

Fit For Work?

Musculoskeletale aandoeningen en de Belgische arbeidsmarkt

Stephen Bevan

Robin McGee

Tatiana Quadrello



1. Samenvattend overzicht	4
2. Inleiding	10
2.1	Waarom is een gezonde beroepsbevolking in België belangrijk? 10
2.2	MSA: de Europese context 11
2.3	De doelstellingen van de studie 12
2.4	Structuur van het rapport 14
3. Arbeid en MSA in België	15
3.1	Een wazig beeld 15
3.2	De impact van MSA op de arbeidsbekwaamheid 18
3.2.1	Werkgebonden aandoeningen van de bovenste ledematen 19
3.2.2	Chronische rugpijn 20
3.2.3	Reumatoïde artritis 22
3.2.4	Spondylartropathieën 24
3.3	De impact van de werkplek op MSA 27
3.4.1	Rechtstreekse kosten 32
3.4.2	Onrechtstreekse kosten 34
3.4.3	Totale kosten 37
3.5	Samenvatting 38
4. Interventies	39
4.1	De reden voor een vroegtijdige interventie 39
4.2	Het stelsel van de sociale zekerheid voor arbeidsongeschikten 41
4.3	Aandoeningsspecifieke interventies 43
4.3.1	Reumatoïde artritis 43
4.3.2	Spondylartropathieën 44
4.3.3	Aspecifieke MSA 45
4.4	Het biopsychosociale model en arbeid 47
4.5	De rol van de werkgevers 49
4.5.1	Een systematische en gecoördineerde aanpak in de richting van jobretentie en re-integratie 49
4.5.2	Het inzicht in de aandoeningen en de aanpak ervan 50

4.5.3	Interventie en aanpassing van de arbeidsvereisten	51
4.5.4	Line managers	53
4.5.5	Een betere dialoog tussen werkgevers en clinici	54
4.6	Samenvatting	55
5.	Conclusies en aanbevelingen	57
5.1	Aanbevelingen voor de werkgevers	58
5.2	Aanbevelingen voor de werknemers	59
5.3	Aanbevelingen voor de huisartsen	60
5.4	Aanbevelingen voor de specialisten in arbeids- en bedrijfsgeneeskunde	61
5.5	Aanbevelingen voor de overheid	62
	Referenties	64
	Bijlage 1: Interviews en overleg met deskundigen	70
	Overzicht van tabellen, kaders en figuren	
Tabel 3.1:	Percentage werknemers in België en de EU die rugpijn en spierpijn rapporteren	16
Tabel 3.2:	Werkonbekwaamheid door AS in vier landen	25
Tabel 3.3:	Samenvatting van de intrinsieke risicofactoren voor aspecifieke MSA	28
Tabel 3.4:	Rechtstreekse kosten waarmee MSA, RA en LRP gepaard gaan	33
Tabel 3.5:	Rechtstreekse en onrechtstreekse kosten van het werkverzuim in België, 2008	35
Casusstudie:	Een multidisciplinair programma voor rugrevalidatie	40
Casusstudie:	Intro_DM – re-integratie van werknemers met langdurige gezondheidsproblemen	50
Figuur 4.1:	ICF-model toegepast op arbeidsongeschiktheid bij RA	48
Kader 1:	Beginselen voor de aanpak van aspecifieke MSA	53

1. Samenvattend overzicht

De wereldwijde economische vertraging laat zich ook in België voelen. De impact op de Belgische arbeidsmarkt wordt alsmaar ernstiger, deels omwille van de snelheid waarmee de werkloosheid is toegenomen, met alle inherente individuele, maatschappelijke en economische gevolgen. Ook de gezondheid van de Belgische werknemers baart zorgen. Bijna een op de vijf werkkrachten is onvoldoende gezond om, wanneer het tij zal keren, de productiviteitsstijgingen te kunnen bijbenen waaraan België het hoofd zal moeten bieden in een op kennis gebaseerde economie die in toenemende mate wordt gemondialiseerd. Het staat ook onweerlegbaar vast dat werkloosheid slecht is voor de gezondheid en dat jobbehoud en een terugkeer naar de arbeidsmarkt een positieve impact kunnen hebben op de lichamelijke gezondheid en het geestelijke welzijn en mensen uit de armoede kunnen helpen.

Van alle oorzaken voor werkgerelateerde slechte gezondheid, is 'stress' de grote koploper. Stress vertegenwoordigt nagenoeg 20% van alle werkdagen die jaarlijks in België verloren gaan en is een prioriteit geworden voor de beleidsmakers. De begrijpelijke zorg rond 'stress' en het geestelijke welzijn van de Belgische beroepsbevolking overschaduwet echter één belangrijk aspect. Het aantal verloren werkdagen als gevolg van 'stress' mag dan hoog liggen, minstens tweemaal zoveel werkdagen gaan verloren door musculoskeletale aandoeningen (MSA) zoals rugpijn, spierpijn in de armen en nek, of gewrichtsaandoeningen. MSA is inderdaad verreweg de meest gerapporteerde oorzaak van arbeidsgebonden slechte gezondheid in België. De rechtstreekse en onrechtstreekse kosten van werkverzuim in België worden geraamd op minstens 10,3 miljard euro.

Het 'Fit for Work?'-project

Dit project, dat kadert in een bredere aanpak in 24 Europese en andere landen, heeft de impact van MSA op het werkleven van duizenden Belgische werknemers, de toereikendheid van de behandeling en ondersteuning die ze krijgen, hun ervaringen op de werkplek, het effect van hun aandoening op hun gezin en collega's en de menselijke en financiële kostprijs ervan grondig onderzocht. We legden ons speciaal toe op rugpijn, arbeidsgebonden aandoeningen van de bovenste ledematen of WRULD (work-relatede upper limb disorders) — twee groepen aandoeningen die meestal worden gekenmerkt door specifieke en korte perioden van pijn en arbeidsongeschiktheid — en reumatoïde artritis (RA) en spondylartropathie (SpA), twee specifieke aandoeningen die vaak progressief evolueren en in toenemende mate

arbeidsongeschikt maken. We peilden naar recent academisch en artsenonderzoek over de relatie tussen deze MSA en de deelname aan de arbeidsmarkt, en we spraken hierover met deskundigen in deze materie.

De impact van MSA op de Belgische beroepsbevolking

MSA hebben een significante impact op de arbeidsgeschiktheid van een mens, niet alleen individueel, maar ook globaal. Samen beïnvloeden zij de productiviteit en de deelname aan de arbeidsmarkt van duizenden Belgische werkkrachten. Cijfers bewijzen het:

- net geen één op de vijf Belgische werknemers rapporteren dat ze elk jaar last hebben van rugpijn. Tot 65 % van de volwassen bevolking zal ooit in haar leven last hebben van significante rugpijn. Bij de grote meerderheid van de patiënten met rugpijn wordt er geen specifieke diagnose gesteld. De totale kostprijs van rugpijn voor de Belgische maatschappij werd berekend op niet minder dan 1,6 miljard euro.
- meer dan 17 % van de Belgische werknemers heeft last van spierpijn in de nek, schouders en bovenste ledematen. Werkgebonden aandoeningen van de bovenste ledematen kunnen de pezen, spieren, gewrichten, bloedvaten en/of de zenuwen aantasten en kunnen resulteren in pijn, ongemak, gevoelloosheid en tintelingen in de getroffen zones.
- minstens 70.000 mensen in België hebben reumatoïde artritis (RA). Men gaat ervan uit dat bijna een kwart van de mensen met RA stopt met werken binnen de vijf jaar na de diagnose. Die cijfers kunnen oplopen tot 40 % wanneer men ook rekening houdt met aanverwante aandoeningen, zoals depressie en hart- en ademhalingsklachten. De totale kostprijs van RA voor de Belgische maatschappij wordt geraamd op 1,21 miljard euro.
- ankyloserende spondylitis (AS) is een progressieve en chronische reumatische stoornis die vooral de wervelzuil treft, maar ook andere gewrichten, pezen en ligamenten kan aantasten. Ongeveer 7.600 mensen in België hebben AS, maar het kan tot zeven jaar na het begin van de aandoening duren vooraleer er een precieze diagnose vaststaat. Deze aandoening wordt het vaakst gediagnosticeerd bij mannelijke jonge twintigers en in de meest ernstige gevallen kan zij hun arbeidsleven ernstig bekorten als de aandoening niet in een vroeg stadium wordt behandeld.

De effecten in termen van ongeschiktheid en pijn die gepaard gaan met deze en andere MSA kunnen een impact hebben op verschillende aspecten van de individuele arbeidsprestatie, waaronder:

- uithoudingsvermogen;
- cognitief vermogen of concentratie;
- rationaliteit/gemoedsgesteldheid;
- mobiliteit;
- soepelheid.

Het wordt alsmear duidelijker dat veel mensen met MSA het risico lopen om depressie of angstproblemen te ontwikkelen die gekoppeld zijn aan hun aandoening. Dit kan een impact hebben op de ernst van de aandoening, op het vermogen van het individu om te blijven werken, op de duur van het ziekteverzuim en op de vlotheid of snelheid waarmee ze weer aan de slag kunnen. Uit onderzoek blijkt dat een groot aantal huisartsen, werkgevers en zelfs individuele MSA-patiënten de impact van 'stress' op de ernst van de lichamelijke ongeschiktheid niet ten volle inschatten. Het **biopsychosociale gezondheidsmodel** benadrukt de interactie tussen het **biologische** (bv. ziekte, overbelasting, gewrichtsschade), het **psychologische** (bv. ingesteldheid, angst) en het **sociale** (bv. eisen op het werk, steun van het gezin) en is een handige manier om de oorzaken van bepaalde MSA vast te stellen, om de behandeling te plannen en te beheren en om de re-integratie op de werkvloer aan te pakken. Het model wordt echter op een minder brede basis toegepast dan het zou moeten, omdat vele huisartsen en werkgevers het lastig vinden om verder te kijken dan de zuiver lichamelijke symptomen.

Arbeid kan zowel oorzaak als remedie zijn. Daar waar de lichamelijke werkomstandigheden de musculoskeletale symptomen kunnen veroorzaken of verergeren, is de impact of het resultaat voor mensen met MSA (werkverzuim en handicap) in grote mate gekoppeld aan psychosociale factoren. Er liggen bewijzen voor dat arbeid – en dan vooral arbeid van een goede kwaliteit – de verslechtering van vele aandoeningen kan helpen ombuigen en kan helpen herstellen van MSA. Toch menen vele huisartsen en werkgevers ten onrechte dat werknemers met MSA 100 % fit moeten zijn voor men kan overwegen ze weer tot de werkvloer toe te laten.

Als we naar de toekomst kijken, met het perspectief van ouder wordende werkkrachten, een toename van de zwaarlijvigheid, minder sport en lichaamsbeweging en een lagere algemene fitheid bij de grote bevolking, mag men ervan uitgaan dat **de incidentie en de effecten van MSA in aantal en in ernst zullen toenemen en op de middellange tot lange termijn niet zullen verbeteren**. Wij vrezen dat dit de kwaliteit van het arbeidsleven van vele Belgische werknemers zal aantasten en dat de productiecapaciteit van de Belgische werkkrachten negatief zal worden beïnvloed op het ogenblik dat zij in topvorm moeten verkeren.

Wat kunnen we doen?

Er zijn vijf grote principes waarop de huisartsen, de werkgevers, de werknemers en de overheid zouden moeten focussen als we het arbeidsleven van arbeidskrachten met MSA willen verbeteren.

- **Een vroegtijdige interventie is cruciaal.** Het is overduidelijk dat lange perioden van werkverzuim meestal slecht zijn voor MSA-patiënten – hoe langer ze weg blijven van de werkplek, hoe moeilijker het voor hen wordt om terug te keren. Vroeg ingrijpen, bij voorkeur in overleg tussen de huisarts, de patiënt en de werkgever kan mensen met MSA helpen hun baan te behouden en een evenwicht te bereiken tussen de individuele nood aan rust en de behoefte aan arbeid. Bij bepaalde MSA-patiënten kan een snelle en accurate diagnose, een vroegtijdige toegang tot advies of tot fysiotherapie of tot een geneesmiddelenbehandeling de ernst, de impact of de progressie van de aandoening beperken – het uitblijven van een diagnose of behandeling kan het herstel, het jobbehoud of de re-integratie op het werk bemoeilijken. Zodra de economie weer gaat opleven – en dat moment komt er zeker aan – kan de Belgische economie het zich niet veroorloven geschoolde, gemotiveerde en gezonde werkkrachten te moeten missen.
- **Focus op vermogen, niet op onvermogen.** Werkgevers en werknemers kunnen MSA ‘dramatiseren’, waarbij ze zich voorstellen dat de effecten ervan veel ernstiger en onoverkomelijker zijn dan strikt het geval is. De meeste werkkrachten met MSA zijn in staat een aanzienlijke bijdrage te leveren aan het werk, als hen dat wordt gegund. Zij moeten niet 100 % fit zijn voor ze het werk weer opnemen – met wat zijstappen in het denkwerk kunnen managers nuttig werk aanreiken dat de betrokkenen ondersteunt in hun terugkeer naar een

volwaardig productiviteitsvermogen. Huisartsen spelen hierin een bijzondere rol. Zij moeten vaker vragen of en wanneer de patiënt het werk weer opneemt, focussen op de taken die het individu nog kan uitvoeren en die zijn herstel en re-integratie kunnen bevorderen.

- **Creatieve jobaanpassing is de sleutel voor re-integratie.** Managers kunnen de manieren waarop het werk wordt georganiseerd veranderen (inclusief eenvoudige veranderingen aan de fysieke werkorganisatie of herschikkingen van de werktijden) om te helpen voorkomen dat de MSA verergert en om mensen met MSA te helpen om hun job te behouden of het werk weer op te nemen. Zij moeten dit doen op een manier die de jobkwaliteit in stand houdt, te hoge of schadelijke arbeidseisen vermijdt en oog heeft voor ergonomische goede praktijken.
- **Verder denken dan de lichamelijke symptomen.** Clinici zouden hun inzichten in het biopsychosociale model en de beperkingen van het biomedische model moeten integreren in hun diagnose en de behandeling van de patiënt en — wat belangrijker is — hun appreciatie voor de rol die een job kan spelen om de betrokkene actief te houden en isolatie te vermijden. Huisartsen zijn ideaal geplaatst om de vroegtijdige tekenen van vele MSA te identificeren. Daar waar het pertinent is, zouden huisartsen hun patiënten zo snel als praktisch mogelijk moeten doorverwijzen naar specialistenteams die dan kunnen beginnen met de behandeling van de aandoening.
- **De rechtstreekse en de onrechtstreekse kosten van MSA in kaart brengen.** Er zijn betere maatregelen nodig om de maatschappelijke, economische en arbeidsgerelateerde impact van MSA in kaart te brengen om overheden en agentschappen in staat te stellen zowel de klinische als arbeidsmarktgebonden impact van MSA op een meer gecoördineerde manier te evalueren en te monitoren.

Uit de bewijzen die in dit rapport aan bod komen, blijkt dat een groot percentage van de Belgische beroepsbevolking rechtstreeks door musculoskeletale aandoeningen (MSA) is aangetast of in de komende jaren zal worden aangetast. Dit kan zeer significante maatschappelijke en economische gevolgen hebben voor de betrokken individuen en hun gezinnen. Het kan de productiecapaciteit van de totale arbeidsbevolking en delen van de Belgische industrie in het gedrang brengen, en

zwaar doorwegen op de middelen van zowel het gezondheidssysteem als het stelsel van de tegemoetkomingen.

Wij hebben belangrijke klinische, epidemiologische, psychologische en economische gegevens gevonden en deskundige meningen vergaard over de aard, de reikwijdte en de gevolgen van het MSA-probleem in België. Toch ontbreekt het blijkbaar nog altijd aan een coherent denken & doen, waarbij de **MSA-patiënt wordt benaderd als een werknemer**. Terwijl het aantal aanhangers van het biopsychosociale model, toegepast op alle MSA, toeneemt, hebben we vastgesteld dat een aantal ervan, die de grootste impact kunnen hebben op de invulling van de deelneming aan de arbeidsmarkt van mensen met MSA, de grondbeginselen ervan nog moeten inbedden in de volle mate die zij verdienen.

2. Inleiding

2.1 Waarom is een gezonde beroeps- bevolking in België belangrijk?

Zoals vele ontwikkelde westerse economieën, heeft België een lange periode van gestage economische groei en toename van de werkgelegenheid achter zich. Naarmate de werkgelegenheidscijfers in die periode stegen – met hun vele inherente maatschappelijke en consumptiegebonden voordelen –, wilde België, wat begrijpelijk is, de nadruk leggen op de behoefte aan een maximale productiviteit van zijn werkkrachten om er zo het grootst mogelijke economische voordeel uit te halen.

Naast vaardigheden, opleiding en kwalificaties is een gezonde en zich goedvoelende werkkraft een van de belangrijkste drijfkrachten voor de arbeidsproductiviteit. Wanneer een significant deel van de beroepsbevolking tijdelijk of permanent werkonbekwaam is door een slechte gezondheid - zelfs in een gunstig economisch klimaat - kan dat het algemene niveau van de arbeidsproductiviteit doen dalen en de competitiviteit en werkbaarheid van de privébedrijven of de openbare bedrijven aantasten. En uiteraard kan een significante belasting van slechte gezondheid of chronische ziekte ook een aantal schadelijke maatschappelijke gevolgen hebben.

Nu de economische groei vertraagt en de aantrekkelijkheid van de Belgische arbeidsmarkt taant, is het van nog groter belang de arbeidsproductiviteit te maximaliseren en ervoor te zorgen dat de werkkrachten gewapend zijn om de volle vruchten te kunnen plukken van de heropleving van de economie. Nu de werkloosheid weer toeneemt – 7,8 % in maart 2009 (Eurostat 2009) –, wordt het belangrijk ervoor te zorgen dat wie ziek is of langdurige aandoeningen heeft niet disproportioneel wordt geraakt en dat de maatregelen ter ondersteuning van de mensen zonder werk aandacht besteden aan de behoeften van mensen met een werkonbekwaamheid of invaliditeit. Dit zal meer bepaald van groot belang zijn wanneer de Belgische economie er ‘weer moet staan’ op het ogenblik dat de recessie uitdooft.

Ondanks de economische vooruitgang baren de gezondheid en het welzijn van de Belgische werknemers al enkele jaren zorgen. In het licht van de economische achteruitgang en van de vergrijzing van de beroepsbevolking zullen die zorgen nog toenemen. Uit een aantal andere indicatoren blijkt dat de gezondheid van de werknemers in de nabije toekomst een belangrijke prioriteit zal blijven voor beleidsmakers en de werkgevers:

- meer dan 18 % van de beroepsbevolking van België rapporteert een

langdurende ziekte of aantasting van de gezondheid die hun arbeidsvermogen impacteert. Het gemiddelde binnen de EU bedraagt net iets meer dan 16 % (Eurostat, 2003).

- men schat dat 45 % van de Belgische werknemers overgewicht heeft of zwaarlijvig is, waarbij deze mensen een hoger risico hebben voor diabetes, hypertensie en hart- en vaataandoeningen (Securex, 2006).
- meer dan één op de vijf Belgische werknemers heeft een hoog risico op hypertensie, omdat zij/hij een systolische bloeddruk hebben van meer dan 140 (Securex, 2006).
- 5,3 % van de arbeidsdagen in 2007 ging verloren door ziekte en al deze dagen komen voor rekening van 47 % van het totale aantal werknemers, aangezien 53 % geen enkele dag werkverzuim had in 2007 (Securex, 2008).
- de rechtstreekse en onrechtstreekse kosten voor werkverzuim in België stegen van 8,2 miljard euro in 2006 naar 10,35 miljard euro in 2008 (Securex, 2009) meer dan 40 % van het werkverzuim door ziekte is toe te schrijven aan musculoskeletale problemen (Securex, 2008).

Dit laatste punt is significant, omdat er algemeen wordt gedacht dat 'stress' en andere vaak voorkomende geestelijke gezondheidsproblemen, zoals depressie en angst, de grootste gezondheidsproblemen zijn waaraan de Belgische arbeidsmarkt het hoofd moet bieden (Moreau et al., 2004). Geestelijke gezondheid is duidelijk een niet te verwaarlozen probleem dat in omvang toeneemt; tot 20 % van het werkverzuim wegens ziekte kan hieraan worden toegeschreven (Securex, 2008). Toch vraagt de dominantie van MSA als het grootste gezondheidsprobleem voor de Belgische arbeidsmarkt om verder onderzoek.

2.2
MSA:
de Europese
context

Binnen de EU neemt de bezorgdheid van de Europese Commissie en bij de sociale partners over de prevalentie en de impact van arbeidsgebonden MSA al enkele jaren toe. Men schat dat chronische musculoskeletale pijn (CMP) in Europa 100 miljoen mensen treft (Veale et al., 2008). MSA treft meer dan vier miljoen werknemers binnen de EU en vertegenwoordigt ongeveer de helft van alle arbeidsgerelateerde stoornissen in de landen van de EU (ETUI, 2007), goed voor een geraamde kostprijs voor de maatschappij die tussen 2,6 en 3,8 % van het bruto nationaal product (BNP) bedraagt. Uit de European Working Conditions Survey (EWCS) die wordt gepubliceerd door de

European Foundation (Parent-Thirion et al., 2005) blijkt dat 24,7 % van de werknemers in de hele EU rugpijn en 22,8 % spierpijn heeft. De Europese Commissie schat inderdaad dat MSA 49,9 % van al het werkverzuim van drie dagen of meer verklaren en 60 % van de permanente arbeidsongeschiktheid (EC, 2007). Wanneer de Europese kennisgebaseerde economie zich gaat herstellen en moet wedijveren met de US en de opkomende economieën van Azië, moeten de gezondheid en de productiviteit van de arbeidskrachten in de EU een beleidsprioriteit worden. Dit rapport situeert België in de bredere EU-context en evalueert waar België goed presteert en waar er zich uitdagingen aandienen.

2.3 De doelstellingen van de studie

Dit project heeft meer bepaald gezocht op welke manier de volgende vragen kunnen worden aangepakt:

1. Welke impact hebben de MSA op de werkgelegenheid en op de economische prestaties in België? Welke evolutie verwacht men tegen de achtergrond van de toekomstige veranderingen van de demografie, de arbeidskrachten en de levensstijl?
2. Wat is de relatie tussen arbeid en MSA? Welke impact hebben biologische, psychologische en maatschappelijke factoren, inclusief werkplekfactoren, op MSA?
3. Hoe goed begrijpen werkgevers, overheden, huisartsen en arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen MSA en kunnen ze ermee omgaan vanuit de relatie met de werkplek? Hoe goed is de gezondheidssector uitgerust om in te staan voor vroegtijdige interventie, re-integratie en andere ondersteuning voor mensen met deze aandoeningen?
4. Welke vroegtijdige interventies kunnen beleidsmakers en werkgevers opzetten om ervoor te zorgen dat mensen met MSA a) hun jobs kunnen behouden b) de kwaliteit van hun beroepsleven en hun bijdrage aan de maatschappij kunnen maximaliseren en c) hun toegang tot (en terugkeer naar) werkgelegenheid in stand kunnen houden?

Bij de aanpak van de hiervoor uitgezette doelstellingen, hebben wij de volgende benaderingen gehanteerd:

1. **Deskresearch:** hier hebben we gebruik gemaakt van bestaand gepubliceerd onderzoek uit de medische, arbeidsgeneeskundige en gezondheidseconomische literatuur. Op basis hiervan hebben wij het bewijsmateriaal kunnen vergaren over de aard, de reikwijdte, de impact en de kosten van MSA voor de Belgische economie, voor de werkgevers en voor de individuen. Wij hebben een waaier van MSA onderzocht om te bepalen in welke mate de impact ervan schommelt en waar het beleid en de praktijk zwak en sterk scoorden in termen van preventie en interventie.
2. **Secondaire gegevensanalyse:** wij hebben gegevens gebruikt uit nationale en Europese studies en onderzoek om de prevalentie en de kosten van MSA bij de Belgische beroepsbevolking te bestuderen.
3. **Interviews met deskundigen:** wij hebben gesproken met deskundigen in een aantal disciplines (inclusief arbeidsgeneeskunde, arbeidseconomie, reumatische aandoeningen en rugpijn) om de belangrijkste beleids- en praktijkdomeinen te identificeren die de beleidsmakers, gezondheidsprofessionals, werkgevers en andere belanghebbenden (inclusief de vakbonden) moeten aanpakken. De details hiervan vindt men in Bijlage 1.

Naast het bredere kader, hebben we ons onderzoek willen concentreren op vier categorieën of groepen van MSA, nl.:

- rugpijn;
- arbeidsgerelateerde aandoeningen van de bovenste ledematen (WRULD of work-related upper limb disorders);
- reumatoïde artritis (RA);
- spondylartropathie (SpA).

Rugpijn en de meeste WRULD worden gecatalogeerd als **specifieke en episodische aandoeningen die vaak kunnen worden veroorzaakt of verergerd door arbeid**. Ze manifesteren zich op disparate manieren en kunnen perioden van intense ongemakken en ongeschiktheid veroorzaken die ervoor zorgen dat de arbeidsgeschiktheid van de individuele werknemer in het gedrang komt. Ze kunnen ook langere perioden verminderen. Veel mensen met dergelijke aandoeningen, zoals rugpijn, gaan nooit op zoek naar behandeling en herstellen op zichzelf, maar de

aandoeningen kunnen resulteren in aanzienlijk werkverzuim of productiviteitsverlies. Rugpijn en WRULD worden vaak vermeld in richtlijnen en literatuur over gezondheid en veiligheid op het werk. Ze zijn typische zorgitems voor arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen.

Anderzijds zijn **RA en SpA specifieke en progressieve reumatische aandoeningen die niet worden veroorzaakt door arbeid, maar die kunnen verergeren door arbeid** en vaak worden behandeld door huisartsen en specialisten. Ze vallen niet typisch binnen het domein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Het zijn klinisch gediagnosticeerde aandoeningen die, wanneer ze onbehandeld blijven, grotendeels op een voorspelbare manier progresseren. Ze kunnen een significante impact hebben op de functionele vaardigheden op het werk en – op lange termijn – op de deelneming aan de arbeidsmarkt. De meeste mensen met dergelijke aandoeningen hebben nood aan klinische interventies over een langere periode en de aanpak van deze aandoeningen bij mensen in de beroepsleeftijd vereist meestal een frequente en actieve tussenkomst van clinici, werkgevers en arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen.

Samen illustreren deze MSA de effecten van aandoeningen waarvan verwacht wordt dat een groot aantal Belgische werknemers ze ooit zullen rapporteren. Een beter inzicht in de effecten van die aandoeningen, in hoe aan het werk blijven gunstig kan zijn en wat er kan worden gedaan om de impact ervan te verlichten, kan resulteren in aanzienlijke maatschappelijke en economische voordelen.

2.4

Structuur van het rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 3 onderzoekt de prevalentie van musculoskeletale aandoeningen in België en de impact die zij hebben op de productiviteit en de aanwezigheid op het werk, op de deelneming aan de arbeidsmarkt en op de bredere Belgische economie.
- Hoofdstuk 4 gaat dieper in op de interventiepijlers, waaronder arbeidsre-integratie, die kunnen zorgen voor een beter jobbehoud en een betere arbeidsmarktparticipatie voor mensen met MSA.
- Hoofdstuk 5 zet enkele aanbevelingen uit voor werkgevers, werknemers, huisartsen, arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen en voor de Belgische overheid.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van onze huidige kennis over de impact van musculoskeletale aandoeningen (MSA) op mensen in de beroepsleeftijd in België. Het gebruikt hiervoor de resultaten van gegevens, onderzoek en interviews van Belgische bronnen, indien beschikbaar, en schetst een beeld van de uitdagingen waar de huidige en toekomstige Belgische werknemers, hun gezinnen, hun werkgevers en finaal ook de overheidsagentschappen voor staan. Er worden hierbij vier belangrijke punten onderzocht:

1. de leemten in de gegevens over MSA in België en de gevolgen hiervan;
2. de impact die MSA hebben op de arbeidsbekwaamheid van mensen;
3. de impact die arbeid kan hebben op MSA;
4. de bredere economische en maatschappelijke impact van MSA in België.

We beginnen met de kwaliteit van de gegevens.

3.1 Een wazig beeld

Ondanks herhaalde pogingen blijft het moeilijk om de prevalentie van MSA bij de Belgische beroepsbevolking nauwkeurig of consistent te kwantificeren. De *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (Eurofound) vond het herhaalde keren lastig om een betrouwbaar statistisch beeld op te hangen van MSA in België. De Franse organisatie Eurogip probeerde recent een statistisch profiel samen te stellen van MSA in de Europese Unie (EU), maar vond dat België (samen met verschillende andere lidstaten) geen adequate gegevens had (Eurogip, 2007). Professor J B Malchaire en zijn collegae van de *Unité Hygiène et Physiologie du Travail* aan de Université de Louvain concludeerde op basis van eigen onderzoek naar MSA in België dat:

‘..arbeidsziekten van musculoskeletale aard waarschijnlijk op grote schaal miskend zijn in België..’ (p2, *Malchaire et al., 2004*)

Dit gebrek aan consistente of vergelijkbare gegevens is om verschillende redenen onrustwekkend:

- men kan niet accuraat zijn over de economische gevolgen van MSA, de impact ervan op de productiviteit en de kosten die zij met zich meebrengen voor de maatschappij, de werknemers en hun gezinnen.
- indien, zoals men mag verwachten, de prevalentie van MSA stijgt naarmate de leeftijd van de Belgische beroepsbevolking toeneemt, zal het uitblijven van goede basisgegevens vandaag de voorspellingen van de toekomstige impact van MSA erg bemoeilijken.
- povere en inconsistente gegevens zorgen ervoor dat men moeilijk kan aandringen op actie bij de Belgische werkgevers of de Belgische beleidsmakers.
- de voordelen van klinische, arbeidsmarkt- of werkplekgerelateerde interventies zijn bijzonder moeilijk te kwantificeren (of te rechtvaardigen) wanneer er geen betrouwbare of volwaardige gegevens voorhanden zijn over de reikwijdte of de impact van MSA bij de Belgische werknemers.

Toch vertrouwt The Work Foundation erop dat er **voldoende gegevens** bestaan in België om van MSA de komende jaren een krachtige beleidsprioriteit te maken.

Wat we weten is dat, in vergelijking met het gemiddelde van de andere EU-lidstaten (zie Tabel 3.1), een relatief klein aandeel van de Belgische werknemers momenteel gewag maakt van regelmatige arbeidsgebonden rugpijn en een lager dan het gemiddelde percentage spierpijn rapporteert dat aan het werk is toe te schrijven (Parent-Thirion et al., 2007).

Tabel 3.1: Percentage werknemers in België en de EU die rugpijn en spierpijn rapporteren

	België	EU-27
Rugpijn	19,8	24,7
Spierpijn	17,5	22,8

Bron: Work Foundation analysis of European Working Conditions Survey, 2007

Wanneer men deze onderzoeksresultaten volgens de gegevens van de *European Labour Force Survey* (Eurostat, 2008) extrapoleert, blijkt dat ongeveer 827.250 Belgische werknemers arbeidsgebonden rugpijn rapporteren en ongeveer 722.300 klagen over arbeidsgebonden spierpijn. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen

menen dat het werk hun gezondheid aantast en de oorzaak is van rugpijn en spierpijn. De prevalentie van arbeidsgebonden rugpijn en spierpijn neemt toe met de leeftijd. De problemen komen het vaakst voor in de leeftijdsgroep tussen 40-54.

De Belgische Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is een instelling die zich toelegt op de medische kosten en tegemoetkomingen die worden uitbetaald aan de werknemers bij ziekteverzuim. Het RIZIV publiceert een jaarrapport dat de gegevens onderzoekt over langere perioden van werkonbekwaamheid, nl. meer dan 365 dagen. Uit een recente studie blijkt dat ziekten aan het 'locomotorische' stelsel de primaire oorzaak van ongeschiktheid zijn bij mannelijke werknemers (28 %) en de tweede belangrijkste, na geestelijke stoornissen, bij de vrouwelijke werknemers (27 %). Bij de werknemers samen zijn geestelijke stoornissen de eerste oorzaak van ongeschiktheid bij zowel mannen als vrouwen. Bij vrouwen zijn die ziekten de tweede oorzaak (19 %), bij de mannen de derde belangrijkste oorzaak (16 %) onmiddellijk na de cardiovasculaire aandoeningen.

De Vlaamse Werkbaarheidsmonitor (VWM, 2004), een nationaal onderzoek over werknemers, verschaft meer inzicht in de prevalentie van musculoskeletale aandoeningen in het algemeen en beperkt zich niet tot arbeidsgebonden oorzaken. Uit de cijfers blijkt dat ongeveer 45 % van werknemers die aan het onderzoek deelnamen rugpijn rapporteerden, ongeveer 45 % spierpijn in de nek en de schouders en ongeveer 31 % spierpijn in hun bovenste of onderste ledematen. Zowel rugpijn als spierpijn in de nek en schouders komen vaker voor bij Belgische vrouwen. Uit dit onderzoek blijkt ook dat de prevalentie van deze aandoeningen toeneemt met de leeftijd. Wanneer men een sectorale opdeling maakt, ziet men dat rugpijn het vaakst wordt gerapporteerd bij werknemers in de bouwsector, de gezondheidssector en de sector van de groot- en kleinhandel. Werknemers uit de gezondheidssector, de sector van de groot- en kleinhandel en de sector elektriciteit, gas en water rapporteren de hoogste cijfers van spierpijn in de nek en de schouders. Ook hier wordt spierpijn in de bovenste of onderste ledematen het vaakst gerapporteerd bij werknemers in de Belgische bouwsector.

Ervaringen uit andere economieën met oudere leeftijdsspreidingen geven aan dat de belasting van MSA significante economische en maatschappelijke gevolgen kan hebben. België moet klaar zijn om op de zeer waarschijnlijke groei in de komende

jaren van wat bepaalde commentatoren beschrijven als een **“slecht begrepen pandemie”** te anticiperen en deze aan te pakken (ETUI, 2007).

3.2 De impact van MSA op de arbeids- bekwaamheid

De impact van MSA op het individu en zijn werkbekwaamheid varieert sterk van persoon tot persoon. De pogingen om de relatieve werkongeschiktheid te meten verschillen volgens de methoden van gegevensvergaring, de selectie van de respondenten en de definities van arbeidsongeschiktheid. Arbeidsongeschiktheid verwijst meestal naar het stopzetten van de arbeid, het verminderen van de werkuren of het opvragen van vergoedingen wegens ongeschiktheid. Deze ramingen bevatten zelden inschattingen van productiviteitsverlies tijdens het werk.

MSA kan werkbeperkende pijn en vermoeidheid veroorzaken die veel mensen niet kunnen uiten. Uit onderzoek blijkt dat tot 30 % van de werknemers met aandoeningen zoals reumatoïde artritis (RA) niet happig zijn om hun aandoening te vertellen aan collega's of manager uit vrees voor discriminatie (Gignac, 2008).

MSA, zoals reeds aangegeven in Hoofdstuk 2, kan zowel aspecifiek als specifiek zijn. De effecten van specifieke MSA worden hierna besproken, met een bijzondere verwijzing naar RA en spondylartropathieën (SpA). Andere, in grote mate aspecifieke MSA worden beschreven in het kader van twee belangrijke categorieën, nl. rugpijn en werkgebonden aandoeningen van de bovenste ledematen. De effecten van pijn als gevolg van MSA kunnen de volgende aspecten van iemands prestaties op het werk impacteren:

- uithoudings- en weerstandsvermogen;
- cognitieve vaardigheid of concentratie;
- rationaliteit/gemoedsgesteldheid;
- vermoeidheid
- mobiliteit;
- soepelheid.

Een MSA kan ook een uitwerking hebben op de veiligheidsaspecten van de arbeid. Wanneer de concentratie of de beweging aangetast wordt door de aandoening of door de ermee gepaard gaande pijn, kan de veiligheid van bepaalde aspecten van

de arbeid in het gedrang komen. Men mag ook niet vergeten dat, na een diagnose, bepaalde behandelingen aanzienlijke nevenwerkingen kunnen hebben die op hun beurt de arbeidsgeschiktheid van het individu kunnen beïnvloeden. Wanneer bepaalde taken, zoals het bedienen van zware machines of het besturen van voertuigen, speciale risico's inhouden, kunnen ook de veiligheidsaspecten van een jobuitvoering zorgen baren.

3.2.1 Werkgebonden aandoeningen van de bovenste ledematen (WRULD)

Net geen 18 % van de Belgische werknemers rapporteert dat zij last heeft van spierpijn in de nek, schouders en bovenste ledematen (Parent-Thirion, 2007). Malchaire et al (2004) suggereert echter dat de WRULD in België wellicht ondergerapporteerd zijn. Werkgebonden nekpijn en aandoeningen van de bovenste ledematen (WRULD) zijn MSA die het bovenste deel van het lichaam aantasten en veroorzaakt of verergerd worden door het werk en de werkomgeving. Toch is er veel discussie rond de definiëring en de diagnostische criteria voor WRULD. Ze worden meestal omschreven als verrekkingen of verstuikingen, RSI (Repetitive Strain Injuries) of CTD (cumulative trauma disorders). Zowel specifieke als niet-specifieke stoornissen en symptomen kunnen onder deze categorie vallen. Van Eerd et al. (2003) identificeerde 27 verschillende classificatiesystemen voor werkgebonden MSA, waarvan er geen twee identiek waren. Het feit dat een aandoening vaak op verschillende manieren wordt beschreven maakt het probleem alleen maar complexer. Bovendien stelden Van Eerd et al. vast dat de verschillende classificatiesystemen het niet eens waren over welke stoornissen wel en niet moeten worden geïnccludeerd. Door dit definitieprobleem wordt het moeilijk een berekening te maken van het aantal mensen met WRULD en een globaal inzicht te ontwikkelen in de geassocieerde risicofactoren.

Uit onderzoeksgegevens over de oorzaken van ziekteverzuim in België blijkt dat arbeidsgebonden RSI verantwoordelijk waren voor 3,3 % van de afwezigheden door MSA, en dat 3,7 % was veroorzaakt door arbeidsgebonden ontstekingen (Securex, 2008).

Terwijl het ontbreekt aan een eenduidige classificatie, bestaat er wel eensgezindheid over het feit dat pijn, ongemak, stijfheid en tintelingen in de getroffen zones

symptomen kunnen zijn van WRULD in de pezen, spieren, gewrichten, bloedvaten en/of zenuwen. WRULD kunnen specifieke en aspecifieke aandoeningen zijn (Aptel et al., 2002) en pogingen tot classificatie vertonen de neiging om te focussen ofwel op de aangetaste lichaamszone ofwel op de oorzaak. Voorbeelden van WRULD opgedeeld per lichaamszone zijn:

- elleboog: epicondylitis (tenniselleboog);
- hand, pols en onderarm: carpaal tunnelsyndroom; gezondheidsschade door herhaalde bewegingen (Repetitive Strain Injury of RSI), het Quervainsyndroom;
- schouder: tendinitis van de schouder;
- nek: nekpijn.

Een classificatie per arbeidsgerelateerde oorzaak refereert aan handelingen, zoals trilling van de hand of van de arm, die bijvoorbeeld kunnen leiden tot het syndroom van Raynaud. De breedte van de categorie van WRULD betekent dat bijna alle met MSA geassocieerde symptomen en impacts op het werk worden geassocieerd met WRULD. Daarom worden de specifieke symptomen en impacts van MSA meer in detail besproken hierna, in termen van rugpijn, RA en SpA.

3.2.2 Chronische rugpijn

Rugpijn is een zeer vaak voorkomende klacht in België, hoewel er niet systematisch degelijke gegevens over de prevalentie ervan worden vergaard. Zoals hiervoor reeds aangegeven blijkt uit de 2005 European Working Conditions Survey dat bijna 20 % van de Belgische werknemers een bepaalde arbeidsgebonden rugpijn rapporteert. Bij de overgrote meerderheid van patiënten met rugpijn wordt er geen specifieke diagnose vermeld.

In een onderzoek naar rugpijn in België, rapporteren van Zundert en van Kleef (2005) dat rugpijn 29 % vertegenwoordigt van alle arbeidsdagen die verloren gaan door ziekteverzuim. Dit komt neer op 5,7 miljoen verloren dagen en een rechtstreeks kostenplaatje van meer dan 992 miljoen euro (exclusief de onrechtstreekse kosten – inkomensverlies, productiviteitsverlies, impact op de gezinsleden, enz.).

Ander Belgisch onderzoek (Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006) geeft aan dat 11,9 % van het ziekteverlof dat 28 dagen of langer duurt, wordt veroorzaakt door lage rugpijn. Dit soort arbeidsongeschiktheid komt meer voor bij mannelijke

werknemers, vooral bij manuele beroepen met kortlopende contracten bij de werkgever. De sectoren die het vaakst worden getroffen zijn de schoonmaak, de bouw en de voeding. Als gevolg daarvan wordt één op de 20 patiënten beschouwd als zijnde permanent ongeschikt om het werk weer op te nemen. In 15 % van de gevallen kan de patiënt terug naar het werk op voorwaarde dat het werk wordt aangepast, een gegeven dat wijst op de cruciale rol van de bedrijfsgeneesheer wanneer het gaat om de zorg voor lage rugpijn.

Het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO) rapporteert dat in België elk jaar 12.000 arbeidsongevallen leiden tot rugpijn – meer dan 6 % van het totale aantal ongevallen dat op jaarbasis wordt geregistreerd. Van de werknemers met een acute episode van lage rugpijn geassocieerd met arbeidsongevallen verzuimde 72 % het werk; van dat totale aantal bleef 8,2 % drie maanden of langer afwezig. In totaal 62,4 % en 95 % van de werknemers zijn respectievelijk tijdelijk of permanent werkonbekwaam. De meest getroffen sectoren zijn de houtindustrie, de bouw en de metaalbewerking. De bouw en de gezondheids/sociale sector hebben de hoogste cijfers voor permanente werkonbekwaamheid. Overbelasting was de meest frequent gerapporteerde oorzaak van ongevallen, terwijl vallen de meest frequente oorzaak is van trauma's die leiden tot permanente werkonbekwaamheid (geciteerd in het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006).

Rugpijn komt vaak voor, is episodisch, vaak recurrent en meestal zelfgenezend. Men zegt dat rugpijn recurrent is wanneer er zich verschillende episoden voordoen in één jaar gedurende een periode van minder dan zes maanden, acuut wanneer een episode minder lang duurt dan zes weken, subacuut (7-12 weken) en chronisch wanneer de rugpijn langer duurt dan 12 weken. Rugpijn is een recurrent probleem voor veel mensen, wat niet noodzakelijkerwijze betekent dat de symptomen zullen verergeren. Bij de meeste mensen zal de pijn vanzelf verdwijnen binnen de vier tot zes weken. In een Europese studie over mensen die hun huisarts raadplegen omwille van rugpijn, was 65 % symptoomvrij binnen de 12 weken (van der Hoogen et al., 1998 in Bekkering et al., 2003). Het geregistreerde werkverzuim is het grootst bij de minderheid van individuen met een chronische of recurrente aandoening. De meeste mensen met rugpijn blijven ofwel werken of nemen snel hun werk weer op. Circa 85 % van de mensen met rugpijn blijft minder dan zeven dagen afwezig, maar

dit vertegenwoordigt slechts de helft van het aantal verloren werkdagen. De rest wordt vertegenwoordigd door de 15 % die langer dan een maand het werk verzuimt (Bekkering et al., 2003).

Het is belangrijk te erkennen dat er een verschil is tussen symptomen vertonen, hulp zoeken, verloren productiviteit en ongeschiktheid, en de factoren die ertoe bijdragen (Burton, 2005). Dat betekent dat terwijl een individu last kan hebben van musculoskeletale pijn (in de rug bijvoorbeeld), men niet kan voorspellen hoe hij deze ziekte of dit trauma zal aanpakken (bv. medische verzorging zoeken), hoe de aandoening zijn arbeidsprestatie zal beïnvloeden, of hij het werk zal verzuimen dan wel of hij een van de zeer kleine minderheid zal worden die permanent door de aandoening werkonbekwaam wordt. De hamvraag is dan ook waarom, wetende hoeveel mensen last hebben van rugpijn, dit zo'n negatief effect heeft op bepaalde mensen en niet op anderen? Er groeit steeds meer eensgezindheid over het feit dat psychologische elementen de differentiërende factor zijn, omdat ze sterk geassocieerd zijn met de progressie van rugpijn van een acute naar een chronische aandoening die 2 tot 7 % van de mensen treft (Burton, 2005) en naar werkonbekwaamheid (Burton, 2005; Bekkering et al., 2003).

3.2.3 Reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis (RA) is een voorbeeld van een specifieke MSA. Het is een vorm van inflammatoire artritis met een prevalentie die in de meeste geïndustrialiseerde landen schommelt tussen 0,3 % en 1 % (WGO, 2003). De gegevens over de prevalentie van reumatoïde artritis zijn grotendeels afkomstig uit studies die in de VS en in Europa zijn gevoerd. Uit een recente raming blijkt dat er in België 69.000 mensen zijn met RA (Lundkvist et al., 2008), hoewel andere bronnen dit cijfer situeren tussen 80.000 en 100.000. Vrouwen worden er drie keer meer door aangetast dan mannen. De ziekte treft mensen in alle leeftijden, met een piekincidentie in de tussenleeftijdscategorie van de beroepsbevolking, nl. tussen 25 en 55 jaar. Epidemiologische studies geven aan dat ernstige RA de levensverwachting met ongeveer zes tot tien jaar inkort.

De precieze oorzaak van RA is niet gekend. Gegevens wijzen erop dat het gaat om een immuunreactie, onder de vorm van een ontsteking die gewrichten en andere weefsels aantast. Tot de risicofactoren behoren gender, familiale antecedenten van RA

en een specifiek leukocytenantigeen (HLA) (WGO, 2003). Hoewel het klinische verloop van RA extreem verschilt van individu tot individu, behoren tot de kenmerken ervan: pijn, stijfheid in de gewrichten en vermoeidheid, vooral 's ochtends en na perioden van inactiviteit, gewichtsverlies en koorts of griepachtige symptomen. RA tast de synoviale gewrichten aan, zorgt voor pijn en uiteindelijk vervormingen en invaliditeit. De ziekte kan zeer snel verlopen, met zwellingen en beschadiging van het kraakbeen en bot rond de gewrichten. Ze kan om het even welk gewricht in het lichaam aantasten, maar komt het vaakst voor in de handen, de voeten en de polsen. RA kan ook het hart, de ogen, de longen, het bloed en de huid aantasten.

Het verloop van RA varieert: de aandoening kan op de korte termijn evolueren van een milde en zelfs zelfgenezende vorm van de ziekte tot een ernstige en destructieve aandoening (Young et al., 2000). RA is meestal chronisch (blijvend) en de mensen met deze aandoening hebben vaak 'opstoten' van intense pijn die dikwijls gepaard gaat met vermoeidheid, ook al tast men nog in het duister wat betreft de reden hiervoor. 'Opstoten' betekenen inderdaad dat iemand vandaag in staat is om zijn taak op te nemen en de volgende dag niet. Het kan lastig zijn voor collega's en managers om dit te begrijpen en het compromitteert soms de planning van het werk. Het omgaan met deze 'opstoten' in een arbeidscontext vergt een nauwe communicatie en wederzijds begrip tussen werknemers en werkgevers.

De effecten van de ziekte kunnen er dus voor zorgen dat het moeilijk wordt dagelijkse taken uit te voeren, waardoor veel mensen hun werk moeten opgeven. De werkbekwaamheid wordt bij de meeste individuen binnen de vijf jaar aangetast (WGO, 2003). In één studie over het verlies aan arbeidsproductiviteit als gevolg van RA werd geraamd dat werkverlies voorkwam bij 36-85 % van de mensen met RA in het vorige jaar gedurende een gemiddelde (mediaan) van 39 dagen (Burton, 2006). Young et al. (2002) rapporteerde dat 22 % van de mensen met een diagnose van RA hun werk verliezen na vijf jaar omwille van hun RA. Toch is in bepaalde gevallen de aandoening zelf niet de belangrijkste of de enige oorzaak van het werkverzuim. Young et al. (2002) vonden inderdaad nog een groep van respondenten die hun werk stopzetten als gevolg van een combinatie van RA en andere, persoonlijke factoren, en raamden dat 40 % van de mensen met RA de werkvloer verlieten als gevolg van hun aandoening. In vergelijking met andere ontwikkelde westerse economieën blijkt dat een hoger

percentage van de Belgische beroepsbevolking met RA blijft werken. Bovendien verlaat een hoger percentage het werk omwille van de aandoening. In een recente studie over 15 landen (Sokka et al., 2008) was 36 % van de mensen met RA nog aan het werk, terwijl 31 % arbeidsongeschikt was omwille van RA.

3.2.4 Spondylartropathieën

Spondylartropathieën (SpA) zijn een familie van chronische inflammatoire aandoeningen waartoe onder meer behoren:

- ankyloserende spondylitis (AS);
- reactieve artritis (ReA)/ syndroom van Reiter (RS);
- psoriatische artritis (PsA);
- spondylartropathie geassocieerd met inflammatoire darmziekten (IBD);
- ongedifferentieerde spondylartropathie (USpA).

Recent onderzoek over de frequentie van SpA bij de bevolking van Europa komt tot de conclusie dat de prevalentie lange tijd onderschat is gebleven en wel eens een gelijkaardige incidentie kan hebben als RA (Akkoc, 2008).

Ankyloserende spondylitis (AS) is een specifieke progressieve en chronische reumatische aandoening die vooral de wervelzuil treft, maar ook andere gewrichten, pezen en ligamenten kan aantasten. De prevalentie bij de algemene bevolking wordt meestal geraamd op 0,1-0,2 % (in België wordt meestal een percentage van 0,5 % aangenomen), met een man:vrouw-verhouding van 3:1 tot 2:1 (Dagfinrud, Mengshoel, Hagen, Loge en Kvien, 2004). Boonen et al. (2003) schatten dat meer dan 7.600 mensen in België AS hebben, hoewel dit cijfer wellicht een onderschatting is. De eerste diagnose wordt vaak gesteld wanneer de mensen tussen tien en twintig of net voorbij de twintig jaar zijn (de gemiddelde leeftijd voor het intreden van de ziekte is 26). Uit onderzoek blijkt dat de oorzaak voor AS een sterke genetische component heeft. Hoewel iedereen AS kan krijgen, treft het mannen, vrouwen en kinderen op een enigszins andere manier. Bij mannen worden meestal het bekken en de wervelzuil getroffen, maar ook de thoraxwand, de heupen, de schouders en de voeten. Een accurate diagnose laat vaak op zich wachten – bepaalde onderzoekers suggereren dat er gemiddeld zeven jaar kan verlopen tussen het intreden van de ziekte en het diagnosticeren ervan (Sieper et al., 2002) – omdat de vroege symptomen frequent verkeerd worden aanzien als sportletsels. Bij vrouwen treft AS het bekken, de heupen,

de knieën, de polsen en de enkels. Bij vrouwen wordt de wervelzuil meestal minder erg aangetast. Tot de kenmerkende AS-symptomen behoren pijn (vooral 's ochtends vroeg); gewichtsverlies, vooral in de beginfasen; vermoeidheid; koorts en nachtelijk zweten, en verbetering na oefening. Ook hier, zoals bij RA, vergen de temporele aspecten van de ziekte een goede aanpak om ervoor te zorgen dat iemand zijn werk kan doen en maken ze arbeid niet onmogelijk.

Zoals bij de meeste MSA, en vooral bij specifieke MSA, variëren de effecten van AS in grote mate van individu tot individu en van man tot vrouw (Dagfinrud et al., 2004). Ongeveer de helft van hen zijn ernstig aangetast, terwijl anderen maar weinig symptomen rapporteren; men gaat ervan uit dat vrouwen de ziekte ontwikkelen op een latere leeftijd, een milder ziekteverloop kennen, langere asymptomatische perioden hebben, maar meer extraspinale aantastingen vertonen.

AS wordt meestal beschouwd als een ziekte waarbij het individu een relatief goed functioneel vermogen in stand kan houden (Chorus et al., 2002) en toch zijn de gerapporteerde werkloosheidscijfers drie keer hoger bij mensen met ankyloserende spondylitis dan bij de algemene bevolking (Boonen et al., 2001).

Boonen et al. (2002) stelden vast dat werkonbekwaamheid door AS (gecorrigeerd voor gender en leeftijd) kleiner was in België (9 %) dan in Frankrijk of Nederland (met respectievelijk 23 en 41 %) - zie Tabel 3.2 infra. Een deel van dat verschil kan worden verklaard door het feit dat werknemers in zowel Frankrijk als Nederland van het sociale zekerheidssysteem deeltijds mogen werken en tegelijk ook aanspraak kunnen maken op een invaliditeitstegemoetkoming — een systeem dat op het ogenblik van het onderzoek niet beschikbaar was voor Belgische werknemers.

Tabel 3.2: Werkonbekwaamheid door AS in vier landen

	USA (n=241)	Netherlands (n=130)	France (n=130)	France (n=53)	Belgium (n=26)
Work disability (%)	12	41*	23*	9*	
Days sick leave pt/y; † (range)	Not stated	19 (0-130)	6 (0-77)	9 (0-6)	
Friction costs/pt/y; † mean (range)	Not applied	€ 1257 (0-7356)	€ 428 (0-2354)	€ 476 (0-2354)	
Human capital costs/pt/y; mean (range)	US \$ 4945 (0-45800)	€8862	€ 3188	€ 3609	
	€ 4227 (0-39145)‡	(0-46818)	(0-43550)	(0-34320)	

* Adjusted for age and sex. Includes patients with partial work disability who continue in a part-time paid job in the Netherlands and France; † n those with a paid job; ‡ converted to euros using 1998 purchasing power parities.

Bron: Boonen et al.

Uit recent onderzoek blijkt ook dat de levenskwaliteit gerelateerd aan lichamelijke gezondheid bij mensen met RA en AS positief werd beïnvloed door arbeid (Chorus et al., 2003; Gordeev, Maksymowych, Evers, Ament, Schachna en Boonen, 2009). Chorus et al. kwamen tot de conclusie dat arbeid *'een belangrijke factor kan zijn in het positief beïnvloeden van de manier waarop de patiënten hun lichamelijke performance percipiëren'*. Deze bevinding leunt aan bij de stelling van Waddell en Burton (2006) dat – algemeen gezien – een goede kwaliteit van werk gunstig is voor de gezondheid en het herstel van werknemers. De mate waarin de werkplek een positieve of negatieve impact kan hebben op de ontwikkeling van MSA wordt hieronder besproken.

Psoriatische artritis (PsA) is een vorm van gewrichtsontsteking die voorkomt bij 0,2 tot 1 % van de algemene bevolking (Wallenius, Skomsvoll, Koldingsnes, Rødevand, Mikkelsen, Kaufmann en Kvien, 2008) en bij 10 tot 20 % van de individuen met psoriasis. Gegevens van de EuroPso survey (Dubertret et al., 2006) hebben berekend dat 29 % van de Belgen met psoriasis PsA hebben. Ontstoken gewrichten worden gevoelig, gezwollen en pijnlijk bij beweging. Kenmerkend is dat de gewrichten stijf zijn na rustperioden, 's ochtends en bij het uitrusten 's avonds. Weefsels zoals ligamenten en pezen rond de gewrichten kunnen ook aangetast zijn. Ontsteking van pezen of spieren (zoals een tenniselleboog en pijn rond de hiel) is ook een kenmerk van psoriatische artropathie. In ongeveer 80 % van de gevallen ontwikkelt de artritis zich na het opduiken van psoriasis. Men gaat ervan uit dat mannen en vrouwen in gelijke mate door de ziekte worden aangetast en uit vergelijkende studies is gebleken dat patiënten met PsA een ziektebelasting hebben die vergelijkbaar is met die van patiënten met reumatoïde artritis (RA) of ankyloserende spondylitis (AS) (Wallenius et al., 2008). Verschillende kenmerken laten toe een onderscheid te maken tussen PsA en andere vormen van artritis: een vaak vastgesteld ontstekingspatroon doet zich voor in de eindgewrichten van de vingers. Een ander patroon is de aantasting van de gewrichten van de wervelzuil en de sacro-iliacale gewrichten; we spreken hier van spondylitis (gelijkend op ankyloserende spondylitis). Nekpijn en stijfheid kunnen zich voordoen, of een volledige teen of vinger kan gezwollen of ontstoken geraken (dactylitis). Soms vertonen gewrichten ook de neiging stijf te worden en te gaan fuseren. Door na te gaan of het bloed al dan niet een reumatoïde factor bevat, kan men beter het verschil maken tussen psoriatische artritis en reumatoïde artritis.

De aandoening ontwikkelt zich meestal tussen de leeftijd van tien en twintig jaar. Bij vrouwen kan er een verhoogde incidentie zijn na een zwangerschap of de menopauze. Omdat PsA zowel de huid als de gewrichten aantast, kan dit een negatieve impact hebben op de levenskwaliteit van mensen met PsA. Als gevolg van emotionele problemen bestaat de kans dat zij meer pijn en rolbeperkingen ervaren dan patiënten met RA (Husted, Gladman, Farewell en Cook, 2001). Er werd ook een hogere mortaliteit gemeten bij mensen met PsA vergeleken met de algemene bevolking (Wallenius et al., 2008).

3.3 De impact van de werkplek op MSA

De risicofactoren voor MSA zijn legio. Terwijl deskundigen het er grotendeels over eens zijn dat arbeid een risicofactor kan zijn voor MSA, kunnen ook niet-arbeidsgerelateerde activiteiten, zoals het huishouden en sport, bijdragen tot musculoskeletale belasting. Uit bepaalde studies blijkt bijvoorbeeld dat een hogere prevalentie van musculoskeletale pijn bij werkende vrouwen kan gekoppeld zijn aan het feit dat vrouwen verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van het huishoudelijke werk (Punnett et al., 2004). Ook intrinsieke risicofactoren spelen een rol in het opduiken en verslechteren van MSA. Een aantal intrinsieke factoren kan men veranderen, andere (zoals genetische voorbeschiktheid) niet.

Een zorgelement in België is de toenemende obesitas – een risicofactor voor bot- en gewrichtsaandoeningen (en voor cardiovasculaire aandoeningen en diabetes). Uit de meest recente gegevens blijkt dat België een relatief lage prevalentie van volwassenen met overgewicht en obesitas heeft (bijna 49 % van de mannen en 42 % van de vrouwen) vergeleken met andere EU-landen (EU-27 gemiddeld 59 % van de mannen en 48 % van de vrouwen) (International Association for the Study of Obesity, 2008). In België is bijna één op de vijf kinderen tussen 7-11 jaar zwaarlijvig (Lobstein en Frelut, 2003).

Tabel 3.3: Samenvatting van de intrinsieke risicofactoren voor aspecifieke MSA

Intrinsieke factoren
<ul style="list-style-type: none">• obesitas, gestalte• spinale anomalieën• genetische voorbeschiktheid• zwangerschap• psychosociale stress: zelfperceptie• gezondheidsgerelateerde persoonlijkheid: locus of control, zelfefficiëntie, perceptie van de handicap en verwachtingen• gezinsstress• psychologische stress: somatisering, angst en depressie• veroudering

Bron: adapted from WGO, 2003

Wanneer men spreekt over bewijzen en risicofactoren van de impact van arbeid op MSA, moet er een onderscheid worden gemaakt tussen ‘arbeidsgebonden’ stoornissen en ‘beroepsziekten’ (Punnett et al., 2004). Bepaalde MSA worden door een aantal Europese overheden erkend als beroepsaandoeningen zoals tenosynovitis aan de pols, epicondylitis van de elleboog, het syndroom van Raynaud of het wittevingersyndroom door trillingen en het carpaal tunnelsyndroom (Eurostat, 2004). Het feit dat arbeid deze aandoeningen kan veroorzaken en ertoe bijdragen wordt op grote schaal erkend en het gebruik van metingen van de werkplekrisico's om de incidentie van deze aandoeningen te beperken is goed ingeburgerd.

Het is duidelijk dat arbeid niet de oorzaak is van reumatische aandoeningen zoals RA en SpA, hoewel gegevens bevestigen dat fysieke arbeidsvereisten, een gebrek aan ondersteuning, zelfstigmatisering en een gebrek aan flexibiliteit in termen van arbeidsduur elk op zich het behoud van of de terugkeer naar een job kunnen bemoeilijken (der Tempel et al., 2001; Gignac et al., 2004).

Hoewel er niet veel duidelijke gegevens zijn over de link tussen bepaalde aspecifieke MSA, zoals lage rugpijn, en arbeid, worden een aantal jobvereisten vaak geciteerd als risicofactoren voor MSA, waaronder:

- snel werkritme en repetitieve bewegingspatronen;
- zware lasten tillen en krachtige manuele inspanningen;

- niet-neutrale (dynamische of statische) lichaamshoudingen, frequent buigen en roteren;
- mechanische drukconcentraties;
- trillingen over delen van het lichaam of het hele lichaam;
- blootstellingen aan koud van delen van het lichaam of het hele lichaam;
- ontoereikende rustperiode (Punnett et al., 2004).

MSA treft werknemers in alle industrieën en beroepen, hoewel bepaalde meer risico's inhouden dan andere en bepaalde beroepen gepaard gaan met overbelasting van bepaalde delen van het musculoskeletale stelsel.

Veel jobs houden activiteiten in die een risicofactor kunnen zijn voor MSA. Volgens de European Working Conditions Survey rapporteert 17 % van de Europese werknemers dat ze gedurende minstens de helft van hun werktijd worden blootgesteld aan trillingen door handgereedschap of machines, 33 % dat ze worden blootgesteld aan pijnlijke of vermoeiende houdingen tijdens dezelfde periode, 23 % dat ze zware lasten dragen of verplaatsen, 46 % dat ze repetitieve hand- of armbewegingen doen en 31 % dat ze met een computer werken (Parent-Thirion et al., 2005).

Veel van de aandacht die werkgevers besteden aan het probleem van de MSA en de impact van de werkplek op het opduiken of verslechteren ervan wordt ingegeven door de bezorgdheid om geschillen te vermijden of te beperken, en door hun streven om tegemoet te komen aan hun zorgverplichting, door werkpostmetingen te doen en richtlijnen uit te vaardigen rond manuele overslag, enz. Hierbij wordt een breder probleem uit het oog verloren, nl. dat ook andere werkgerelateerde factoren kunnen bijdragen tot MSA. Die aspecten komen vaak niet aan bod in de literatuur en in de aanbevelingen over hoe men best omgaat met gezondheid en veiligheid. Zelfs wanneer het gaat over 'stress', wordt de link tussen psychosociale factoren en lichamelijke aandoeningen vaak verwaarloosd, en wordt de primaire focus gericht op veiligheid.

Meestal ontstaat er een verhoogd risico op letsels wanneer bepaalde van voormelde fysieke risicofactoren samenkomen of wanneer er negatieve psychosociale, persoonlijke of professionele factoren aanwezig zijn (Devereux et al., 2004).

Wanneer psychologische en organisationele factoren worden gecombineerd met fysieke factoren, dan kunnen zij een invloed hebben op de waarschijnlijkheid dat iemand het werk vroegtijdig verzuimt. Uit onderzoek over lage rugpijn blijkt dat de overtuiging van de werknemer dat het werk zelf de pijn veroorzaakt, voorafgaat aan het ziektegedrag en een risicofactor is voor chronische werkonbekwaamheid (Werner, Lærum, Wormgoor, Lindh en Indhal, 2007). Sokka en Pincus (2001) onderzochten 15 studies en kwamen tot de bevinding dat werk met hoge lichamelijke eisen, een gebrek aan autonomie, hogere pijnniveaus, een lagere functionele status en lagere onderwijsniveaus predictoren zijn voor het feit dat iemand met RA het werk vroegtijdig verzuimt. Uit de bevindingen van Sokka en Pincus blijkt duidelijk dat niet alleen de fysieke aspecten van de arbeid een invloed kunnen hebben op iemands functionele werkbekwaamheid en op de kans dat hij of zij in de arbeidsmarkt blijft. Wij moeten ook rekening houden met de psychosociale en organisationele factoren van het werk.

Tot de psychosociale en organisationele factoren geassocieerd met MSA behoren:

- snel werkritme en verhoogde werkbelasting;
- de perceptie van monotoon werk;
- een lage arbeidsvoldoening;
- weinig ruimte voor beslissing / weinig jobcontrole;
- lage maatschappelijke ondersteuning;
- werkstress.

Werkstress is een breed begrip en kan resulteren uit een brede waaier van oorzaken zoals hoge jobeisen, arbeidsvaardigheden die niet zijn afgestemd op de jobvereisten. Bovendien kan stress ook het gevolg zijn van misbruik of geweld op het werk.

Ook hier is het belangrijk oog te hebben voor de link tussen het geestelijke en het lichamelijke. Terwijl werkstress, inclusief discriminatie en geweld op het werk, kan leiden tot productiviteitsverlies als gevolg van stress of alledaagse mentale gezondheidsproblemen, kan dit ook leiden tot MSA als gevolg van spanning of overbelasting. Ook een verhoogde kans op het ervaren van een hoog pijnniveau werd in verband gebracht met een lage maatschappelijke ondersteuning, een lage maatschappelijke verankering of een geringe maatschappelijke participatie (Katz, 2002). Daarom zijn 'goed werk' en het aanbieden van hoogkwalitatieve jobs van cruciaal belang (Coats en Max, 2005, Coats en Lehki, 2008).

3.4

De bredere economische en maatschappelijke impact van MSA

Het effect dat MSA kan hebben op de individuele arbeidsgeschiktheid en op de periode dat iemand het werk verzuimt, betekent dat MSA aanzienlijke kosten met zich meebrengen voor zowel het individu, zijn gezin, de werkgever als de economie in het algemeen. De berekening van de precieze kosten is geen sinecure (Lundkvist, Kastäng en Kobelt, 2008). Men moet rekening houden met verschillende factoren en accurate, betrouwbare en consistente cijfers krijgen is haast onmogelijk. Toch blijkt uit de bestaande cijfers over de economische impact van MSA op basis van conservatieve benaderingen dat MSA voor België een significante belasting betekenen.

Om de kost van MSA (of elke andere ziekte) te berekenen, moet men de volgende factoren kunnen ramen:

- **Rechtstreekse kosten**, inclusief medische uitgaven, zoals de kosten voor preventie, opsporing, behandeling, revalidatie, langetermijnzorg en blijvende medische en privé-uitgaven. Ze worden vaak verder opgesplitst in medische kosten binnen de sector van de gezondheidszorg en niet-medische kosten in andere sectoren (Lundkvist et al., 2008);
- **Onrechtstreekse kosten**, inclusief het effect van werkverlies dat is toe te schrijven aan een verminderd activiteitsvermogen, zoals verlies aan productiviteit, inkomensderving, verloren kansen voor gezinsleden, inkomensverlies voor gezinsleden en daling van de belastinginkomsten;
- **Immateriële kosten**, inclusief de psychosociale belasting die resulteert in verminderde levenskwaliteit, zoals werkstress, economische stress, gezinsstress en lijden (WGO, 2003).

Die kosten schommelen aanzienlijk volgens de aandoening, de ernst van de symptomen, en het feit of ze een verzuim of ongeschiktheid op de korte dan wel op de lange termijn veroorzaken. Ze variëren bovendien ook volgens de methoden die worden gehanteerd om de kosten te berekenen. Bepaalde factoren die de berekeningen kunnen impacteren zijn:

- de ernst van de aandoeningen van de patiënt;
- de mix van patiëntgerelateerde demografische gegevens in een studie;
- de berekeningsmethode voor productiviteit;
- de definities van arbeidsongeschiktheid;
- de behandelingskosten of andere effecten als gevolg van de behandelingen

(het feit dat er jaarkosten worden berekend is ook een factor, niet in het minst omdat de behandelingsprocessen kunnen veranderen);

- veranderingen in de financieringssystemen van de gezondheidszorg;
- de op incidentie of prevalentie gebaseerde kostenramingen.

Immateriële kosten worden zelden opgenomen in kostprijsberekeningen, omdat het nagenoeg onmogelijk is om immateriële kosten op een correcte manier in geld om te zetten (Sieper et al., 2002). Toch verschaft de evaluatie van de immateriële kosten nuttige informatie over de prijs die mensen met MSA betalen in termen van levenskwaliteit (quality of life - QoL), en de QoL-metingen zouden moeten worden gebruikt als extra indicatoren om de efficiëntie van de interventies te meten (Leardini, Salaffi, Montanelli, Gerzeli & Canesi, 2002).

3.4.1 Rechtstreekse kosten

Zoals reeds eerder aangegeven, vergt het ramen van de ziektekosten de input van een groot aantal factoren, waarvan men er vele kan terugvinden in verschillende studies. Voor lage rugpijn (LRP) zijn de meest significante rechtstreekse kosten verbonden aan de fysieke therapie, intramurale behandeling, farmaceutische behandeling en primaire zorg (Dagenais et al., 2008). Voor RA, hoewel de rechtstreekse gezondheidskosten relatief laag waren in het verleden (Lundkvist et al., 2008), geven enkele studies aan dat de rechtstreekse kosten toenemen naarmate de functionele vaardigheden afnemen – waardoor de functionele vaardigheid een belangrijke kostenfactor wordt (Huscher et al., 2006; Kobelt, 2007).

In vergelijking met onrechtstreekse kosten vertegenwoordigen de rechtstreekse kosten gewoonlijk een minderheid in de totale kosten (Dagenais et al., 2008; Kavanaugh, 2005; Kobelt, 2007; Lundkvist et al., 2008). Maar voor RA worden er in de literatuur grote interlandelijke schommelingen waargenomen in de ramingen van de rechtstreekse kosten als gevolg van de verschillen in opnamen van welbepaalde behandelingen in de diverse landen (Lundkvist et al., 2008).

Tabel 3.4 toont enkele van de specifieke rechtstreekse kosten waarmee musculoskeletale aandoeningen in het algemeen en meer bepaald reumatoïde artritis en lage rugpijn gepaard gaan, op basis van de bestaande literatuur (Woolf, 2003; Kavanaugh, 2005; Dagenais et al., 2008).

Tabel 3.4: Rechtstreekse kosten waarmee MSA, RA en LRP gepaard gaan

	MSA	RA	LRP
Kosten voor gezondheidszorg	Artsenbezoeken Ambulante heelkunde Spoeddienst Gebruik van revalidatiediensten (fysiotherapeut, arbeidstherapeut, maatschappelijk werker) Geneesmiddelen Diagnostische / therapeutische procedures en tests Instrumenten en hulpmiddelen Acute ziekenhuisfaciliteiten (met en zonder heelkunde) Niet-acute ziekenhuisfaciliteiten	Artsenbezoeken Bezoeken aan andere gezondheidsspecialisten Ambulante heelkunde Spoeddienst Geneesmiddelen (inclusief administratiekosten) Beeldvorming Labomonitoring Toxiciteit (diagnose, behandeling) Medische hulpmiddelen Hospitalisaties (als gevolg van de RA of de behandeling ervan): orthopedische heelkunde, uitgebreide zorg / revalidatiefaciliteiten	Artsenbezoeken Bezoeken aan chiropractici Ambulante heelkunde Spoeddienst Fysiotherapie en gebruik van revalidatiediensten Complementaire en aanvullende geneeskunde Geneesmiddelen Beeldvorming
Persoonlijke kosten	Vervoer Tijd patiënt Tijd zorgverstrekker		
Andere ziektegerelateerde kosten	Dienst voor thuisverzorging Omgevingsaanpassingen Medische apparatuur Niet-medische beoefenaar, alternatieve therapie		Geestelijke gezondheidsdiensten

De berekeningen van de behandelingskosten evalueren meestal de klinische kosten en voordelen van behandelingen. De bredere impact van mensen met MSA die aan het werk blijven of vroegtijdig het werk weer opnemen, omvat de biopsychosociale en economische effecten voor de persoon die aan het werk blijft en de verminderde kosten voor het Ministerie van Volksgezondheid en andere overheidsdiensten. Een bredere, meer gecoördineerde benadering van een analyse van behandelingskosten voor ziekte in het algemeen en meer bepaald MSA kan resulteren in een andere, misschien meer realistische kijk op de raming van de kosten en voordelen van behandelingen.

3.4.2 Onrechtstreekse kosten

Er zijn twee grote soorten onrechtstreekse kosten die meestal worden geregistreerd in verband met een slechte gezondheid van werknemers. Dat zijn: werkverzuim en het zogenaamde 'presenteïsme', nl. het productiviteitsverlies van een werknemer met een ziekte of een handicap, maar die toch aan het werk blijft. Presenteïsme is uiterst moeilijk te meten en er bestaan geen Belgische gegevens over de kosten van presenteïsme; ze worden in individuele studies gevalsmatig berekend. Als gevolg daarvan zijn de meeste ramingen van de onrechtstreekse kosten gebaseerd op gegevens in verband met het verzuim.

In België voert een sociaal secretariaat een jaarlijkse studie over verzuim bij de Belgische bedrijven. Het berekende dat voor 2008 de totale kostprijs van ziekteverzuim 10,35 miljard euro bedroeg. Het raamde de onrechtstreekse kosten van het verzuim op gemiddeld 2,5 keer hoger dan de rechtstreekse kosten (Tabel 3.5).

Tabel 3.5: Rechtstreekse en onrechtstreekse kosten van het werkverzuim in België, 2008

	Ouvriers*	Employé**
Coût direct***	€ 1.317.403.343	€ 1.692.786.499
Coût indirect****	€ 3.293.508.358	€ 4.231.966.247
total	€ 4.610.911.701	€ 5.924.752.746

* *Salairé mensuel brut moyen d'un ouvrier selon les données de l'ONSS et de Banque Nationale : € 2.309*

** *Salairé mensuel brut moyen d'un employé selon les données de l'ONSS et de Banque Nationale : € 3.481*

*** *Inclus : coûts salaire garanti + coût patronal + pro rata prime de fin d'année payés*

**** *Coût indirect = 2,5 x coût direct*

Bron: Securex, 2009

Toch moet er gewezen worden op de enkele beperkingen van de gegevens die werden vergaard over werkverzuim. De registratie van het ziekteverzuim is zelden accuraat. Verschillende bedrijven hebben verschillende manieren om afwezigheden te registreren: soms vullen de werknemers zelf de registers in, soms moeten de managers de afwezigheden optekenen. Bij werkgever-enquêtes moeten de HR-medewerkers de registers over hun eigen organisatie aanvullen op basis van hun eigen gegevens. Elke methode heeft zijn beperkingen: bv. met de zelfingevulde registers kan het gebeuren dat werknemers zich als ziek registreren op dagen waarop ze hoe dan ook niet moesten werken. Bij werkgever-enquêtes worden de antwoorden beperkt door de kwaliteit van de afwezigheidsregisters die de werkgevers bijhouden (bv. werknemers registreren hun afwezigheid niet altijd accuraat of de categorieën van oorzaken worden niet correct ingevuld). Ook werkgever-enquêtes kunnen vertekend zijn. Alleen organisaties met goede methoden voor het meten van afwezigheid zullen snel kunnen antwoorden op de enquête. In alle gevallen zijn de registers en verslagen vatbaar voor afwijkingen. Managers, bijvoorbeeld, hebben de neiging hun eigen afwezigheid in onvoldoende mate aan te geven.

De onrechtstreekse kosten zijn niet alleen gekoppeld aan ziekteverzuim en presentisme, ze houden ook verband met de vroegtijdige uitstap uit arbeid bij mensen met MSA (Dagenais et al., 2008; Alavinia en Burdorf, 2008). In de literatuur bestaan er zeer uiteenlopende cijfers over de vroegtijdige uitstap uit arbeid die schommelen van land tot land, volgens het jaar van de studie en de geïnccludeerde steekproef. Maar in de meeste studies schommelt het percentage tussen 30 en 50 (Lundkvist et al., 2008).

Toch onderschatten deze cijfers de échte kostprijs van aandoeningen zoals MSA. De meeste mensen met MSA worden niet gehandicapt. Inderdaad, er mag dan een relatief hoge achtergrondprevalentie van MSA zijn, de meeste mensen (zelfs die met een gediagnosticeerde aandoening) blijven werken (Waddell en Burton, 2006). Voor rugpijn berekenden Nachemson et al. (2000) dat ongeveer 80 % van de kosten voor gezondheidszorg wordt gegenereerd door de 10% mensen met chronische pijn en handicap. Toch zijn er nog potentieel aanzienlijke kosten gekoppeld aan het productiviteitsverlies wanneer mensen blijven werken hoewel ze pijn hebben of moedeloos worden in afwachting van een interventie of een aanpassing van de werkplek.

Uit Belgisch onderzoek blijkt dat de totale rechtstreekse medische kostprijs van chronische lage rugpijn in België schommelt tussen 81 en 167 miljoen euro. Volgens de literatuur vertegenwoordigen de medische kosten betaald voor de gezondheidsverzekering slechts 10 tot 30 % van de algemene onrechtstreekse kosten voor de patiënt en voor de maatschappij. Daarom kan het totale bedrag voorzichtig worden geraamd op 270 miljoen tot 1,6 miljard euro (Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2006).

Zoals reeds besproken in het vorige hoofdstuk, strekken de onrechtstreekse kosten voor een slechte gezondheid veel verder dan het productiviteitsverlies van het individu; ze impacteren vaak ook de deelname aan arbeid van andere gezinsleden (Pugner et al., 2000). Hoewel informele zorg moeilijk te identificeren, te kwantificeren en te begroten valt (wat door bepaalde mensen als 'informele zorg' wordt beschouwd is 'normaal' voor anderen), raamden Lundkvist et al. (2008) dat voor RA de jaarlijkse kostprijs voor informele zorg in Europa 2.562 euro per patiënt bedraagt. Dit cijfer varieert in grote mate volgens de diensten die worden verstrekt door de gezondheidszorg- en maatschappelijke systemen en de kenmerken van de arbeidsmarkt in elk land.

Wanneer men nog verder gaat in het onderzoeken van arbeidsgebonden onrechtstreekse kosten, moet men rekening houden met aanvullende kosten voor het inhuren van huishoudelijke hulp (Kavanaugh, 2005).

3.4.3 Totale kosten

De kostprijberekeningen voor MSA in het algemeen leveren vrij goede ramingen op van de kosten van de aspecifieke MSA, wetende dat de aspecifieke MSA de grote meerderheid van de gevallen vertegenwoordigen. De berekening van de kosten voor specifieke MSA kampt met dezelfde problemen als MSA in het algemeen bekeken. De meeste studies waarin de economische belasting van RA werd geraamd, hielden kostenramingen in specifiek voor de Amerikaanse bevolking en het Amerikaanse gezondheidssysteem (Cooper, 2000). De kostprijs van AS voor de maatschappij staat minder goed vast (Chorus et al., 2002). Er werd meer onderzoek gedaan over de kosten in de VS, Canada en andere Europese landen, vooral in Nederland, Frankrijk en België. De interlandelijke bevindingen in verband met de percentages van werkongeschiktheid kunnen meestal niet rechtstreeks met elkaar worden vergeleken, omwille van de verschillen in arbeidsvoorwaarden, zoals de duur en de voorwaarden van uitkeringen volgens de ziektewet (Sieper et al., 2002).

Lundkvist et al. (2008) raamden de totale jaarlijkse kostprijs voor de behandeling van patiënten met RA in België op 17.419 euro per patiënt, of 1,21 miljard euro. Dit cijfer kan wel eens oplopen tot 1,74 miljard euro als, zoals sommigen ramen, er 100.000 mensen met RA zijn in België. Deze kosten omvatten de medische kosten, de geneesmiddelenkosten, de niet-medische kosten, de kosten voor informele zorg en andere onrechtstreekse kosten. Deze cijfers zijn per patiënt lichtjes hoger dan die voor andere West-Europese landen, maar verschillen niet tussen de beroepsbevolking en de mensen boven de pensioenleeftijd.

Twee studies (Boonen et al 2002; Ward 2002) berekenden de kosten voor productiviteitsverlies bij patiënten met AS in Nederland, Frankrijk en België. Zowel de frictiekosten (die de productiviteitsverliezen weergeven als gevolg van ziekteverzuim alleen voor de gemiddelde periode van de werkaanbieding) als de kosten in termen van menselijk kapitaal (die de productiviteitsverliezen weergeven voor de hele periode van het ziekteverzuim en de werkongeschiktheid) werden berekend. De gemiddelde jaarlijkse kosten in termen van menselijk kapitaal bedroegen 8.862 euro per patiënt in Nederland, 3.188 euro in Frankrijk en 3.609 euro in België.

De eerder aangegeven beperkingen van de gegevensvergaring wijzen op enkele van de moeilijkheden die men ondervindt om de impact van MSA op de werkgevers en de maatschappij te begroten.

3.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben wij de impact onderzocht van MSA op de zowel lichamelijke als mentale arbeidsgeschiktheid van een persoon als gevolg van de aandoening zelf, en van de ermee verwante effecten, zoals concentratieverlies door de pijn. We bespraken ook de impact die de werkplek kan hebben op MSA, zowel bij het opduiken ervan als tijdens de ontwikkeling van de aandoeningen. Terwijl er vele intrinsieke risicofactoren voor MSA bestaan, is het duidelijk dat de werkplek de werknemers kan blootstellen aan andere, zowel lichamelijke als psychosociale risicofactoren. Enkele van de duidelijk vaststaande werkplekgerelateerde risicofactoren worden al door vele werkgevers erkend en aangepast om de impact ervan, zoals trillingen en werkstationergonomie, te minimaliseren. Toch is er nog geen breed inzicht in de impact van andere werkplekrisicofactoren, zoals de jobkwaliteit.

Om het productiviteitsverlies aan te pakken en om productieve arbeidskrachten te hebben doorheen het hele bereik van de beroepsbevolking (dat een steeds bredere leeftijdsvork omvat) moeten de overheden en de werkgevers samenwerken om ervoor te zorgen dat de mensen fit zijn om te werken. Om deze doelstelling te realiseren is het belangrijk dat alle betrokkenen – werkgevers, clinici, overheden en werknemers – erkennen dat de lichamelijke, psychologische en maatschappelijke factoren die gekoppeld zijn aan arbeid een significante impact hebben op de arbeidsfitheid van een individu.

We hebben ook benadrukt dat het belangrijk is een onderscheid te maken tussen de risicofactoren voor het opduiken van MSA en de risicofactoren voor chronische ziekte en ongeschiktheid. Terwijl de fysieke arbeidsomstandigheden de musculoskeletale symptomen kunnen veroorzaken of verergeren, is de impact of het resultaat voor de individuen (werkverzuim en arbeidsongeschiktheid) sterk gekoppeld aan psychosociale factoren (Waddell en Burton, 2006). Uit gegevens blijkt dat werk de verslechtering van de aandoening kan helpen tegengaan (Breen et al., 2005) en kan helpen bij het herstel van MSA (Feuerstein et al., 2003; Chorus et al., 2003). Dit is niet onbelangrijk voor de ontwikkeling van strategieën en interventies om ervoor te zorgen dat mensen met MSA ten volle kunnen genieten van een productief arbeidsleven.

Het volgende hoofdstuk bespreekt de rol die vroegtijdige interventies kunnen spelen om mensen met MSA aan het werk te houden en snel weer aan het werk te krijgen.

Zoals we reeds eerder zagen, kan de impact van MSA aanzienlijk zijn: zowel voor de mensen die ermee leven, als voor de werkgevers en voor de maatschappij in het algemeen. De impact ervan op de beroepsbevolking heeft recent meer aandacht gekregen. Terwijl op grote schaal wordt toegegeven dat een vroegtijdige interventie een wezenlijk onderdeel is van de aanpak van het opduiken van MSA en van het werkverzuim dat door deze aandoeningen wordt veroorzaakt, blijft er nog een lange weg te gaan voor mensen met MSA de best mogelijke ondersteuning krijgen om aan het werk te blijven en terug aan de slag te gaan. Lang moeten wachten op verzorging, het gebrekkige vermogen van bepaalde werkgevers om met de ziekte om te gaan, het geringe inzicht van de werknemers in de aandoeningen en de aanpak ervan en de gemengde boodschappen over de efficiëntie van verschillende methoden van werkplekinterventies en programma's voor terugkeer naar het werk zijn allemaal barrières die goed en gezond werken voor mensen met MSA in de weg staan.

Dit hoofdstuk bekijkt de soorten interventies die de grootste kans inhouden dat ze werknemers met MSA helpen om aan het werk te blijven, om het werk weer op te nemen, om productief te blijven, om gezondheidsvoordelen te halen uit het werk en om te blijven bijdragen tot de maatschappij.

4.1 De reden voor een vroegtijdige interventie

Ervoor zorgen dat werknemers met MSA snel toegang krijgen tot een aangepaste behandeling en ondersteuning moet een topprioriteit zijn voor werkgevers en voor gezondheidszorgspecialisten. Uit epidemiologische studies van werknemers van wie het werkverzuim wordt veroorzaakt door lage rugpijn is gebleken dat hoe langer de zieke het werk verzuimt, hoe moeilijker het is voor de werknemer om het werk weer op te nemen en hoe hoger de economische kostprijs is (Frank, 1998; Meijer et al., 2006). Er is ook gebleken dat ziekteverzuim een negatieve psychologische impact heeft op werknemers (Meijer et al., 2005). Daarom is een vroegtijdige interventie van cruciaal belang voor het individuele herstel en zelfaanpak, en kan zij het aantal verloren werkdagen en het productiviteitsverlies veroorzaakt door MSA helpen verminderen (hoewel het bewijs over de kostenefficiëntie van specifieke terug-aan-het-werk-programma's inconclusief is).

Onderstaand voorbeeld illustreert een vroegtijdige interventie en revalidatie bij werknemers in de gezondheidssector in België, met een multidisciplinaire aanpak waarbij de nadruk werd gelegd op de fysieke en de psychosociale dimensie.

Casusstudie: een multidisciplinair programma voor rugrevalidatie

Inleiding

In 2005 lanceerde het Fonds voor Beroepsziekten (FOD) een project om rugpijn te helpen aanpakken bij verpleegkundigen zowel in algemene als in geriatrische ziekenhuizen in België. De studie had geen controlegroep.

Hoe ging men te werk?

Er werd een modelinterventie geïmplementeerd voor die verpleegkundigen van wie men dacht dat ze waren blootgesteld aan 'risicofactoren' voor rugpijn in een ziekenhuisomgeving. Het FOD heeft 45 revalidatiecentra over heel België, en die werden gebruikt om preventieve en revalidatieondersteuning te bieden voor mensen met rugpijn.

De doelpopulatie van vrijwilligers werd gekozen uit die verpleegkundigen die routinematig manipulaties deden en patiënten optilden, die het werk hadden verzuimd als gevolg van specifieke lage rugpijn tijdens een periode van min. vier weken en max. drie maanden.

De baselinegegevens over elke vrijwilliger werden vergaard op basis van een vragenlijst bij de aanvang van de modelstudie. De vrijwilligers kwamen in aanmerking voor maximaal 36 lichaamstherapie sessies van telkens twee uur. Dit omvatte psychosociale elementen, waarbij zowel de pijn aanpak als de emotionele component van rugpijn werden onderzocht. Inputs van een opgeleide ergonoom focussten op de fysieke vereisten van het werk.

Welke waren de resultaten?

Tijdens de eerste fase van het werk werden er 102 vrijwilligers gerekruteerd die beantwoordden aan de selectiecriteria. 91 van hen werden gerekruteerd voor de studie, van wie er 83 volwaardig deelnamen aan de interventie. Op het einde van de modelstudie bleven er nog 74 deelnemers over. Bijna 80 % van de deelnemers had het werk weer opgenomen voor de 18de revalidatiesessie en 99 % voor het einde van de 36ste sessie.

De studie wees op een aantal zorgpunten bij de deelnemers, vooral dat de aanmoediging om aan de fysieke oefensessies deel te nemen hun rugpijn nog zou verergeren, en ook enkele problemen met privacy – veel sessies verliepen op de werkplek van de deelnemers zelf. Bleek ook dat veel huisartsen van de deelnemers zich zorgen maakten door hun deelneming aan de studie en dat ze zelf alleen passieve behandelingen hadden voorgeschreven (zoals ontstekingswerende geneesmiddelen). Uit de evaluatie van de modelstudie bleek ook dat veel werkgevers – zelfs in de gezondheidssector – er steevast van overtuigd waren dat werknemers 100 % fit moesten zijn alvorens ze hun werk weer opnamen.

Wat daarna?

In 2007 werd het project uitgebreid naar alle werknemers in België, ongeacht de sector, indien ze blootgesteld waren aan significante rugpijnfactoren. De volgende golf van het project trok 284 vrijwilligers aan, waaronder 71 % vrouwen, nog altijd twee derde uit de gezondheidssector, maar toch ook meer dan 6 % uit de bouwsector.

Ook een werkgever heeft er alle belang bij om vroegtijdig op te treden als hij de kosten voor de gezondheid van de werknemers en voor de productiviteit tijdens het ziekteverzuim wil beperken. Op basis van beschikbare gegevens adviseren Breen et al. (2005) dat werknemers en werkgevers moeten gaan praten en het werk aanpassen binnen de eerste week. Indien de werknemers bezorgd zijn over hun aandoening, moeten zij een gezondheidsspecialist consulteren en na doorverwijzing of diagnose, advies en geplande actie, een stand van zaken opmaken binnen de vier weken.

Maar de tijd dat het duurt om een specialist te raadplegen is een veel gehoorde klacht bij werknemers en werkgevers. Bovendien, aangezien huisartsen voor de meeste mensen met MSA het eerste aanspreekpunt zijn en de ziektebriefjes ondertekenen, vervullen zij een cruciale rol om ervoor te zorgen dat hun patiënten hun aandoeningen kunnen aanpakken en zijn zij de spilfiguur in ofwel de belemmering of de bevordering van de terugkeer naar het werk.

4.2
Het stelsel van
de sociale
zekerheid voor
arbeids-
ongeschikten

Het is duidelijk dat in de meeste lidstaten van de EU, de interventies van het stelsel van de sociale zekerheid een significant verschil kunnen maken voor mensen uit de beroepsbevolking met een langdurige, chronische of arbeidsbelemmerende aandoening.

Het Belgische socialezekerheidssysteem volgt de benadering van Bismarck en is gestoeld op de principes van verzekering en solidariteit. Er worden ook acties ondernomen om de begunstigden een zin voor verantwoordelijkheid bij te brengen – bv. steun om werklozen terug naar de arbeidsmarkt te krijgen. Het systeem heeft drie grote geledingen: een algemeen stelsel (voor werknemers), een stelsel voor zelfstandigen en een stelsel voor ambtenaren. De financiering gebeurt vooral op basis van de socialezekerheidsbijdragen die worden ingehouden op de lonen (70 % van het totaal) en de meeste sociale voorzieningen worden berekend als een percentage van het loon. Er zijn bodem- en plafondgrenzen voor de voorzieningen, wat een verticale dimensie geeft aan de herverdeling. Het beheer van het socialezekerheidssysteem is gebaseerd op de pariteit tussen de sociale partners, maar er bestaat een tendens om op te schuiven naar het driepartijenmodel. Het Belgische socialezekerheidssysteem vervult verschillende functies, vooral het verstrekken van vervangingsinkomens bij het verlies aan loon en het toekennen van inkomenstoelagen voor bepaalde sociale

lasten (aanvullende kosten). Het systeem is opgedeeld in zeven categorieën: rust- en overlevingspensioenen; werkloosheidsuitkeringen; arbeidsongevallenverzekering; arbeidsziekteverzekering; gezinstoelagen; ziekte- en invaliditeitsverzekering; jaarlijkse vakantie (voor arbeiders uit de privésector).

Werknemers in België die arbeidsongeschikt worden verklaard als gevolg van ziekte krijgen een tegemoetkoming. De meeste van die mensen krijgen aanvankelijk een gewaarborgd inkomen dat door de werkgever wordt betaald, meestal gedurende 14 dagen voor arbeiders en 30 dagen voor bedienden. Na die periode krijgen ze een arbeidsongeschiktheidstoelage waarvan het bedrag afhangt van hun vorige loon en van de duur van de arbeidsongeschiktheid. De eerste 30 dagen vertegenwoordigt de toelage 60 % van het vorige inkomen (met een plafondbedrag). Na de 30e dag blijven alleenstaanden en werknemers met mensen ten laste 60 % krijgen, terwijl samenwonende koppels nog slechts 55 % krijgen. Vanaf de eerste dag van de zevende maand wordt er een minimumbedrag uitbetaald dat rekening houdt met de gezinstoestand van de betrokkene. Zelfstandigen die ziek worden krijgen een vast bedrag. Na één jaar krijgt de persoon een invaliditeitspensioen (45-65 % van het loon, met een plafond), dat wordt uitbetaald door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Er bestaat een lijst van aandoeningen die worden erkend als beroepsziekten en die de persoon die erdoor wordt getroffen recht geven op een tegemoetkoming. Mensen met een aandoening die niet voorkomt op de lijst moeten bewijzen dat er een vaststaande en rechtstreekse link is tussen de ziekte en hun werk. Alle werknemers en ambtenaren zijn verzekerd tegen arbeidsziekten, zelfstandigen niet.

Werknemers met langdurige of chronische aandoeningen die tegemoetkomingen krijgen, worden momenteel niet toegelaten te werken zonder hun toelagen te verliezen. Er liggen voorstellen op tafel van Laurette Onkelinx (vicepremier en minister van sociale zaken en volksgezondheid) om deze regel in de loop van 2009 af te schaffen, om België gelijk te schakelen met enkele van de buurlanden (Onkelinx, 2008).

Prevent bestudeerde de mechanismen waarover België beschikt voor jobbehoud en arbeidsre-integratie (Prevent, 2007b) en kwam tot de conclusie dat een van de

belangrijkste problemen in het streven naar arbeidsre-integratie het gegeven is dat de Belgische werknemer meestal alleen verantwoordelijk is voor zijn of haar terugkeer naar de arbeidsmarkt. Hierdoor komen potentieel kwetsbare mensen terecht in een volkomen nieuwe situatie, die een specifiek inzicht vergt in het complexe aanbod van actoren en ondersteuningsmaatregelen die van nut kunnen zijn in het proces van wederaanpassing en re-integratie. Spijtig genoeg is het meestal zo dat de werknemer noch de werkgever (als hij betrokken partij is) weet waar men hulp moet halen of op welke bijstand men recht heeft tijdens het proces van de arbeidsre-integratie. Bovendien komt de vraag om bijstand meestal te laat voor snelle en proactieve re-integratieoplossingen. Vaker wel dan niet heeft het gebrek aan coördinatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij het re-integratieproces geleid tot gemiste kansen, verloren vaardigheden, langdurige werkloosheid en uitsluiting.

4.3 Aandoening- specifieke interventies

Voor mensen met specifieke musculoskeletale aandoeningen is een snelle doorverwijzing naar de juiste specialist voor verder onderzoek en behandeling meestal van vitaal belang. Mensen met MSA kunnen last hebben van verschillende problemen die gekoppeld zijn aan de langdurige zorg, inclusief de lange wachttijden, een gebrek aan een multidisciplinaire aanpak, gebrekkig advies over de aanpak van pijn en een gebrek aan duidelijke geïntegreerde kanalen. Toch bestaan er een aantal aandoeningsspecifieke interventies waarvan is gebleken dat ze efficiënt zijn voor een beter jobbehoud en een betere terugkeer naar het werk.

4.3.1 Reumatoïde artritis

Over het belang van een efficiënte en vroegtijdige behandeling van reumatoïde artritis om gewrichtsbeschadiging en arbeidsongeschiktheid te voorkomen bestaat er geen twijfel (Pugner, 2000). Aangezien men RA momenteel nog niet kan genezen, ligt de nadruk bij de behandeling op de controle van de tekenen en de symptomen, om het de patiënt mogelijk te maken zijn aandoening te beheersen en zijn levenskwaliteit te verbeteren.

De behandelingsopties voor RA-patiënten zijn symptomatische medische behandelingen om de pijn te onderdrukken en medische behandelingen om de ziekte onder controle te houden en het beschadigingsproces in te dijken.

De medische behandelingen voor reumatoïde artritis zijn gericht op het aanpakken van de beschadigingsprocessen in een of ander deel van het gewricht; de werkzaamheid hiervan is in het recent verleden verbeterd. Aangezien het vaststaat dat de functionele vaardigheden van RA-patiënten met de tijd zullen afnemen, is het van vitaal belang dat de patiënten zo snel mogelijk worden behandeld met ziektemodificerende reumaremmers (DMARD) om de symptomen en de ziekteprogressie onder controle te houden (SIGN, 2000). Eén studie concludeerde dat er 73 % kans bestaat op erosieve beschadiging bij patiënten die meer dan een jaar laten voorbijgaan tussen de eerste symptomen en het raadplegen van een reumacentrum (Irvine, 1999 in Luqmani et al., 2006).

Er komen ook alsmaar meer klinische bewijzen dat behandelingen met anti-TNF-geneesmiddelen — die rechtstreeks inwerken op de cellen die de ontsteking veroorzaken — een krachtiger effect kunnen hebben op RA dan DMARD, vooral in termen van verbetering van de levenskwaliteit van de patiënten, van jobretentie en van participatie aan het arbeidsproces (Halpern, 2008).

Toch zijn de medische interventies in de vorm van geneesmiddelen om de ontsteking en ziekteprogressie onder controle te houden en heelkundig ingrijpen om de structurele beschadigingen recht te zetten maar een onderdeel van de zorgaanpak van RA-patiënten. Andere belangrijke aspecten zijn de informatie aan de patiënt, meer zelfbeschikking, praktische zelfhulp om te kunnen omgaan met de symptomen en gespecialiseerde ondersteuning om te leren omgaan met de ziekte en de gevolgen ervan. Een krachtdadige aanpak van RA mag zich niet beperken tot een klinisch team (waaronder huisartsen, adviserende reumatologen, fysiotherapeuten, arbeidstherapeuten, chiropristen, podologen, apothekers, primaire zorgverpleegkundigen en orthopedische chirurgen), maar impliceert ook de participatie van de patiënt en idealiter ook van de werkgever. Ook voor maatschappelijke werkers is er een rol weggelegd. Belgische patiëntenverenigingen zoals CLAIR, Reumanet vervullen een belangrijke rol in de informatie naar de patiënt toe en kunnen hem aanzetten tot zelfbeschikking en zelfmanagement.

4.3.2 Spondylartropathieën

Een snelle doorverwijzing naar specialisten voor een bevestiging van de diagnose en het opstarten van een behandeling zijn ook van essentieel belang voor mensen met

AS en andere reumatische aandoeningen. Aangezien (zoals bij RA) AS niet kan worden genezen, gaat alle aandacht naar de therapeutische interventie die erop gericht is de ontsteking te verminderen, de pijn en de stijfheid te beheersen, de systemische symptomen zoals vermoeidheid te verlichten en de langetermijnprogressie van de ziekte te breken of te vertragen.

De behandelingsopties voor AS-patiënten zijn symptomatische geneeskundige behandelingen (NSAID) om de pijn te verminderen. Het voorschrijven van niet-steroïdale ontstekingsremmers (NSAID) gekoppeld aan een regelmatige fysiotherapie vormt momenteel de basis voor een behandeling van AS. Andere therapeutische opties zijn medische behandelingen met moleculen die rechtstreeks inwerken op de cellen die de ontsteking veroorzaken.

Het is typisch voor AS dat de ziekte relatief jonge mensen treft; daarom kan het risico dat de ziekte de participatie aan de arbeidsmarkt van de betrokkene onderbreekt of afbreekt aanzienlijk groot zijn. Zoals we reeds eerder aangaven, zijn er aanzienlijke klinische, maatschappelijke en economische voordelen om die patiënten zo lang en zo consistent mogelijk aan het werk te houden. Volgens de ernst van hun aandoening kunnen AS-patiënten genieten van werkplekaanpassingen, soepele werkregelingen, oefeningschema's en fysiotherapie (Boonen et al., 2001).

4.3.3 Aspecifieke MSA

De primaire focus van dit verslag bestond erin de interventies en andere factoren te onderzoeken die een impact hebben op het jobbehoud, de participatie aan de arbeidsmarkt en de jobkwaliteit bij mensen met MSA. We zagen er dat het vaststaat dat de fysieke aantasting een barrière kan vormen voor elk van die aspecten, maar dat vele mensen — ook die met een ernstige en chronische handicap — een volwaardige en vervullende job kunnen uitvoeren en dat ook doen. Aangezien rugpijn en de meeste arbeidsgebonden aandoeningen van de bovenste ledematen ziekten zijn die niet kunnen worden genezen, en er maar weinig gegevens voorhanden zijn waaruit blijkt dat preventie mogelijk is, stelt men dat de focus van de behandelingen moet liggen op de terugkeer naar de hoogste of gewenste graad van activiteit en participatie en op de preventie van chronische klachten en recidivering (Burton, 2005; Bekkering, 2003) in plaats van op het wegwerken van de oorzaak van het probleem of de terugkeer naar een normale functie.

Terwijl behandelingen om de symptomen van aspecifieke MSA te vergemakkelijken of te verlichten altijd een prioriteit zullen zijn, is een medische interventie niet noodzakelijk de enige of de beste manier om mensen met aspecifieke MSA te helpen herstellen of hen te helpen om te gaan met hun ziekte. Inderdaad, bij aspecifieke aandoeningen kunnen het herstel van een individu en de kans dat hij het werk weer opneemt negatief worden geïmpacteerd door de overmedicalisering van zijn aandoening. De beperkingen opgelegd door de ziektebriefjes, het wettelijk ziekteverlof en de geformaliseerde terug-aan-het-werk-programma's kunnen het ziektegevoel van de patiënt helpen versterken en de inspanningen van werkgevers in de kiem smoren. Wetende dat psychosociale factoren bepalend zijn voor de chroniciteit en de ongeschiktheid bij mensen met rugpijn, ligt er een sterk argument voor een vernieuwde conceptualisering van deze aandoening en de behandeling ervan, met belangrijke lessen voor andere soorten aspecifieke musculoskeletale pijn (Burton, 2005).

Waddell en Burton (2006) vatten de uitdaging mooi samen in hun werk over arbeidsrevalidatie. Zij stellen dat, daar waar vele aspecifieke MSA geen duidelijk omschreven klinische kenmerken hebben en een hoge graad van prevalentie bij de beroepsbevolking, de meeste episodische problemen zich vanzelf oplossen en de meeste mensen met dergelijke aandoeningen gewoon aan het werk blijven of zeer snel het werk terug opnemen. Zij menen dat een focus op ongeschiktheid alleen geen nut heeft:

*“..de vraag is niet wat ervoor zorgt dat bepaalde mensen een ongeschiktheid op de lange termijn ontwikkelen, maar **waarom bepaalde mensen met gewone gezondheidsproblemen niet herstellen zoals verwacht?** Er bestaat nu een brede consensus over het feit dat biopsychosociale factoren bijdragen tot de ontwikkeling en de instandhouding van chronische pijn en invaliditeit. Zij kunnen, en dat is zeer belangrijk, ook het herstel en de terugkeer naar het werk belemmeren. De re-integratielocatie verschuift dan van het omgaan met de residuële beperking naar de **aanpak van de biopsychosociale hindernissen die het verwachte herstel vertragen of voorkomen.**”*
(Waddell en Burton, 2006, p.7)

Het biopsychosociale model is een toelichtend kader dat oog heeft voor het belang van psychologische en sociale factoren in het bepalen hoe mensen met MSA omgaan met hun aandoening. Het volgende hoofdstuk schetst een kort overzicht van het biopsychosociale model en van de implicaties die het heeft voor de beroepsbevolking.

4.4

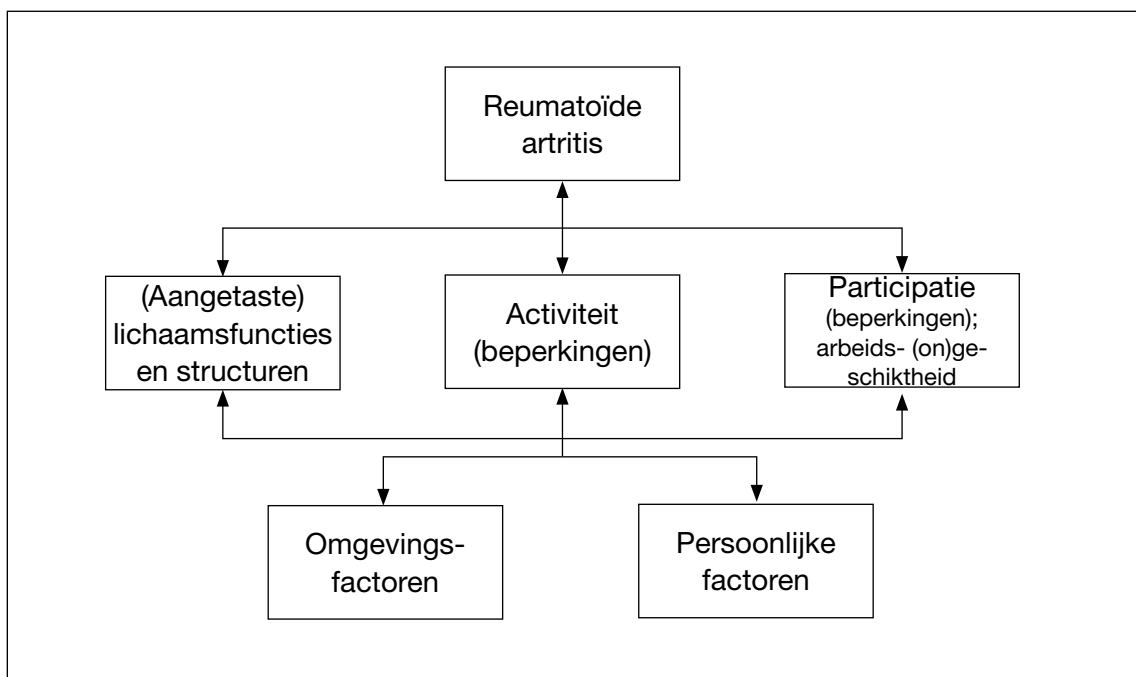
Het biopsychosociale model en arbeid

Het biopsychosociale model is erop gericht dat klinici, arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen en anderen oog hebben voor de interactie tussen het **biologische** (bv. ziekte, aantasting van gewrichten), het **psychologische** (bv. ingesteldheid, angst) en het **sociale** (bv. werkvereisten, gezinsondersteuning). Het is duidelijk dat de psychologische ingesteldheid en het gedrag van een patiënt een significante impact kunnen hebben op de manier waarop een lichamelijke aantasting (zoals rugpijn) door een patiënt wordt beleefd. In bepaalde gevallen loopt de patiënt het risico vast te geraken in een zelfversterkende cyclus van arbeidsongeschiktheid, vertraagd herstel en zelfs depressie indien dramatisering de belangrijkste respons op pijn is. Er zijn natuurlijk veel factoren die iemands aanleg om te dramatiseren beïnvloeden, waaronder de persoonlijkheid, de medische voorgeschiedenis, de niveaus van gezinsondersteuning en de tevredenheid met het werk (Sullivan et al., 1990). Het ligt voor de hand dat de interactie tussen de biologische, de psychologische en de maatschappelijke dimensies een significante impact kan hebben op de ontwikkeling, de progressie en het herstel van een musculoskeletale aandoening.

Sinds het biopsychosociale model in de late jaren 1970 werd gelanceerd, kwamen er steeds meer bewijzen om dat model te ondersteunen. Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat ontevredenheid met het werk een belangrijke predictor kan zijn voor een snelle en geslaagde terugkeer naar het werk (Bigos et al., 1992). Wat de maatschappelijke ondersteuning betreft, hebben studies aangetoond dat functionele beperkingen die zijn toe te schrijven aan MSA een druk kunnen betekenen voor de gezinssystemen en kunnen leiden tot gezinsconflicten wanneer de patiënt er niet in slaagt normale gezinstaken op zich te nemen (Hamberg et al., 1997; MacGregor et al., 2004; Kemler en Furnel, 2002). Anderzijds kan een overbezorgd gezin (of, bij uitbreiding, manager of collega) de passiviteit van een MSA-patiënt in de hand werken en de patiënt aanmoedigen om een slachtofferrol op te nemen (Kerns et al., 1990; Block et al., 1980). De Croon et al. (2004) onderzochten het onderzoek naar arbeidsongeschiktheid bij mensen met RA en kwamen tot de conclusie dat

psychosociale factoren vaak een betere predictor waren voor arbeidsongeschiktheid dan de klassieke biomedische factoren. In onderstaande figuur 4.1 illustreren de auteurs hoe bredere persoonlijke en omgevingsfactoren het toelichtende vermogen verbeteren van de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* in het geval van arbeidsongeschiktheid en RA.

Figuur 4.1: ICF-model toegepast op arbeidsongeschiktheid bij RA



Bron: de Croon et al., 2004

Bepaalde critici van het biopsychosociale model (McLaren, 2006) focussen op dit laatste punt en benadrukken hun bezorgdheid over het feit dat deze aanpak de hulpeloosheid bij bepaalde patiënten zal aanmoedigen of bewerkstelligen of, in andere omstandigheden, patiënten zal doen vervreemden omdat hen werd gezegd dat hun aandoening ‘tussen de oren’ zit. Er moet uiteraard voor gezorgd worden dat klinici en anderen deze risico’s intomen, maar algemeen gezien is de literatuur – en de mening van de deskundigen die aan bod kwam in onze interviews – een sterke voorstander van het biopsychosociale model en de rol die het speelt in het informeren over de aanpak van MSA in zowel een klinisch als een arbeidsgelateerde omgeving (Smyth et al., 1999; Carter et al., 2002). Het vormt inderdaad de basis

van de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* van de Wereldgezondheidsorganisatie en werd op grote schaal aangenomen als gezaghebbend richtsnoer voor arbeidsrevalidatie (WGO, 2001).

Zoals Waddell en Burton (2006) hebben gesteld is het biomedische model erop gericht de symptomen te verlichten, terwijl de klinische aanpak op basis van het biopsychosociale model – vooral in een arbeidsgerelateerde omgeving – erin zou moeten bestaan de symptomen onder controle te houden en de functionaliteit te herstellen. Dit suggereert dat werkgevers bijdragen tot het ‘sociale’ luik van het biopsychosociale model en dat hun maatregelen een verschil kunnen maken in het lot van mensen met MSA.

4.5
De rol van de
werkgevers

4.5.1 Een systematische en gecoördineerde aanpak in de richting van jobretentie en re-integratie

In België delen zowel de werknemers als hun werkgevers de verantwoordelijkheid voor het re-integratieproces (Prevent 2007b). Maar door een gebrek aan concrete referentiepunten en specifieke kennis in deze materie slagen werkgevers er niet goed in jobretentie en de re-integratie van werknemers als een prioriteit in te bedden in hun bedrijfsbeleid. Bovendien vergt de re-integratie van een werknemer telkens een andere aanpak en is het dus moeilijk voor bedrijven om expertise te verwerven op basis van hun eigen ervaring hierin. De ervaring leert dat een gestructureerde aanpak op bedrijfsniveau de meeste kans op welslagen biedt. Inspanningen in termen van gezondheid en veiligheid, jobretentie en re-integratie zijn essentieel voor de toekomst. Een krachtdadig en rationeel personeels- en gezondheids- en veiligheidsbeleid reiken het kader hiervoor aan. Deze geïntegreerde aanpak moet in de toekomst verder worden aangemoedigd. Het concept van ‘disability management’ kan een essentieel instrument zijn in de implementering van deze aanpak.

Onderstaande casusstudie illustreert de introductie van het concept van ‘disability management’ in een Belgische context.

Casusstudie: Intro_DM – re-integratie van werknemers met langdurige gezondheidsproblemen

Terwijl werkgevers, artsen en overheidsagentschappen zich vaak rekenschap geven van de voordelen van arbeid voor mensen met langdurige gezondheidsproblemen, zorgt het gebrek aan coördinatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij het re-integratieproces vaker wel dan niet voor gemiste kansen, verloren vaardigheden, langdurige werkloosheid en sociale exclusie.

Om deze toestand aan te pakken en te verbeteren ontwikkelde het Intro_DM partnership twee nieuwe jobprofielen om de re-integratie op de Belgische werkplek te ondersteunen: de Disability Manager (DM) voor het implementeren en toezien op het disability management-beleid binnen bedrijven, en de Disability Case Manager (DCM) die individuele ondersteuning kan bieden bij het re-integratieproces. Elke 'lead partner' van het partnership heeft al de pertinente ervaring verworven die nodig is om deze nieuwe rollen te ontwikkelen - Prevent, een Belgisch multidisciplinair instituut gericht op de preventie van beroepsrisico's door de bevordering van de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden en de verbetering van de arbeidsorganisatie, is gespecialiseerd in het aanreiken van ondersteuning, advies en informatie voor bedrijven, instellingen en andere maatschappelijke actoren. UCBO-Universiteit Gent is een centrum voor beroepstraining en coaching voor mensen met beperkingen; het centrum heeft een uitgebreide ervaring in het begeleiden van individuen in het integratieproces via individuele coaching en training.

4.5.2 Het inzicht in de aandoeningen en de aanpak ervan

De Belgische Werkgeversvereniging erkent dat veel werkgevers zich nog altijd geen rekenschap geven van de aard van MSA, zowel in termen van de onmiddellijke impact op het functionele vermogen op het werk als, daar waar het pertinent is, in de uitingen en de progressie van deze aandoeningen. Werknemers met RA of SpA bijvoorbeeld kunnen periodieke 'opstoten' van de ontsteking en ernstige pijn lijden, gevolgd door vermoeidheid en een mogelijke depressieve stemming. Tenzij de werkgevers er zich bewust van zijn dat die symptomen te verwachten of 'kenmerkend' zijn, bestaat de kans dat ze zich onbehulpzaam of overbeschermend opstellen ten aanzien van de

terugkeer naar het werk. Uit onderzoek dat Prevent in België verrichtte (Prevent, 2007a), blijkt echter dat de werkgevers maar weinig inzicht in en kennis van de re-integratie en readaptatie hebben.

En de boodschap over handmatig manipuleren en arbeidsaanpassing mag dan bij vele werkgevers zijn doorgedrongen, toch moet nog het besef groeien dat werkverzuim en zelfs aangepaste werkvereisten contraproductief kunnen zijn. De gewoonten veranderen en meer bewustzijn creëren over de aanpak van MSA is een belangrijk facet van het verminderen van de belasting ervan voor zowel de werkgevers als de maatschappij. Maar niet alleen werkgevers moeten meer weten over MSA en de behandeling ervan. Een van de meest persistente (en pernicieuze) mythen over rugpijn, is bijvoorbeeld dat bedrust de beste oplossing zou zijn. Campagnes rond de promotie van gezondheid hebben de boodschap duidelijk gemaakt dat pijn ervaren niet meteen moet betekenen dat de ziekte verergert of dat actief zijn slecht is voor de patiënt (Buchbinder et al., 2001). Dit bewijst dat met voldoende inzet en investering van overheidsorganen, campagnes van deze omvang een impact kunnen hebben op de manier waarop het publiek MSA percipieert.

4.5.3 Interventie en aanpassing van de arbeidsvereisten

Het is niet alleen bewezen dat werk goed is voor de patiënt, terugkeren naar een aangepaste werkplek kan het herstel bevorderen (Feuerstein et al., 2003). Bij specialisten in arbeidsgezondheid is het gebruik van arbeidsrehabilitatie al lange tijd een aanvaard mechanisme om ervoor te zorgen dat individuen met een ziekte, een letsel of een handicap kunnen terugkeren naar het werk (ook al was het om een aangepast werk uit te voeren) zodra en zo lang als mogelijk. Ze maken er zich zorgen over dat rehabilitatie niet goed ingebed is in de reguliere klinische praktijk en dat een terugkeer naar het werk niet door voldoende clinici wordt aanzien als een waardevol resultaat voor de patiënt (Frank en Chamberlain, 2006). Het is ook belangrijk te benadrukken dat arbeidsrehabilitatie niet het voorrecht is van professionals. In de praktijk is efficiënt management even belangrijk, of zelfs belangrijker, dan formele rehabilitatie.

Maar werkgevers, als ze al over dergelijke zaken nadenken, denken altijd aan de fysieke jobvereisten die moeten worden voldaan door een werknemer met een MSA.

Het biopsychosociale model vraagt dat men ook rekening houdt met de mentale vereisten van een job als onderdeel van het terug aan de slag gaan. Het wordt alsnog duidelijker dat het aanpassen van een hele waaier van jobvereisten een succesvolle drijfveer kan zijn voor de heropname van de job bij een groot deel van de mensen met MSA (Schultz et al., 2007; de Croon et al., 2004; Feuerstein et al., 2004; Chorus et al., 2001). Het succes waarmee zowel de werknemer als de werkgever het proces van de jobheraanpassing kunnen beheren tijdens de terugkeer naar het werk kan ook afhangen van de overtuiging die beiden hebben over de mate waarin het werk zelf (of minstens een deel ervan) veroorzaakt is door of gerelateerd is aan de ongeschiktheid.

Uit onderzoek dat werd gevoerd door Prevent (Prevent, 2001) en casusstudies met werkgevers omvatte, bleek dat de werkgevers aanvankelijk meestal positief staan tegenover het principe van de re-integratie na een arbeidsongeval, maar dat er tijdens de implementering van de re-integratie-interventies vaak weerstand groeit. Dit is vaak toe te schrijven aan een gebrek aan informatie, gespecialiseerde ondersteuning en contact met de verschillende, eventueel betrokken partijen, en het uitblijven van een concreet en systematisch beleid rond re-integratie. Blijkt ook dat een vroegtijdige interventie met het oog op re-integratie alleen werkzaam is wanneer de werkplek verantwoordelijkheid opneemt. De werkgever is vaak de eerste die zich bewust is van het probleem van het verlies van belangrijke werknemers en hun vaardigheden, en dit probleem kan managers helpen focussen op de behoefte aan interventie.

Er zijn verschillende soorten werkgebaseerde interventies om mensen met MSA bij te staan, gaande van ergonomische aanpassingen tot het aanbieden van toegang tot fysiotherapie, van de aanpassing van werkprogramma's tot cognitieve gedragstherapie, of een mix van verschillende strategieën. De bewijzen van het succes van deze interventies om specifieke MSA aan te pakken zijn gemengd (Meijer et al., 2005).¹ Uit een systematisch onderzoek van multidisciplinaire behandelingen van patiënten met lage rugpijn is bijvoorbeeld gebleken dat terwijl de behandeling de functionaliteit verbeterde en de pijn verminderde, men niet kan aantonen dat dit was gekoppeld aan werknemers die vroegtijdiger het werk hervatten dan mensen die deze niet hadden gekregen (Guzman, 2001). Terwijl biomechanische of ergonomische factoren kunnen gerelateerd zijn aan het ontstaan van rugpijn, zijn er

¹ Backman, 2004 vond maar zes studies voor de periode 1980 tot 2001

maar weinig bewijzen voorhanden dat interventies gebaseerd op deze beginselen het heropduiken ervan of de progressie naar een chronisch verloop zullen voorkomen (Burton, 1997). Inderdaad, het is virtueel onmogelijk gebleken uit te maken of een bepaalde behandeling significant werkzamer is dan een andere (Ekberg, 1995). Zelfs voor specifieke aandoeningen zoals RA, is het bewijs voor de efficiëntie van arbeidsrehabilitatie mager (Backman, 2004).¹

Toch bestaat er een brede consensus over de principes voor de aanpak van aspecifieke MSA, vooral rugpijn, die zijn samengevat in Kader 1. Dit omvat advies en een aantal relatief eenvoudige maatregelen die werknemers en werkgevers moeten volgen om te kunnen omgaan met rugpijn.

Kader 1: Beginselen voor de aanpak van aspecifieke MSA

- voor rugpijn moet er vroegtijdige behandeling worden gezocht
- de meeste gevallen van rugpijn zijn niet toe te schrijven aan een ernstige aandoening
- gewone rugpijn moet worden behandeld met klassieke pijnstillers en mobilisatie
- het is belangrijk actief te blijven, zowel om rugpijn te behandelen als om die te voorkomen
- snel weer aan het werk gaan helpt chronische rugpijn voorkomen
- neem een correcte houding aan tijdens het werk
- alle werkplekapparatuur zou regelbaar moeten zijn
- neem pauzes bij het uitvoeren van repetitieve of langdurige opdrachten of houdingen
- vermijd het manipuleren van lasten en gebruik, indien mogelijk, hefapparaten
- werknemers moeten duidelijke informatie krijgen over rugpijn
- er moet een gezondheids- en veiligheidsbeleid worden geïmplementeerd dat alle aspecten van het dagelijkse werk omhelst; dat beleid moet regelmatig worden herzien.

Bron: Health and Safety Executive (1999)

Dat betekent dat werkgevers verder moeten denken dan hun wettelijk denkpatroon in de aanpak van de risico's voor gezondheid en veiligheid en dat zij moeten erkennen dat het beheer van ziekteverzuim, efficiënte programma's voor de terugkeer naar het werk en rehabilitatie de basisprincipes vormen voor een efficiënt beheer (Waddell

en Burton, 2006). Veel hangt af van het toenemende bewustzijn over hoe men de symptomen van MSA moet aanpakken bij werknemers en hun managers, en hoe ervoor wordt gezorgd dat laatstgenoemden de vaardigheden en het vertrouwen hebben om de werknemers in hun werk te ondersteunen.

4.5.4 Line managers

Het is duidelijk dat line managers een cruciale rol spelen in de vroegtijdige interventie, zowel voor jobretentie als voor rehabilitatie. Maar veel line managers zijn gebrekkig uitgerust om langdurige afwezigheid en ongeschiktheid aan te pakken. Soms vinden ze de aspecten van mentale slechte gezondheid of chronische ongeschiktheid moeilijk om mee om te gaan en lastig om over te praten en vinden ze het moeilijk om vragen te stellen over de informatie op de ziektebriefjes van de huisarts, om de werknemer thuis te bezoeken of te contacteren uit vrees te worden beschuldigd van pesterijen of de wet te overtreden en zichzelf en het bedrijf in een moeilijk parket te brengen. Ze weten ook niet veel over of voelen zich niet goed bij de idee van rehabilitatie. Hoewel de werkgever op basis van antidiscriminatie een 'redelijke accommodatie' moet verstrekken voor werknemers met langdurige ziekte of letsels, vinden de meeste line managers het moeilijk, irriterend en tijdrovend om de jobs aan te passen.

Wetende dat MSA het meest voorkomende arbeidsgebonden gezondheidsprobleem is en hoe belangrijk de psychosociale factoren zijn in het bepalen of een werknemer zijn job blijft doen dan wel zo snel mogelijk terugkeert, moeten de managers de vaardigheden hebben om te kunnen omgaan met personeelsleden met MSA, of de kosten voor hun bedrijf zullen hoog oplopen, vooral voor kleine en middelgrote bedrijven. Kleine werkgevers hebben ook problemen met werknemers met MSA, omdat hun werkverzuim een grotere impact kan hebben op de klantendienst, de productiviteit en de business performance.

4.5.5 Een betere dialoog tussen werkgevers en clinici

Veel van de uitdagingen die gerelateerd zijn aan de terugkeer naar het werk en waaraan werknemers met MSA het hoofd moeten bieden kunnen verbeterd worden dankzij een hoger niveau van wederzijds begrip tussen werkgevers en clinici. Zoals reeds eerder aangegeven vinden vele werkgevers de klinische appreciatie van de meeste MSA te karig. Vele huisartsen hebben dan weer weinig of geen voeling met de arbeidsgerelateerde aspecten van vele MSA. Geneeskundestudenten in België

spenderen maar een hele kleine fractie van hun studietijd aan arbeidsgezondheid, terwijl de musculoskeletale opleiding van huisartsen te mager is bevonden (Akesson et al., 2003). Vele huisartsen beslissen over het al dan niet terugkeren naar de werkvloer zonder een duidelijk inzicht te hebben in de jobvereisten, in de mate waarin de job kan worden aangepast of in de vraag of een snelle en adequate terugkeer naar het werk positieve psychologische (en economische) voordelen kan hebben. Zonder dit inzicht in de specifieke taken die de werknemers moeten vervullen en de aanpasbaarheid ervan, kunnen huisartsen ertoe geneigd zijn te denken dat een terugkeer naar het werk de aandoening kan verergeren, tenzij het individu voor de volle 100% fit is.

De werkgevers van hun kant zullen een ziektebriefje van de huisarts zelden in vraag stellen of een tweede opinie vragen over de mogelijkheid van een gunstige terugkeer naar het werk van een patiënt. Het gevolg van dit wederzijdse gebrek aan begrip en het daaruit resulterende dovemansgesprek kan er vaak voor zorgen dat de MSA-patiënt ergens in het midden strandt, zonder een duidelijk uitzicht op een terugkeer naar het werk en, wat belangrijker is, zonder een stem in het kapittel. Een proactieve, inclusieve, multidisciplinaire, op de geschiktheid gefocuste aanpak met het oog op arbeidsrehabilitatie, op basis van het biopsychosociale model en aangereikt via case management wordt op grote schaal beschouwd als de meest verlichte en efficiënte aanpak van de meerderheid van de arbeidsgebonden gevallen van MSA. Vrij vaak zullen zowel de werkgevers en de huisartsen focussen op de aspecten van de job die een MSA-patiënt niet courant kan uitvoeren, eerder dan op wat hij of zij wel kan doen.

Een van de aantrekkelijke aspecten van het biopsychosociale model is dat het een brug slaat tussen de drie kernelementen van de ervaring van MSA-patiënten en de aanpak van hun aandoening. Het reikt een globaal kader aan waarmee men de diagnose en de behandeling van een heel gamma van MSA kan bekijken, vooral in die gevallen waar het voor het individu belangrijk is zijn werk te behouden of snel zijn werk weer op te nemen.

4.6 Samenvatting

Dit hoofdstuk heeft de nadruk gelegd op het belang van een vroegtijdige interventie, vooral ten behoeve van de gezondheid van mensen met MSA, maar ook van de noodzaak dat zij productieve leden van de beroepsbevolking blijven. Het bewijst echter ook dat de interventie idealiter zou moeten beginnen nog voor de mensen die

last hebben van musculoskeletale pijn hun huisarts raadplegen en verder strekken dan de ondertekening van een ziektebriefje. Het biopsychosociale model illustreert duidelijk de behoefte aan een breder inzicht in de factoren die bijdragen tot de ontwikkeling van specifieke MSA, rekening houdend met zowel individuele als psychologische factoren en met het maatschappelijke milieu waarin de individuen leven en waarin het werk een belangrijke rol speelt. Om dit te realiseren moeten de werkgevers, de werknemers en de medici efficiënter met elkaar praten. Een heuse uitdaging en vandaag ongetwijfeld geen alledaagse praktijk, maar de kosten voor het niet-aanpakken van dit probleem worden in het volgende hoofdstuk gedetailleerd behandeld.

Werken is goed voor de gezondheid, dat lijdt geen enkele twijfel (Coats en Max, 2005; Waddell en Burton, 2006). Werken zorgt voor een inkomen, genereert een maatschappelijk kapitaal en geeft invulling aan de zin van het leven. Ook wanneer men zich minder goed voelt of een letsel heeft, is aan het werk blijven – tot een bepaalde graad – vaak beter voor het herstel dan lange tijd het werk verzuimen. Als de Belgische beroepsbevolking productief en competitief wil zijn in een gemondialiseerde economie en als de kwaliteit van het leven op het werk moet worden verbeterd, is het van groot belang dat een groot deel van de beroepsbevolking, in de mate van het mogelijke, fit is om te werken.

Het cijfermateriaal dat in dit rapport aan bod komt, illustreert dat een groot deel (ongeveer één of vijf) van de mensen in de Belgische beroepsbevolking rechtstreeks aangetast is of zal zijn door musculoskeletale aandoeningen (MSA). Dit kan zeer ingrijpende maatschappelijke en economische gevolgen hebben voor de individuen en hun gezinnen, het kan de productiecapaciteit van de totale beroepsbevolking en delen van de Belgische industrie verlammen en zware gevolgen hebben voor de inkomsten van zowel de gezondheidszorg als het stelsel van de tegemoetkomingen.

Zoals in vele landen is er een teleurstellend gebrek aan klinische, epidemiologische, psychologische en economische informatie over de aard, de reikwijdte en de gevolgen van het MSA-probleem in België, maar we weten genoeg om te kunnen concluderen dat MSA de komende jaren een toenemend deel van de beroepsbevolking zal treffen. Toch blijven een coherent en gecoördineerd denkpatroon en optreden uit bij de overheden, de klinici en de werkgevers om **de MSA-patiënt te benaderen als werknemer**. Terwijl het aantal aanhangers van het biopsychosociale model, toegepast op alle MSA, toeneemt, hebben we vastgesteld dat een aantal ervan, die de grootste impact kunnen hebben op de invulling van de deelneming aan de arbeidsmarkt van mensen met MSA, de grondbeginselen ervan nog moeten inbedden in de volle mate die zij verdienen.

The Work Foundation heeft een aantal aanbevelingen voor de verschillende partijen die bij deze materie betrokken zijn. Het is onze bedoeling enkele van de belangrijke actoren aan te moedigen om in te zien dat er meer kan worden gedaan om ervoor te zorgen dat een aanhoudende actieve participatie aan de arbeidsmarkt bijna altijd een sterk positieve kracht is voor de gezondheid, de zelfrealisatie en de welvaart.

- **Bewustmaking en opleiding bij managers** waarbij gezondheid en welzijn als component worden opgenomen. Managers staan in de frontlinie als het gaat over werkverzuim en ze zijn goed geplaatst om de vroegtijdige alarmsignalen van een probleem op te vangen en om werknemers te helpen rehabiliteren na een periode van ziekteverzuim. Ondanks de aandacht die ‘stress’ momenteel krijgt, moeten de managers in de Belgische bedrijven er zich rekenschap van geven dat MSA nog een groter probleem kan vormen voor hun personeel en voor het hele bedrijf.
- **Creatieve jobaanpassingen** zullen de rehabilitatie helpen. Managers kunnen de manieren waarop het werk wordt georganiseerd veranderen (inclusief eenvoudige veranderingen aan het werkschema) om te helpen voorkomen dat de MSA verergeren en om mensen met MSA te helpen het werk weer op te nemen. Ze moeten dit doen op een manier die de jobkwaliteit in stand houdt, overmatige en schadeberokkenende jobvereisten vermijdt en rekening houdt met goede ergonomische praktijken.
- **Bevraging van huisartsen.** Als ziektebriefjes van huisartsen onvoldoende duidelijk zijn over de aard van het gezondheidsprobleem van een werknemer en over de impact ervan op zijn of haar werkbekwaamheid, zou de werkgever de huisarts moeten vragen naar meer uitleg, al was het maar om te weten welke taken de werknemer wel nog kan uitvoeren en wat er kan worden gedaan om hem of haar terug aan het werk te zetten.
- **Vroegtijdige interventie.** Hoe vroeger de werkgever intervenueert, hoe beter omdat voorzichtigheid en uitstel de zaken alleen verslechteren. Zolang ze zich meelevend opstellen en beslissingen nemen op basis van bewijzen en meningen van deskundigen, kan een vroegtijdige interventie niet worden geïnterpreteerd als intimidatie en kan dit vaak het herstel of de rehabilitatie bevorderen.
- **Gebruik van het advies in arbeidsgeneeskunde.** Arbeidsrehabilitatie, zorgvuldig georganiseerd en op maat van het individu, kan het echte verschil maken in de terugkeer naar het werk, de productiviteit, de mentale veerkracht en de duurzaamheid van de prestatie. Specialisten in arbeidsgeneeskunde moeten zo snel mogelijk worden geïncorporeerd in de aanpak.
- **Verder gaan dan de wettelijke verplichtingen.** Probeer een mentaliteit van ‘risicobeheer’ te vermijden in de omgang met een werknemer met MSA; dit

kan vaak leiden tot uitstel en dubbelzinnigheid. In bijna alle gevallen is een werknemer beter af op het werk.

- **Gebruik het biopsychosociale kader.** Nadenken over de lichamelijke symptomen van MSA zonder rekening te houden met de psychologische en sociale dimensies kan betekenen dat de arbeidsgebonden *oorzaken* van een MSA of de arbeidsgebonden *voordelen* van een rehabilitatie worden onderschat.
- **Focus op vermogen, niet op onvermogen.** Werkgevers kunnen ook dramatiseren! De meeste werkkrachten met MSA zijn in staat een aanzienlijke bijdrage te leveren aan het werk, als hen dat wordt gegund. Zij moeten niet 100 % fit zijn voor ze het werk weer opnemen – met wat zijstappen in het denkwerk kunnen managers nuttig werk aanreiken dat de betrokkenen ondersteunt in hun terugkeer naar een volwaardig productiviteitsvermogen.

5.2 Aanbevelingen voor de werknemers

- **Focus op vermogen, niet op onvermogen.** Het is een natuurlijke reactie om zich angstig of zelfs schuldig te voelen over onderdelen van het werk die men maar moeilijk kan uitvoeren omwille van MSA. Maar toch kunt u in grote mate bijdragen en moet u uw troeven uitspelen. Uw gespecialiseerde kennis en ervaring verdwijnen niet omdat u last hebt van pijn, ongemakken of mobiliteitsproblemen. U kan op vele manieren blijven bijdragen. Overleg met uw managers en collega's om uit te zoeken op welke manier u uw impact op het werk kunt maximaliseren, binnen de beperkingen van uw aandoening. Wees open met hen en zij zullen wellicht beter reageren.
- **Praat er vroeg over.** Uw line manager, ongeacht wat hij of zij u misschien zal vertellen, kan uw gedachten niet lezen. Als uw MSA problemen oplevert of als u een periode voorziet waarin uw arbeidsschema zal moeten aangepast worden, praat erover met uw manager zodat u beiden kunt plannen wat u eraan kunt doen. Hoe vroeger hoe beter, want managers houden niet van verrassingen van het laatste ogenblik; als ze op tijd worden geïnformeerd kunnen ze meestal een oplossing vinden voor het probleem dat zich stelt. Misschien vindt u het ook nuttig om te praten met een vakbondsafgevaardigde, met uw personeelsdirecteur of met iemand uit de arbeidsgeneeskunde. Stel het niet uit.
- **Neem een actieve rol op in de aanpak van uw aandoening.** Soms zal uw MSA u naar beneden halen en ondervindt u dat de ziekte uw leven beheerst,

op het werk en thuis. Maar u hoeft de pijn of de immobiliteit niet als een passief slachtoffer te ondergaan. Probeer meer te weten te komen over uw ziekte, probeer de patronen te vinden in de pijn of de vermoeidheid en leer hoe u de impact ervan op uw lichaam en uw geest kunt minimaliseren. Dit kan soms lastig zijn, maar volhouden is belangrijk: mensen die een actieve rol spelen in de aanpak van hun ziekte keren meestal sneller naar het werk terug.

- **Ken uw rechten.** Als patiënt én als werknemer moet u weten op welke ondersteuning en welk advies u recht hebt. Bent u lid van een vakbond, dan kunnen zij u aardig op weg helpen. Zie bv. www.emploi.belgique.be/DeAaZ.aspx
- **De rol van het gezin in jobretentie en rehabilitatie.** Uw familie en vrienden zijn een belangrijke bron van ondersteuning. Misschien weten zij niet dat aan de slag blijven of weer aan het werk gaan mogelijk of zelfs wenselijk is. U moet hen helpen om u aan te zetten om weer aan te werk te gaan. Zelfs kleine aanpassingen aan het werkschema of aan het vervoer naar en van het werk kunnen een wereld van verschil maken.
- **Identificeer de gevallen waar jobretentie of een vroegtijdige terugkeer naar het werk goed is voor de patiënt.** Het is al te gemakkelijk om aan te nemen dat werk ondubbelzinnig slecht is voor de patiënt, vooral als u vermoedt dat een aantal aspecten van die arbeid de symptomen erger maken. Het is belangrijk te overwegen of, met enkele aanpassingen die u kunt aanbevelen, aan de slag blijven in een lichtere taak of met aangepaste werkuren geen betere optie kan zijn dan een lange periode van werkverzuim.
- **Denk verder dan de lichamelijke symptomen.** Maak ruimte voor de mogelijkheden van het biopsychosociale model en denk aan de beperkingen van het biomedische model in uw diagnose van de patiënt en — wat zeer belangrijk is — aan de rol die de job kan spelen om uw patiënt actief te houden en zijn isolement te vermijden. Als huisarts bent u bijzonder goed geplaatst om de vroege tekenen van MSA op te sporen. Daar waar nodig zou u de patiënten zo snel mogelijk moeten doorverwijzen naar gespecialiseerde teams, zodat de aandoening door hen kan worden aangepakt.
- **Vermijd dramatisering.** Een patiënt kan een zeer negatief beeld koesteren over de impact en de mogelijke progressie van zijn of haar aandoening

wanneer de betrokken clinici eerder focussen op wat ze niet kunnen dan op wat ze wel kunnen.

- **Moedig self-management aan.** Probeer ervoor te zorgen dat de patiënt strategieën kan aanwenden om bepaalde aspecten van zijn aandoening zelf te managen, vooral wanneer hij of zij aan het werk blijft of het werk weer opneemt. Een gevoel van zelfbeschikking en controle helpt de moed hoog houden en zorgt ervoor dat ze enkele belangrijke aspecten van hun arbeidsongeschiktheid op het werk de baas kunnen.
- **Een vroegtijdige interventie.** Het is overduidelijk dat lange perioden van werkverzuim meestal slecht zijn voor MSA-patiënten. Hoe langer ze weg blijven van de werkplek, hoe moeilijker het wordt om terug te keren. Vroeg ingrijpen, bij voorkeur in overleg met de patiënt en de werkgever, kan een evenwicht helpen bereiken tussen de individuele nood aan rust en de behoefte aan arbeid.
- **Denk verder dan de lichamelijke symptomen.** Het is zeer belangrijk dat men ervoor zorgt dat werkgevers, werknemers en huisartsen er zich ten volle rekenschap van geven op welke manier dit multifactorieel perspectief kan bijdragen tot een constructieve, actieve, participatieve en duurzame rehabilitatie. Moduleer uw interventies en uw advies rond de drie krachtlijnen van het biopsychosociale model en help werkgevers in te zien hoe kleine aanpassingen aan de werkplek kunnen resulteren in veel meer voordelen dan gewoon de antidiscriminatiewetgeving toepassen.
- **Vroegtijdige interventie.** Beter dan wie ook begrijpen professionals in arbeidsgeneeskunde de voordelen van een vroegtijdige interventie bij MSA. Ze moeten een proactieve rol spelen in het mediëren tussen werkgever en werknemer, of tussen de werkgever en de huisarts, om ervoor te zorgen dat de patiënt het werk weer kan opnemen als een positief onderdeel van de manier waarop hij leert omgaan met zijn aandoening en zijn zin voor eigenwaarde en zelfrespect in stand houdt.
- **Moedig self-management aan.** Door samen te werken met de werknemer, zijn collega's en manager, kan men het individu helpen om strategieën uit te werken om de eigen aandoening aan te pakken. Dit zal hen helpen bij het maken van de eigen beslissing over de werkaanpassingen.
- **Ondersteun de managers met interventies in termen van jobaanpassing.** Werkaanpassingen doorvoeren in het kader van de antidiscriminatiewetgeving

5.4

Aanbevelingen voor de specialisten in arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

wordt vaak door de managers gezien als een manier om de wet te respecteren. Door managers te helpen om de jobaanpassing op een meer constructieve manier aan te pakken om in te spelen op de noden van een patiënt/werknemer met MSA en op de veranderende noden van klanten kunnen zij oog krijgen voor de bedrijfsmatige voordelen van meer flexibele werkschema's

5.5

Aanbevelingen voor de overheid

- Houd terdege rekening met het vaststaande feit dat **het percentage van de Belgische beroepsbevolking met MSA in de eerstvolgende decennia zal toenemen.**
- **Herzie de definities van MSA in de huidige classificatie van beroepsziekten en kijk verder dan de huidige enge benadering.** Weet dat vele MSA en andere chronische aandoeningen (zoals reumatische aandoeningen, multiple sclerose) niet worden veroorzaakt door het werk, maar de participatie aan arbeid kunnen afremmen.
- **De toegang tot klinische expertise moet verbeteren.** Door het duidelijke tekort aan adviserende reumatologen kan de beroepsbevolking niet altijd toegang krijgen tot vroegtijdige interventies die ervoor helpen zorgen dat ze hun job kunnen behouden. De overheid zou op dezelfde manier wat arbeidsplanning moeten invoeren in de medische beroepsbevolking als ze over voldoende klinische medewerkers wil beschikken (bv. fysiotherapeuten) om het hoofd te bieden aan de voorziene toename van MSA naarmate de bevolking, en ook de beroepsbevolking, ouder wordt.
- **Help de huisartsen om efficiënter te zijn in de aanpak van beroepsgerelateerde gezondheidsproblemen.** Dit impliceert de voortgezette opleiding van huisartsen door postgraduate medische opleiding en training. Wij menen inderdaad dat een medische opleiding op alle niveaus, van student tot en met naschoolse bijscholing, moet worden uitgebreid tot de problemen van gezondheid en werk, vooral als men ervan uitgaat dat de gezondheid van de beroepsbevolking zal achteruitgaan.
- **Voorstellen formuleren om het bestaande systeem van ziektebriefjes te vervangen** door het Britse systeem van de 'Fit Note' dat huisartsen ertoe aanzet aan te geven wat een werknemer wel nog kan verrichten. Dit zou andere gezondheidsprofessionals en ook de werkgevers kunnen helpen bij het plannen van de terugkeer naar het werk en het bewerkstelligen van de adequate jobaanpassingen en/of een aangepaste uurregeling.

- **Een fenomeen aanpakken dat niet wordt gemeten is moeilijk en kan leiden tot de verkeerde inzet van inspanningen en hulpmiddelen.** De kwaliteit van de Belgische gegevens over de gezondheid van de beroepsbevolking is variabel. Het is nagenoeg onbegonnen werk om een accuraat en volwaardig beeld te schetsen van de niveaus van werkverzuim, de arbeidsgebonden ongeschiktheid en de oorzaken ervan en van het niveau van de geestelijke ziekten bij de beroepsbevolking. Dit is een ernstige hinderpaal voor zowel een empirisch onderbouwde beleidsvorming en een pragmatische inzet van expertise en hulpmiddelen.

- Akesson, K., Dreinhofer, K. & Woolf, A.D. (2003). Improved education in musculoskeletal disorders is necessary for all doctors, **Bulletin of the World Health Organisation**, **81**, 677-683
- Akkoc, N. (2008). Are spondyloarthropaties as common as rheumatoid arthritis worldwide? A review. **Current Rheumatology Reports**, **10**, 371-378
- Alavinia, S.M. & Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, **82**, 39-45
- Armstrong, K. (2006), **Life After Rover**, The Work Foundation
- Backman, C.L. (2004). Employment and work disability in rheumatoid arthritis. **Current Opinion in Rheumatology**, **16**, 148-152
- Bekkering, G., Henriks, H., Koes, B., Oostendorp, R., Ostelo, R., Thomassen, J. & Van Tulder, M. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain, **Physiotherapy** **89**(2)
- Belgian Health Care Knowledge Centre, 2006. **Chronic low back pain**. Available at: http://www.kce.fgov.be/index_en.aspx?SGREF=5220&CREF=8814
- Bigos, S.J., Battie, M.C. & Spengler, D.M. (1992). A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting, **Clinical Orthopaedic Related Research**, **279**, 21-34
- Block, A.R., Kremer, E. F& Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behaviour. **Pain**, **9** (2), 243-252
- Boonen, A., Chorus, A., Miedema, H., van der Heijde, Landewé, D. R., Schouten, H., van der Tempel & Van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis, **Annals of Rheumatic Diseases**, **60**, 1033-1039
- Boonen, A., van der Heijde, D. & Landewe, R. (2002). Work status and productivity costs due to ankylosing spondylitis: comparison of three European countries. **Annals of Rheumatic Diseases**, **61**: pp 429-37
- Boonen, A., van der Heijde, S., Landewé, S., Guillemin, F., Rutten-van Mólken, M., Dougados, M., Mielants, H., de Vlam, K., van der Tempel, H., Boesen, S., Spoorenberg, A., Schouten, H. & van der Linden, S. (2003). Direct costs of ankylosing spondylitis and its determinants: an analysis among three European countries, **Annals of Rheumatic Diseases**, **62**;732-740
- Breen, A., Langworthy, J. & Bagust, J. (2005). Improved early pain management for musculoskeletal disorders. **HSE Research report, 399** London: Health and Safety Executive
- Brinkley, I. (2006). **Defining the Knowledge Economy**, The Work Foundation
- Brinkley, I., Clayton, N., Coats, D., Hutton, W. & Overell, S. (2008). **Hard Labour: Jobs, Unemployment and the Recession**, The Work Foundation
- Buchbinder, R., Jolley, D. & Wyatt, M. (2001). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. **British Medical Journal**, **322**, 1516-1520

- Burton, A.K. (1997). Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences. **Spine**, **22**, 2575-2580
- Burton, A.K. (2005). How to prevent low back pain, **Best Practice and Research in Clinical Rheumatology**, **19** (4), 541-555
- Burton, W., Morrison, A., Maclean., R. & Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis, **Occupational Medicine**, **56**, 18-27
- Chorus, A.M.J., Miedema, H.S., Wevers, C.W.J. & van der Linden, S. (2001). Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **60**, 1025-1032
- Chorus, A.M.J., Boonen, A., Miedema, H.S. & van der Linden, S. (2002). Employment perspectives of patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **61**, 693-699
- Chorus, A.M.J., Miedema, H.S., Boonen, A. & van der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **62**, 1178-1184
- Coats, D. & Lehti, R. (2008). 'Good Work': Job Quality in a Changing Economy. The Work Foundation
- Coats, D. & Max, C. (2005). **Healthy work, productive workplaces: why the UK needs more good jobs**. London: The Work Foundation
- Cooper, N. (2000). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. **Rheumatology**, **39**, 1
- Dagenais, S., Caro, J. & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. **The Spine Journal**, **8**, 8-20
- Dagfinrud, H., Mengshoel, A.M., Hagen, K.B., Loge, J.H. and Kvien, T.K. (2004). Health status of patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population. **Annals of Rheumatic Diseases**, **63**, 1605-1610
- de Croon, E. M., Sluiter, J.K., Nijssen, T. F., Dijkmans, B.A.C., Lankhorst, G.J. & Frings-Dresen, M.H.W. (2004). Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **63**, 1362-1367
- der Tempel, H. & van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **60**, 1033-1039
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. & Buckle, P. (2004). The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders. **Health and Safety Executive Research Report 273**, London: Health & Safety Executive
- Dubertret, L., Mrowietz, U., Ranki, A., van de Kerkhof, P., Chimenti, S., Lotti, T. & Schäfer, G. (2006). European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. **British Journal of Dermatology**, **155** (4), pp729-736
- Ekberg, K. (1995). Workplace changes in successful rehabilitation, **Journal of Occupational Rehabilitation**, **5**, 253-269

- EUROGIP. (2007). **Musculoskeletal disorders in Europe: Definitions and statistics**.
Lisbon European Council, Presidency Conclusions, 2000 (www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm) accessed 16 April 2009
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). **Managing Musculoskeletal Disorders** <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>
- European Trade Union Institute, (2007), **Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic**, Brussels: ETUI
- Eurostat, Statistics in Focus, 15/2004, **Occupational Diseases in Europe in 2001**
- Feuerstein, M., Shaw, W.S., Lincoln, A E., Miller, V.I. & Wood, P.M. (2003). Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. **Pain**, **102**, 51–61
- Feuerstein, M., Shaw, W.S., Nicholas, R.A. & Huang, G.D. (2004). From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, **14**, 171-178
- Flemish Workability Monitor (2004), De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen. Available at: <http://www.serv.be/uitgaven/603.pdf>
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., et al.(1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope - if we can just get all the players onside. **Canadian Medical Association Journal**, **158**(12):1625–31
- Frank, A.O.& Chamberlain, M.A. (2006). Rehabilitation: an integral part of clinical practice. **Occupational Medicine**, **56**, 289-293
- Gignac, M., Cao, X., Lacaille, D., Anis, A. & Badley, E. (2008). Arthritis-related work transitions: A prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labor force, **Arthritis Care & Research** **59** (12), 1805-1813
- Gordeev, V.S., Maksymowych, W.P., Evers, S.M., Ament, A., Schachna L. & Boonen, A. (2009). The role of contextual factors on health-related quality of life in Ankylosing Spondylitis. **Annals of Rheumatic Diseases**, published online 11 Mar 2009, doi:10.1136/ard.2008.100164
- Halpern, M., Cifaldi, M. & Kvien, T. (2008). Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparison of an open-label extension study and a registry-based control group, **Annals of Rheumatic Diseases**, published online 1 Oct 2008; doi:10.1136/ard.2008.092734
- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. & Westman, G. (1997). The impact of marital relationship on the rehabilitation process in a group of women with long-term musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, **25** (1), 17-25
- Health and Safety Executive (HSE) (1999) **The costs to Britain of workplace accidents and work-related ill health in 1995/96**, Health and Safety Executive
- Husted, J.A., Gladman, D.D., Farewell, V. T. & Cook, R.J. (2001) Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis.

- Arthritis and Rheumatism, 45**, 151-158
- Katz, W.A. (2002). Musculoskeletal Pain and its Socioeconomic Implications. **Clinical Rheumatology, Supplement, 1**, S2–S4
- Kavanaugh, A. (2008). Health economics: implications for novel antirheumatic therapies. **Annals of the Rheumatic Diseases: 64**, iv65-iv69
- Kemler, M.A. & Furnee, C.A. (2002). The impact of chronic pain on life in the household. **Journal of Pain Symptom Management, 23** (5), 433-441
- Kerns, R.D., Haythornthwaite, J., Southwick, S. & Giller, E. L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. **Journal of Psychosomatic Research, 34**(4), 401-408
- Kobelt, G. (2007). Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases: 66**, iii35-iii39
- Leardini, G., Salaffi, F., Montanelli, R., Gerzeli, S. & Canesi, B. (2002). A multi-center cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy. **Clinical and Experimental Rheumatology, 20**, 505-515
- Lobstein, T. & Frelut, M. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. **Obesity Reviews, 4**, pp 195-200
- Lundkvist, J., Kastang, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics, 8 (Supple 2)**, S49-S60
- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C., Birrell, F., Bosworth, A., Davenport, G., Fokke, C., Goodson, N., Jeffreson, P., Lamb, E., Mohammed, R., Oliver, S., Stableford, Z., Walsh, D., Washbrook, C. & Webb, F. (2006). On behalf of the British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards. Guidelines and Audit Working Group British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (The first two years). **Rheumatology**
- MacGregor, E.A., Brandes, J., Eikermann, A. & Giammarco, R. (2004), Impact of migraine on patients and their families: the Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey – Phase III. **Current Medical Research Opinion, 20** (7), 1143-1150
- McLaren, N. (2006). Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry. **Medical Hypotheses, 66** (6), 1165-73
- Meijer, E., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. (2005). Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. **International Archives of Occupational and Environmental Health, 78** (7), 523-532
- Meijer, E., Sluiter, J., Heyma, A., Sadiraj, K. & Frings-Dresen, M. (2006). Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomized, controlled trial with one-year follow-up. **International Archives of Occupational and Environmental Health, 79** (8), 654-664
- Nachemson, A., Waddell, G. & Norlund A. (2000). **Epidemiology of neck and low back**

- pain.** In Nachemson, A. & Jonsson E., (eds.) **Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment.** Philadelphia, 165-188
- Onkelinx, L. (2008). **Priorité aux malades chroniques! Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques 2009-2010,** Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeulen, G. (2005). **Fourth European Survey on Working Conditions,** Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards
- Prevent (2001), Getting back to work: returning to employment after an accident, **Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work,** No. 4, 2001, pp. 20-21
- Prevent, (2007a). **Reintegration and retention in employment of disabled people – Recommendations for better policy and practice.** Available at: www.equal-retain.eu
- Prevent (2007b), **Disability Management – Added value for job retention and reintegration,** Intro_DM, available at: www.introdm.be
- Pugner, K.M., Scott, D.I., Holmes, J.W. & Hieke, K. (2000). The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view. **Seminars in Arthritis and Rheumatism,** **29,** 305-320
- Punnett, L. & Wegman, D. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology,** **14** (1), 13-23
- Schultz, I. Z., Stowell, A.W., Feuerstein, M. & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. **Journal of Occupational Rehabilitation,** **17** (2), 327-352
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2000). **Management of early rheumatoid arthritis,** SIGN publication 48
- Sieper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A. & Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. **Annals of the Rheumatic Diseases,** **61** (Supplement III), iii8-iii18
- Sokka, T. & Pincus, T. (2001). Markers for work disability in rheumatoid arthritis. **Journal of Rheumatology,** **28,** 1718-1722
- Sullivan, M.J. & D'Eon, J.L. (1990). Relation between catastrophising and depression on chronic pain patients. **Journal of Abnormal Psychology,** **99,** 260-263
- Van Eerd, D., Beaton, D., Cole, D., Lucas, J., Hogg-Johnson, S. & Bombardier, C. (2003). Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: a review of the literature. **Journal of Clinical Epidemiology,** **56,** 925-936
- Van Jaarsveld, C.H.M., Jacobs, J.W.G., Schrijvers, A.J.P., Heurkens, A.H.M., Haanen, H.C.M. & Bijlsma, J.W.J. (1998). Direct cost of rheumatoid arthritis during the first six years: A cost-of-illness study. **British Journal of Rheumatology,** **37,** 837-847
- Veale, A., Woolf, A. & Carr A (2008), Chronic Musculoskeletal Pain and Arthritis: Impact, Attitudes and Perceptions, **Irish Medical Journal,** July/August, 101 (7), 208-210
- Waddell, G. & Burton, A.K., (2006 a). **Is work good for your health and well-being?** London: Department of Work and Pensions
- Waddell, G. & Burton, A.K. (2006 b). **Principles of rehabilitation for common health**

- problems**, in M O'Donnell, **Rehabilitation: Keeping people in work**. Chief Medical Officer's Report 2006. UnumProvident, Dorking
- Wallenius, M., Skomsvoll, J.F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C. & Kvien, T.K. (2008). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. **Annals of Rheumatic Diseases**, published online 29 May 2008, doi:10.1136/ard.2008.092049
- World Health Organisation Scientific Group (WHO) (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: WHO <http://www3.who.int/icf/icftemplate/cfm>
- WHO Scientific Group (2003). **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium**. Geneva: WHO
- Werner, E.L., Lærum, E., Wormgoor, M.E., Lindh, E. & Indhal, A. (2007). Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. **Occupational Medicine**. Doi: 10.1093/occmed/kqm094
- Wolf, A.D. (2004). Economic Burden of Rheumatic Diseases. In: Edward, D. & Harris et al., eds, **Kelley's Textbook of Rheumatology**, Volume 1, 7th ed, Ch 28
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J., Emery, P., Gallivan, S., Gough, A., James, D., Prouse, P., Williams, P. & Winfield, P. (2000). How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of five years of follow-up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). **Rheumatology**, **39**, 603-611
- Young, A., Dixey, J., Kulinskaya, E., Cox, N., Davies, P., Devlin, J., Emery, P., Gough, A., James, D., Prouse, P., Williams, P. & Winfield, P. (2002). Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). **Annals of Rheumatic Diseases**, **61**, 335-340

Bijlage 1: Interviews en overleg met deskundigen

Tijdens ons onderzoek interviewden en raadpleegden wij de volgende mensen. We zijn bijzonder dankbaar voor de tijd die ze voor ons vrijmaakten. Wij hebben bij het schrijven van dit rapport rekening gehouden met hun inzichten. Toch betekent hun medewerking aan deze studie niet dat zij de conclusies van dit rapport onderschrijven.

Lijst van alle mensen die werden geïnterviewd of geraadpleegd:

Marthe Verjans	Prevent
Walter Vermeylen	Voorzitter ReumaNet vzw
Prof Patrick Durez	Saint-Luc Ziekenhuis UCL Brussel
Marc de Greef	Directeur Prevent
Tania Dekens	Ministerie van Volksgezondheid
Anne Kirsh	Ministerie van Volksgezondheid

“Alle rechten van dit rapport zijn voorbehouden aan de uitgever, The Work Foundation”

We provide:

Research

Consultancy

Leadership

Advocacy

Partnership

© The Work Foundation

Registered as a charity no: 290003

First published: September 2009

The Work Foundation

21 Palmer Street

London

SW1H 0AD

Telephone: +44 207 976 3519

Email: jtaylor@theworkfoundation.com

Website: www.theworkfoundation.com

Supported by a research grant from Abbott

