten en organiseren om patiënten op een systematische en transparante manier te begeleiden met als outcome parameter een maximale maatschappelijke (her)integratie.
- **Knelpunten en valkuilen.** We tonen aan wat de knelpunten en valkuilen zijn en doen suggesties naar optimalisatie ervan.
- **Bruggen bouwen.** Dit voorstel toont aan hoe een brug kan gebouwd worden tussen de 'sector werk' en de 'sector zorg'. Zo vormen de schakels, betrokken bij het proces van maatschappelijke herintegratie van patiënten, een ketting.
- **Strikte omkadering.** We stellen vanuit de zorgsector de vraag aan de overheid naar een striktere en meer georganiseerde omkadering over arbeidsongeschiktheid.
- **Werk als weg naar herstel.** Deze tekst geeft inzicht hoe het bieden van toekomstperspectief en werkhervatting een belangrijk onderdeel van het herstelproces vormt.
- **Pitchen** over werkhervatting is vaak nodig, zeker bij mensen die langdurig arbeidsongeschikt zijn. Arbeidsre-integratie is vaak maatwerk, afgestemd op de behoeften van de patiënt.

Er is nood aan een **paradigmashift** bij alle betrokken partijen waardoor **recht op werk** voor mensen met een arbeidsbeperking een **evidentie** wordt.

Er moet gefocust worden op wat iemand nog wel kan.

Werk maakt deel uit van het herstelproces. Het is van fundamenteel belang voor het welzijn van ons allemaal.

Mag 'Dokter, mag ik terug gaan werken?'
de hoop en intentie bundelen dat deze shift er zal komen.

HET PIJNTEAM VAN ZNA

Het aanbieden van waarde-gedreven zorg, het implementeren van een visie en het waarmaken van ambities is maar mogelijk door de gezamenlijke dynamiek en het engagement van de betrokken teamleden.

Het pijnteam van ZNA bestaat uit 27 artsen, pijnverpleegkundigen, paramedici en secretariaatsmedewerkers die zich dagelijks inzetten voor de behandeling van acute en chronische pijnklachten, pijn bij kinderen, postoperatieve pijn, kankerpijnen,.. over de verschillende ZNA ziekenhuizen heen.

Via deze QR code kom je meer te weten wie deel uitmaakt van dit enthousiaste team.



DANKWOORD

- › In de eerste plaats dank ik onze patiënten voor hun vertrouwen in ons team en voor hun bereidheid het pad van de maatschappelijke re-integratie te bewandelen.
- › Dank aan de medewerkers van ons Multidisciplinair Pijnteam voor de kracht en het enthousiasme waarmee ze dagelijks onze patiënten begeleiden: Elona Van Dooren, Hendrik Devriendt, Filip Cassimon, Veerle Van Hoestenbergh, Ann Eyckens, Iris Goossenaerts, Saartje Peeters, Elien Van Looveren en Anne-Marie Schaltin.
- › Dank aan de partners van de arbeidsbemiddelende diensten uit onze regio, in het bijzonder Lies Janssens, Lynn Fransen en Ingvild De Bruyn van GTB, Nikolaj Basselé en Liesbet Van den Wijngaert van VDAB en Annick Mortelmans van Emino. Wat een evolutie hebben we de voorbije 10 jaar doorgemaakt. Van een verwijsbrieven voor de werkwinkel met 'graag arbeidsre-integratie voor deze chronische pijnpatiënt' tot een duidelijk samenwerkingsverband afgestemd op de noden van de patiënt. Laat ons voort timmeren aan de weg van 'werk als onderdeel van herstel'.
- › Dank aan de collega's van de dienst Anesthesie ZNA Middelheim voor de openheid om dit onderwerp te laten groeien.
- › Dank aan de dienst communicatie, de dienst HR en de directie van ZNA voor de steun en prettige samenwerking en om deze expertise mee naar buiten te brengen. In het bijzonder Tom Van de Vreken, Lutgart Vanderghenst en dr. Katrien Bervoets.
- › Dank aan de deelnemers van ons Re-integratie Overleg voor Pijn- en Revalidatiecentra van Antwerpen (ROPRA). Dankzij dit overlegorgaan vormen de schakels van het arbeidsre-integratieproces meer en meer een ketting en kunnen we onze patiënten/cliënten zo efficiënt mogelijk begeleiden in hun traject naar maatschappelijke re-integratie.
- › Dank Luc Henau van GTB. Het is telkens een beetje magie om samen met jou een voordracht te mogen geven.
- › Dank aan Nico Krols (Weliswaar), Stéphanie De Smet (Cera), Karien Maes (Karma) en Guy Tegenbos (De Standaard) voor de ondersteuning tijdens ons tweede ZNA Pijnsymposium 'Dokter, mag ik terug gaan werken?'. Dankzij jullie professionele aanpak werd het een memorabele studiedag (2014).
- › Dank aan prof. Marc Du Bois voor de boeiende gesprekken over dit onderwerp.
- › Dank aan Fons Leroy en Wendy Ransschaert (VDAB) en de andere co-auteurs om samen het boek 'Ik wil gewoon werken', over het maatschappelijk belang van re-integratie na ziekte, te schrijven (2017).

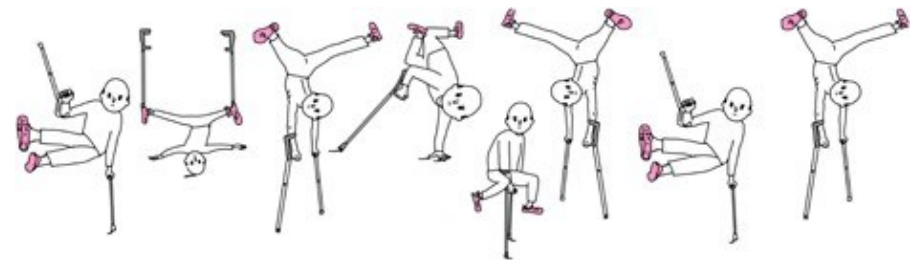


- Dank aan prof. Lode Godderis (KUL/IDEWE), Nicole Willems (VDAB) en de collega's van KUL, UZ Gent en IDEWE voor de prettige samenwerking tijdens het Ergo@work project in opdracht van VDAB (2017-2018).
- Dank aan Saskia Decuman en François Perl (RIZIV) en de collega's van de pijncentra van het UZA, KUL, Virga Jesse ziekenhuis voor de samenwerking tijdens de projecten in opdracht van het RIZIV (2017-2020).
- Dank aan Pieter Vaes, Ingild De Bruyn en Berdien Geys (GTB) voor de bijzondere samenwerking tijdens het 'We Go To Work'- project. We dromen van een duurzame implementatie van werk bij zorg en zorg bij werk. De wekelijkse aanwezigheid van GTB in ons ZNA Multidisciplinair Pijncentrum is van bijzonder grote waarde (2020-2024).
- Dank aan minister Frank Vandenbroucke en zijn kabinet-medewerkers voor de interesse in onze werking rond arbeidsre-integratie van ons Multidisciplinair Pijncentrum ZNA Hoge Beuken en het werkbezoek in september 2021. Het was een geweldig moment om onze expertise te delen en van gedachten te kunnen wisselen.
- Dank aan de collega's van de Vlaams Anesthesiologische Vereniging voor pijnbestrijders (VAVP) om me van in het begin te stimuleren om dit onderwerp verder uit te diepen.
- Dank aan Sandra Gasten voor het redactionele werk, Jan Vanstaen en Diane Otten voor de lay-out en Tom Borremans voor de cartoons van Michiel. Wat een leerrijke ervaring om samen te mogen werken met deze professionals.
- Dank aan iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan dit boek door het kritisch na te lezen, een quote of getuigenis te schrijven of ideeën aan te brengen. Zo werd het rijker en beter.
- Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun, humor en gezelligheid, in het bijzonder Axel, Gustaaf, Maurice en mijn fantastische ouders.

REFERENTIELIJST

- 1 ORGANIZATION WH. *Mental Health and Work: impact, issues and good practices*. 2000.
- 2 Shepherd G., *The value of work in the 1980s*. *Psychiatric Bulletin* 1989;13:231-133.
- 3 Botton D. *Ode aan de arbeid*. Amsterdam 2008.
- 4 Waddell G, Burton, Kim, Kendall & Nicholas. *Vocational Rehabilitation - what works, for whom and when?*. London 2008.
- 5 McKee-Ryan S, Wanberg & Kinicki. *Psychological and physical well-being during unemployment. A meta-analytic study*. *Journal of Applied Psychology* 2005;90.
- 6 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D.: *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. *Eur J Pain* 2006; 10(4):287-333.
- 7 Langley PC.: *The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union*. *Curr Med Res Opin*. 2011; 27(2):463-80.
- 8 Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truysers C, Kellen E, Bekkering GE, Kleijnen J.: *Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact*. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(2):449-62.
- 9 Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, et al. *Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain—register data of 840,000 Swedish patients*. *European journal of pain* 2012;16:289-99.
- 10 Boersma K, Linton SJ. *How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity*. *Behaviour research and therapy* 2005;43:1495-507.
- 11 Linton SJ, Boersma K. *Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire*. *The Clinical journal of pain* 2003;19:80-6.
- 12 Linton SJ. *Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain*. *American journal of industrial medicine* 2002;41:433-42.
- 13 Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, et al. *Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments*. *International orthopaedics* 2009;33:301-13.
- 14 Pincus T I BA, Vogel S, Field AP. *A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain*. *Spine* 2002;27:E109-20.
- 15 Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, Decade of the Flags” Working G. *Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: a reappraisal*. *Physical therapy* 2011;91:737-53.
- 16 Stapelfeldt CM CD, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. *Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention*. *BMC musculoskeletal disorders* 2011;12:122.
- 17 Eriksen J, Ekholm O, Sjogren P, Rasmussen NK. *Development of and recovery from long-term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population*. *Pain* 2004;108:154-62.
- 18 Steenstra IA KD, Bongers PM, Anema JR, Mechelen W van, Vet HCW de. *What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work*. *Spine* 2009;34:1243-9.
- 19 Heitz CAM HR, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D, Klipstein A, Brunner F. *Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review*. *European Spine Journal* 2009;18:29-35.
- 20 Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Blankenstein AH, Bouter LM, Stalman WA. *Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain?* *Pain* 2005;118:350-9.
- 21 Rogerson MD, Gatchel RJ, Bierner SM. *A cost utility analysis of interdisciplinary early intervention versus treatment as usual for high-risk acute low back pain patients*. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain* 2010;10:382-95.
- 22 Kant I, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van Leusden R, Berkouwer A. *Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial*. *Journal of occupational rehabilitation* 2008;18:79-86.
- 23 Du Bois M, Donceel P. *A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants*. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 2008;17:380-5.
- 24 Bigos SJ, Battie MC, Spengler DM, et al. *A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury*. *Spine* 1991;16:1-6.

- 25 Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. *A decade's experience in lumbar spine surgery in Belgium: sickness fund beneficiaries, 2000-2009*. European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society 2012;21:2693-703.
- 26 Sullivan MJL, Hyman MH. *Return to Work as a Treatment Objective for Patients with Chronic Pain?* J Pain Relief 2014; 3:130.
- 27 Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. *Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain*. The spine journal : official journal of the North American Spine Society 2009;9:350-9.
- 28 Grotle M, Vollestad NK, Brox JI. *Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire*. The Clinical journal of pain 2006;22:458-67.
- 29 Linton SJ, Hallden K. *Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain*. The Clinical journal of pain 1998;14:209-15.
- 30 Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Stalman WA, Bouter LM. *Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments*. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2007;57:15-22.
- 31 Grevitt M, Pande K, O'Dowd J, Webb J. *Do first impressions count? A comparison of subjective and psychologic assessment of spinal patients*. European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society 1998;7:218-23.
- 32 M. Van Remoortere. *Modelvoorstel voor de re-integratie van de pijnpatiënt in het arbeidscircuit*. Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding, 35 (65), 2016.
- 33 N. Makay DA, J. Bernagie. *React-Project: Reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid*. Antwerp: University of Antwerp; 2011.
- 34 Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. *The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes, beliefs, clinical management and outcomes of patients with low back pain: a systematic review*. European Journal of Pain. 2012; 16 (1): 3-17.
- 35 Nijs J, Roussel N, Paul van Wilgen C, Koke A, Smeets R. *Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patient's attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment*. Manual Therapy, 2013; 18(2):96-102.



De teksten en afbeeldingen in dit boek worden door auteursrechten beschermd. Als je ze wilt overnemen, moet je eerst toestemming vragen aan de verantwoordelijke uitgever: dr. Marie Van Remoortere, Commandant Weynsstraat 165, 2660 Hoboken, multidisciplinair-pijncentrum@zna.be

Auteur	dr. Marie Van Remoortere
Met een bijdrage van:	dr. Katrien Bervoets ZNA Filip Cassimon ZNA Veerle Van Hoestenbergh ZNA Ann Eyckens ZNA Ingvild De Bruyn GTB Hendrik Devriendt ZNA Elona Van Dooren ZNA Lynn Fransen GTB Lutgart Vandergheynst ZNA
Eindredactie	Sandra Gasten
Lay-out	Jan Vanstaen Diane Otten
Illustraties	Tom Borremans
Druk	Baskerville
Papier	cover: maco silk 300 g wit binnenwerk: maco silk 135 g wit
1 ^{ste} druk	april 2022
2 ^{de} druk	mei 2022

ISBN 978-94-645-9709