

# De rol van werk in de re-integratie van mensen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

E. TOBBACK<sup>1</sup>, T. DECLERCQ<sup>2</sup>, L. CLAUWAERT<sup>3</sup>, M. DE MUYNCK<sup>3</sup>, L. GODDERIS<sup>4, 8</sup>, P. RUPPOL<sup>5</sup>, D. SPOOREN<sup>1</sup>, R. TYTGAT<sup>6</sup>, A. MARIMAN<sup>1</sup>, D. VOGELAERS<sup>1, 9</sup>

## Samenvatting

Mensen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) ervaren chronische vermoeidheid en/of pijn die gepaard kunnen gaan met tal van andere symptomen. Een flexibele, biopsychosociale benadering is nodig om de diagnose te stellen, de ziekte te managen en om te gaan met patiënten. Hierbij is het belangrijk dat de verschillende gezondheidsverstrekkers, de evaluatiesector, de re-integratiesector en de werkgevers, alsook de nabije omgeving, waaronder familie, vrienden en collega's, betrokken worden. De ernst van de klachten en het onbegrip vanuit de omgeving kunnen immers jarenlang het onafhankelijk verwerven van een inkomen uit arbeid in de weg staan. Desondanks is werk, al dan niet betaald, een belangrijk levensdomein met een impact op het algemene fysieke, psychische en sociale welbevinden. Daarom spelen actoren in de gezondheidszorg een cruciale rol in het zo vroeg mogelijk bespreekbaar maken en opstarten van het re-integratietraject. Hierbij moet er rekening gehouden worden met de draagkracht van de patiënt en kan er, indien wenselijk, een beroep gedaan worden op ondersteunende diensten. Er is nood aan een casemanager die binnen deze multidisciplinaire aanpak de verbindingsfiguur vormt om de communicatie en de coördinatie tussen de patiënt en zijn omringende actoren te optimaliseren.

## Inleiding

### Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

Er is sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) wanneer lichamelijke klachten minstens zes maanden aanwezig zijn zonder afdoende verklaring ondanks een schijnbaar adequaat medisch onderzoek. SOLK-patiënten ervaren chronische vermoeidheid en/of pijnklachten die gepaard kunnen gaan met tal van andere symptomen, zoals veralgemeende malaise, uitputting na inspanning, slaapstoornissen, neurologische/cognitieve, neuro-endocriene en immunologische verschijnselen en problemen met het autonome zenuwstelsel. Door de afwezigheid van objectieve criteria worden er koepeltermen gebruikt zoals „chronisch vermoeidheidssyndroom” en

- <sup>1</sup> Dienst algemene inwendige ziekten, Universitair Ziekenhuis Gent.
- <sup>2</sup> Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent.
- <sup>3</sup> Dienst fysieke geneeskunde en revalidatie, Universitair Ziekenhuis Gent.
- <sup>4</sup> Dienst maatschappelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg, KU Leuven.
- <sup>5</sup> Gespecialiseerde Trajectbepaling en -Begeleiding (GTB), Gent.
- <sup>6</sup> Landsbond Christelijke Mutualiteiten.
- <sup>7</sup> Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), Brussel.
- <sup>8</sup> Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk (IDEWE), Heverlee.
- <sup>9</sup> Correspondentieadres: prof. dr. D. Vogelaers, dienst algemene inwendige ziekten, Universitair Ziekenhuis Gent, Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent; e-mail: dirk.vogelaers@ugent.be

„fibromyalgie”, die berusten op uitsluitingsmethodiek. Aangezien de onderliggende etiologie en pathogenese onvoldoende gekend zijn, bestaat er heel wat controverse over de entiteit „SOLK”. Dit weerspiegelt zich in antagonisme tussen groepen die SOLK elk op een andere manier benaderen: aanhangers van een louter biologisch of psychiatrisch versus een biopsychosociaal verklaringsmodel. Er bestaan geen enkelvoudige medische curatieve behandelingen voor SOLK en een meer flexibele, biopsychosociale benadering is nodig om de diagnose te stellen, de ziekte te managen en om te gaan met patiënten (1). In het omgaan met de diagnostiek en de aanpak van SOLK is het daarbij belangrijk voor zowel de hulpverlener als de patiënt om de diagnose van SOLK als een dynamische werkhypothese te zien. Deze houding laat de patiënt toe om beter te worden én geeft de hulpverlener de kans om bij nieuwe of veranderende symptomen alsnog het geweer van schouder te veranderen en de diagnose van SOLK te verlaten. Doorheen het traject moet niet alleen de patiënt geïnformeerd worden: ook het betrekken van de omgeving (waaronder familie, vrienden en collega's), de werkgever, de omringende gezondheidsverstrekkers, de evaluatiesector en de re-integratiesector vergroot het ziekte-inzicht en de geloofwaardigheid om zo erkenning te krijgen voor de patiënt.

### SOLK en werk

De ernst van de klachten en het onbegrip vanuit de omgeving kunnen jarenlang het onafhankelijk verwerven van een inkomen uit arbeid in de weg staan. De beperkte fysieke, mentale en sociale belastbaarheid maakt optimaal beroepsmatig functioneren onmogelijk. De vermoeidheids- en pijnklachten, als ook de concentratie- en geheugenproblemen zorgen voor verminderde prestaties en een lagere productiviteit. Ook psychische en sociale problemen zorgen ervoor dat werken een zware opgave betekent. De symptomen en de inspanningstolerantie fluctueren en houden een risico in op herval. Een aangepast, soepel werkschema is dan ook aangewezen.

### Belang van werk

Werk, al dan niet betaald, is een belangrijk levensdomein met een impact op het algemene fysieke, psychische en sociale welbevinden (2). Recent bevestigden 31 experts van de belangrijkste beroepsgroepen

het belang van „blijven bewegen” en professionele re-integratie in een vroeg stadium via aangepaste arbeid in de behandeling van acute en chronische lage rugpijn (3). (Blijven) werken kan de werknemer helpen bij het omgaan met de klachten. Doordat de aandacht naar het werk gaat, kunnen de klachten, zonder daarom helemaal op te klaren, even op de achtergrond verdwijnen en hanteerbaarder worden. Ook het iets kunnen realiseren en iets betekenen via het werk zijn belangrijke elementen voor de levenskwaliteit. Verscheidene studies tonen aan dat aangepaste interventies op het werk, in samenspraak met de werknemer met een chronische ziekte, de beste formule is voor vroegtijdige en duurzame werkherleving (4, 5). Hoe langer een werknemer arbeidsongeschikt blijft, hoe moeilijker werkherleving wordt (6). Er bestaat bij de betrokkenen immers niet alleen een mentale afstand, maar ook de vrees om het niet meer aan te kunnen. Actoren in de gezondheidszorg spelen daarom een cruciale rol om het re-integratietraject zo vroeg mogelijk op te starten. Werk moet zo vroeg mogelijk bespreekbaar gemaakt worden en blijft een vast agendapunt in de gesprekken met de patiënt. Hierbij moet er rekening gehouden worden met de draagkracht van de patiënt en zal bruskering vermeden worden. Indien wenselijk, kan er hierbij een beroep gedaan worden op ondersteunende diensten, zoals de arbeidsgeneesheer, de adviserend geneesheer en de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding/Gespecialiseerde Trajectbepaling en -Begeleiding (VDAB/GTB).

### Een illustratieve casus

Een 35-jarige, actieve, ondernemende vrouw met vier kinderen komt op raadpleging bij de huisarts. De patiënte is gehuwd. Haar man is vaak in het buitenland voor zijn bloeiende zelfstandige zaak. Zelf geeft ze deeltijds les in het lager onderwijs. De medische voorgeschiedenis beperkt zich tot een skiongeval met een ruptuur van de voorste kruisband van de rechterknie.

Op de huidige consultatie is de patiënte bedrukt en emotioneel. Eén maand geleden is haar moeder overleden na een langdurig proces van dementie. Samen met haar vader en zus heeft ze de zorg voor haar moeder opgenomen, met verschillende nachten van slaapdeprivatie tot gevolg. Zeer recent is bij haar schoonmoeder nog de diagnose gesteld van een gemetastaseerd ovariumcarcinoom.

Op de consultatie zijn er argumenten voor acute rouw zonder depressief beeld. In overleg met de patiënte wordt er twee weken arbeidsongeschiktheid voorgeschreven om te recupereren, met de nadruk op zelfzorg.

Vier weken later, waarin ondertussen haar schoonmoeder is overleden, komt de vrouw opnieuw naar de raadpleging. Ze heeft een hoge slaapbehoefte en een niet-recuperatieve slaap. De zorg voor het gezin in combinatie met het werk valt haar zwaar. Bovendien heeft ze invaliderende pijnklachten van de schouder- en de bekkengordel. Een uitgebreide anamnese, het klinische onderzoek en een aanvullend bloedonderzoek zijn geruststellend. De patiënte wil geen nieuwe arbeidsongeschiktheid, mede gezien het einde van het schooljaar. Ze staat wel open voor een proefkuur paracetamol, kinesitherapie en regelmatige opvolging door de huisarts.

Drie maanden later blijven de klachten van niet-verkwikkende slaap en spierpijnen persisteren, wat de patiënte wanhopig maakt. De combinatie gezin-huishouden lukt net in de zomervakantie, maar ze maakt zich zorgen over het komende schooljaar. De patiënte wordt verwezen naar de arts fysieke geneeskunde en revalidatie voor verdere diagnostiek.

De uitwerking bij de fysieke geneesheer zes maanden na de ontwikkeling van de pijnklachten leidt tot de diagnose van fibromyalgie. Er wordt een langere periode van arbeidsongeschiktheid voorgeschreven, alsook psycho-educatie en kinesitherapie.

De patiënte wordt fysiek en mentaal sterker en in overleg met de schooldirecteur beslist ze om aangepast werk buiten het onderwijs te zoeken. Dit plan wordt doorkruist door een recente oproep bij de pensioencommissie, wat bij de patiënte aanleiding geeft tot een gevoel van verontwaardiging: „Eindelijk voel ik mij beter, maar ik krijg de kans niet om het werk te hervatten, wat financieel wel noodzakelijk is”. Ze vraagt de huisarts om advies.

## **Verschillende actoren rond SOLK-patiënten met langdurige socioprofessionele uitval**

### **Huisarts**

De huisarts speelt een belangrijke rol als eerste aanspreekpunt voor patiënten met klachten met een risico op chroniciteit en derhalve een slechte prognose (7). Hoe dit eerste contact verloopt, kan een ingrijpende invloed hebben op het lot van de

SOLK-patiënt, met inbegrip van het verrichten van arbeid. Vaak is de huisarts binnen een langdurige vertrouwensrelatie de best geplaatste hulpverlener om het midden te zien en te houden binnen het complexe evenwicht van haalbaarheid en wenselijkheid tot werkhervatting. Vanuit zijn functie van „health advocate” zal zijn taak erin bestaan om enerzijds de waarde van arbeid als medicijn te vertalen naar de concrete situatie van de patiënt en anderzijds soms los van enige maatschappelijke druk en ondanks de soms niet-helpende regelgeving samen met de patiënt te kiezen voor een oplossing op maat (8).

### **Tweede- en derdelijnszorg**

De diagnostiek van en de zorg voor SOLK-patiënten in tweede en derde lijn zijn gefragmenteerd over verschillende subdisciplines. Dit is niet behulpzaam omdat het meestal stopt met de geruststellend bedoelde boodschap: „We vinden niets”. Vaak is dit een instandhoudende factor van onrust. De steeds meer gespecialiseerde geneeskunde is contraproductief voor deze patiëntengroep aangezien ze onvoldoende in staat is om de overgang te bewerkstelligen van een somatisch naar een biopsychosociaal model. Patiënten blijven daardoor te lang vastzitten in een frustrerende zoektocht naar een louter biologische verklaring. De verantwoordelijkheid voor het vinden van een oplossing wordt buiten zichzelf gelegd en het noodzakelijke verbetertraject, dat eigenlijk bij de patiënt ligt, wordt onnodig uitgesteld. De verschillende lijnen moeten in interactie deze omslag vroeg genoeg faciliteren. Eerder dan de zoektocht naar een diagnose ligt de focus op de te individualiseren verbeterpunten (meer beweging, gezondheidsgedrag, aanpassing van het verwachtingspatroon, enz.) en het samen zoeken naar een hierop afgesteld socioprofessioneel re-integratietraject. Dit proces moet per definitie vorm gegeven worden onder aangepaste begeleiding en coaching, met de noodzaak van een geïndividualiseerde en gestructureerde aanpak waarbij elke actor dezelfde boodschap geeft en hetzelfde denkmodel aanhoudt. Het kan overwogen worden om een casemanager te voorzien bij moeilijk naar werk toe te leiden cliënten en patiënten.

### **Kinesitherapeut**

Bij SOLK-patiënten wordt er een gebrek aan of een langdurige vermindering van lichamelijke inspanning

gezien, veelal leidend tot fysieke deconditionering. De kinesitherapeut biedt naast symptoombehandeling van bijvoorbeeld pijnlijke spieren begeleiding bij de fysieke revalidatie. Fysieke belasting als therapie moet gebalanceerd en met voorzichtigheid aangeboden worden om overbelasting met een toename van de klachten en angst voor lichamelijke inspanning te vermijden (9). Ze moet aangepast worden aan het aanvankelijke niveau van lichamelijke capaciteit van de individuele patiënt en geleidelijk opgebouwd worden aan een zekere regelmaat tot een optimaal inspanningsniveau. Het fluctueren van de symptomen mag geen invloed hebben op de frequentie waarmee een oefenpakket aangeboden wordt. Tegelijkertijd speelt de kinesitherapeut een cruciale rol in de goede educatie van activiteitenmanagement. De patiënt moet leren zijn grenzen te vinden en te respecteren. Vanuit dezelfde insteek zou ook professionele activiteit geleidelijk hervat moeten kunnen worden, wat echter niet in elke werksituatie praktisch haalbaar is. Ter overbrugging kan er tijdelijk geopteerd worden voor vrijwilligerswerk, wat vaak gemakkelijker aanpasbaar is aan de belastbaarheid van de persoon. Bij een gunstig verloop kan er vervolgens gekozen worden voor deeltijdse werkhervatting, eventueel met een tijdelijke stopzetting van de fysieke revalidatie om overbelasting te vermijden. Later of bij nood aan symptoombehandeling kan de kinesitherapie heropgestart worden. In elke fase van de fysieke reconditionering en professionele reactivatie moet de patiënt individueel benaderd worden met aandacht voor instandhoudende factoren van fysieke klachten, zoals een foutieve omgang met stress of een verkeerde houding op het werk. Communicatie met de behandelende arts op verschillende momenten in de revalidatieperiode is noodzakelijk om het verloop van de behandeling tijdig te evalueren en eventueel bij te sturen.

### Psycholoog

De psycholoog probeert om samen met de individuele patiënt het belang en de impact van werk op verschillende domeinen in te schatten. Hierbij wordt de therapeut geconfronteerd met de moeilijkheid om verder te werken met een functionele stoornis. Surawy et al. wezen in hun cognitieve verklaringsmodel op de disfunctionele assumpties van veel patiënten met chronische functionele klachten (10). Vaak is hun zelfwaardegevoel sterk verbonden aan presteren,

waarbij ze op het werk de neiging hebben om het maximum van zichzelf te eisen, ten koste van de eigen behoeften. In confrontatie met hun beperkingen wordt dit steeds moeilijker en ontwikkelen patiënten verschillende strategieën. Sommigen geven voorrang aan het werk en proberen hun beperkingen te compenseren door bijvoorbeeld langer te blijven of wegens concentratieproblemen zaken dubbel te controleren. Anderen proberen hun tekorten te verbergen en raken daardoor in conflict (6). De psycholoog kan flexibele werkvormen bespreken om de job toch te kunnen blijven uitoefenen.

Bij een volledige, al dan niet langdurige uitval kan de psycholoog helpen met een arbeidsondersteunend programma. In de bespreking hiervan kunnen principes uit het psychotherapeutische protocol helpen: doseren en regelmaat aanhouden door bijvoorbeeld het inschakelen van vaste rustmomenten, goed plannen en spreiden van (belastende) taken om ontregeling en een toename van de klachten te vermijden, klachten zoals vermoeidheid en pijn leren accepteren en „neen” durven te zeggen ondanks het risico op onbegrip.

### Arbeidsgeneesheer

De arbeidsgeneesheer behorende tot de dienst preventie en bescherming op het werk kan de werknemer begeleiden bij het behoud van zijn job door „empowerment” en indien mogelijk het voorzien van (tijdelijk) aangepast werk. De arbeidsgeneesheer evalueert de geschiktheid van de werknemer om zijn gebruikelijke taken uit te voeren bij werkhervatting, zonder de bevoegdheid om een controlerende functie uit te oefenen. Hij vertaalt de medische beperkingen in functionele mogelijkheden. De arbeidsgeneesheer is aldus de begeleider en bemiddelaar bij uitstek die een evenwichtige oplossing zoekt voor zowel de werknemer als de werkgever (11).

Sinds 1 januari 2017 worden werknemers in België vanaf de tweede maand arbeidsongeschiktheid gecontacteerd vanuit de mutualiteiten om de re-integratienoden, kansen en behoeften te detecteren. Indien ingeschat wordt dat de werknemer spontaan zal re-integreren, wordt er geen verdere ondersteuning voorzien. In de andere gevallen wordt de werknemer ondersteund bij zijn begeleiding naar het werk via de arbeidsgeneesheer of naar ander werk via de adviseerend geneesheer. Evenwel hoeft een zieke werknemer geen twee maanden te wachten alvorens bij de arbeidsgeneesheer te komen. Hij kan ook ofwel zelf contact

opnemen, ofwel via de behandelende arts. De arbeidsgeneesheer is de arts die de oorzaken van het verzuim of de aandoening op het werk kan onderzoeken en kan helpen bij de remediëring om een duurzame re-integratie te verzekeren en herval te voorkomen (11).

### Adviserend geneesheer

De adviserend geneesheer van het ziekenfonds oefent de controle uit op de arbeidsongeschiktheid en heeft een adviserende functie met betrekking tot al dan niet geleidelijke werkhervatting. De Christelijke Mutualiteit (CM) beschikt hiervoor over een leidraad bestaande uit de stappen „luisteren”, „praten” en „motiveren” (12). Vanuit een „patient-centered partnership” wordt er uitgebreid geluisterd en geëxploreerd hoe de persoon zijn klachten in de ruime zin ervaart, hoe het sociale en het professionele netwerk hiermee omgaat, wat de toekomstverwachtingen zijn met betrekking tot verbetering en herstel en welke de geplande behandelingen zijn. In stap twee kadert de adviserend geneesheer van de CM het belang en de meerwaarde van professionele activiteit in het herstelproces. De visie van de persoon op revalidatie en werk wordt nagegaan in de bredere context van dagbesteding tot professionele werkhername. In de motivatiefase worden nieuwe, bereikbare doelen besproken vanuit een positieve bewoording en rekening houdend met de impact van medische interventies. De doelstelling is de persoon het gevoel geven dat taken en stappen behapbaar en haalbaar zijn binnen een unieke, individuele aanpak. De mogelijkheden tot reactivatie kunnen betrekking hebben op dagbesteding, vrijwilligerswerk en deeltijds werk (met toelating van de adviserend geneesheer en met een progressieve opbouw, waarbij de rol van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en het contact met de werkgever erg belangrijk zijn). Deze reactivatie kan mogelijk gemaakt worden door samenwerkingsovereenkomsten met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de VDAB en de VDAB-initiatieven naar tewerkstelling („bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen” (BTOM) en de Vlaamse Ondersteuningspremie (VOP)). Tot slot vindt de besluitvorming plaats met duidelijke communicatie over het standpunt van de adviserend geneesheer vanuit het wetgevende kader. Idealiter treedt de adviserend geneesheer in contact met de behandelende arts en stellen ze samen een haalbaar plan op.

### VDAB en GTB

Mensen met een arbeidshandicap kunnen een beroep doen op de VDAB en zo nodig op de gespecialiseerde dienstverlening van GTB in de begeleiding van het vinden en houden van een gepaste job. Voor werkenden bestaan er sinds kort (re-)integratietrajecten waarbij de behandelende arts, de adviserend geneesheer en de arbeidsgeneesheer de centrale actoren zijn, naast de patiënt. Bij werkzoekenden met SOLK vergt de arbeidsbemiddeling door de VDAB of via GTB een gedegen overleg- en afsprakenkader tussen de casemanager zorg en de bemiddelaar in zowel de VDAB als GTB. De patiënt kiest zelf zijn casemanager zorg, bij voorkeur de meest nabije zorgverstrekker en onder regie van de huisarts. Indien de patiënt niet zelf een casemanager zorg kan aanstellen, kan deze rol opgenomen worden door het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) of het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW). De bemiddelaar opereert vanuit de lokale werkwinkel en wordt aangeduid volgens de ingeschatte afstand tot de arbeidsmarkt van de patiënt.

In hun traject naar werk kennen werkzoekenden met SOLK een handelingskader van rechten en plichten. De patiënt heeft recht op de meest passende dienstverlening, maar de VDAB/GTB-bemiddelaar verwacht dat de patiënt de gemaakte afspraken actief opneemt. Om de meest passende dienstverlening te garanderen, hanteert de bemiddelaar specifieke referentiekaders, waaronder oplossingsgericht coachen, het biopsychosociale model, „empowerment” en functionele capaciteitevaluatie. De bemiddelaar zal samen met de patiënt alle relevante zorginformatie in beeld brengen om de drempels naar werk zo snel en zo goed mogelijk af te vlakken. Zo nodig gaat de bemiddelaar in rechtstreeks overleg met de casemanager zorg om het hersteltraject concreet te maken (zorgpad werk: <http://www.ikzoekeenzorgpad.be>). Indien de bemiddelaar samen met de patiënt inschat dat een traject naar werk intensieve jobcoaching behoeft, kan er een beroep gedaan worden op „gespecialiseerde opleiding/begeleiding” (GOB). Indien een zeer intensief traject naar zorgactivering noodzakelijk is, bestaat er een specifiek programma ontwikkeld door de VDAB, GTB en de zorgsector met een maximale trajectduur van achttien maanden.

Volgens cijfers uit 2016 bemiddelt GTB in Vlaanderen op jaarbasis 7.500 patiënten, met een succesvolle uitstroom van 48% (13).

## Vlaams netwerk van ondernemingen

Het Vlaams netwerk van ondernemingen (Voka) wijst erop dat arbeidsongeschiktheid een gedeelde verantwoordelijkheid is van zowel werknemers en werkgevers als andere betrokken partijen. Een preventieve aanpak van gezondheid op het werk, alsook ondersteuning bij de integratie van werknemers na ziekte via degelijk ontworpen en grondig geïmplementeerde programma's op het werk kunnen leiden tot een positieve „return on investment” (14). Deze gezondheidsprogramma's moeten een gezonde levensstijl en psychosociaal welzijn ondersteunen, voorbij een rigide wettelijke administratieve focus, alsook een nauwe betrokkenheid van de werknemers garanderen. Het welslagen ervan hangt af van de wederzijdse verwachtingen tussen de werkgever en de werknemer, voldoende autonomie en regelruimte en adequate ondersteuning, zowel vanuit de hiërarchie als door collega's. Deze drie voorwaarden moeten explicieter en op maat afgestemd worden („stepped care”) naar mate werknemers gezondheidsproblemen kennen. Bij re-integratie na langdurig ziekteverzuim is een goed gecoördineerde ondersteuning belangrijk, waarbij de werkgever en de werknemer samen naar oplossingen zoeken in afstemming met en met permanente ondersteuning van de omringende actoren (de arts, de werkbegeleider, enz.) ([http://www.healthcommunity.be/sites/default/files/u16/2016VOKA015\\_VokaGroei-papers\\_November\\_def\\_lowres\\_pages.pdf](http://www.healthcommunity.be/sites/default/files/u16/2016VOKA015_VokaGroei-papers_November_def_lowres_pages.pdf)).

Het is van groot belang dat de werknemer en alle betrokken partijen nauw samenwerken met onderlinge coördinatie van eenieders verantwoordelijkheden en een gedeeld engagement. De werkgevers zelf hebben hierbij nood aan ondersteuning via informatie, netwerken, praktische richtlijnen en financiële zekerheid gekoppeld aan productiviteitsverschillen ([http://www.healthcommunity.be/sites/default/files/u16/2016VOKA015\\_VokaGroei-papers\\_November\\_def\\_lowres\\_pages.pdf](http://www.healthcommunity.be/sites/default/files/u16/2016VOKA015_VokaGroei-papers_November_def_lowres_pages.pdf)).

## Mogelijke barrières voor socioprofessionele re-integratie bij SOLK

De legitimiteit van SOLK wordt vaak in vraag gesteld en de patiënt wordt herhaaldelijk geconfronteerd met onbegrip van de omgeving, de omringende gezondheidsverstrekkers, de evaluatiesector en de re-integratiesector (15). Nochtans zijn begrip en erkenning fundamentele vereisten om de socioprofessionele

re-integratie van mensen met SOLK te stimuleren. Zij hebben reële functionele beperkingen die niet opgepikt worden met de klassieke meetinstrumenten. Algemeen wordt er nog te veel geredeneerd vanuit diagnoses op zich in plaats van vanuit functionele stoornissen en mogelijkheden op het vlak van arbeidsparticipatie met het gebruik van het referentiekader „International Classification of Functionality” („World Health Organization”).

Langdurige arbeidsongeschiktheid of werkloosheid moet vermeden worden. Veel opvattingen over SOLK-patiënten worden bepaald door een te grote groep patiënten bij wie er geen preventieve houding aangenomen werd in de ontwikkeling van het SOLK-beeld. Hierdoor zijn ze verzeild geraakt in een vastgevoerd patroon van beperkingen die nog weinig beïnvloedbaar zijn. Er wordt aangenomen dat de diagnostiek en de adequate behandeling van SOLK opgestart moeten worden na zes maanden en het liefst binnen de twee jaar na het ontwikkelen van het symptomencomplex. Dit wordt gecompromitteerd door de beperkte capaciteit van diagnostiek en zorg volgens het biopsychosociale model in de verschillende geledingen van de zorgverstrekkers en de kennisbeperking, die aanleiding geeft tot lange wachttijden. Om evolutie naar dit moeilijk omkeerbare stadium te vermijden, is het essentieel dat werk vanaf het begin bij dreigende uitval bespreekbaar gemaakt wordt. Dit wordt individueel bepaald en kan betrekking hebben op het behoud van de job, de (deeltijdse) hervatting van het werk of het zoeken naar aangepast werk binnen het reguliere of het niet-reguliere circuit, zoals vrijwilligerswerk.

Er moet resoluut afgestapt worden van de ingeburgerde stelling dat iemand volledig hersteld moet zijn alvorens het werk te kunnen hernemen. Uit bezorgdheid krijgen patiënten vaak verlenging van het ziekteverlof vanuit de welgemeende, maar niet-behulpzame insteek met het oog op socioprofessionele re-integratie. Sommige patiënten stoppen tijdelijk op eigen initiatief met werken in de hoop dat ze mits de nodige rust zullen herstellen en opnieuw hun werk kunnen opnemen, maar vaak herstellen of genezen ze niet of onvoldoende, waardoor re-integratie moeilijker wordt en ze bovendien door hun vrijwillige uitstap geen rechten hebben opgebouwd.

In de praktijk speelt een onaangepast en/of onvoldoende gestructureerd werkschema vaak ontoereikend in op de noden en de mogelijkheden van SOLK-patiënten. In de praktijk wensen organisaties en werkgevers veelal een duidelijke planning, terwijl

de patiënt geconfronteerd wordt met een grote mate van onvoorspelbaarheid in het beloop van de klachten en net daardoor nood heeft aan flexibiliteit.

Efficiënte communicatie tussen de verschillende actoren rond en met de patiënt zelf is noodzakelijk (15). Beïnvloed door hun problematiek zijn patiënten niet altijd in staat om de boodschap van verschillende actoren correct te interpreteren en over te dragen naar derden. Bijkomend leiden deficiënties in kennis en inzicht van de verschillende actoren over hun respectievelijke rollen tot verkeerde percepties en ze belemmeren de adequate benadering van de re-integratie, in plaats van elkaar te beschouwen als bondgenoten in dit traject. Een voorbeeld wordt gezien bij elke juridische procedure bij de arbeidsrechtbank die een moratorium legt op elk initiatief van socioprofessionele re-integratie voor onaanvaardbaar lange termijnen. Dit kan betekenen dat mensen met een bereidheid en potentieel tot re-integratie afgeblokt worden middenin het proces, met een belangrijke negatieve invloed op de prognose.

### **Efficiënte communicatie in de benadering van SOLK-patiënten: nood aan een casemanager**

Op het vlak van informatie, communicatie en educatie bestaan er duidelijke deficiënties in de omkadering en de opvolging van SOLK-patiënten (16). Discongruente visies over oorzaken en diagnoses leiden vaak tot onbegrip en frustraties bij en tussen de verschillende betrokken actoren en ze belemmeren het therapeutische proces (17). Bovendien zijn informatie en educatie belangrijke stappen in het slagen van werkbehoud en professionele re-integratie. Er is nood aan een casemanager, zoals een „advanced nurse practitioner”, die binnen een multidisciplinaire aanpak de verbindingsfiguur vormt om de coördinatie tussen de patiënt en de omringende zorg- en professionele partners te optimaliseren (15). Deze relatie moet berusten op vertrouwen om zorg op maat aan te bieden.

Om de taak van een dergelijke casemanager in te vullen, moet nagegaan worden welke reële behoeften aan informatie voor de verschillende actoren rondom de patiënt behulpzaam zijn voor het re-integratieproces. De exploratie en de inventarisatie van de huidige kennis en werking werden opgenomen en goedgekeurd in een project (ergo@work) van de Vlaamse overheid. Binnen dit project zal ook het potentieel

van verbetering van kennis en onderlinge interactie uitgewerkt worden om aldus versterkende acties te ontwikkelen voor werkzoekenden met SOLK.

### **Besluit**

De verschillende actoren rond en samen met de patiënt met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en dreigende professionele uitval moeten op elkaar afgestemd worden. In het kader van het reactiveringsbeleid moet er een eenduidig kader geschapen worden met haalbare communicatie en overlegmiddelen. Dit vormt een dwingende uitdaging voor het werkveld, waarin de principes van „patient-centered care” toegepast moeten worden.

### **Dankwoord**

De auteurs danken Stefan Heytens (huisarts Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg UGent) en Karine Van Dessel (coördinator GTB Oost-Vlaanderen) voor het delen van hun inzichten vanuit hun rechtstreekse betrokkenheid met de doelgroep en hun grondige nazicht van het artikel.

### **Mededeling**

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

### **Abstract**

**The role of work in the management of medically unexplained physical symptoms**

Patients with medically unexplained physical symptoms suffer from chronic fatigue and/or pain in combination with a variety of other symptoms. A flexible, biopsychosocial approach is needed for diagnostic screening and global management. It is crucial to involve people within the direct environment of the patient, including family, friends and colleagues, as well as health providers, the evaluation and the reintegration sector. Indeed, the severity of the complaints and the lack of understanding from the environment can impede earning an independent income from labor for years. Work,

whether or not paid, is however an important life domain with positive effects on physical, psychological and social well-being. Therefore, health actors play a crucial role to start the professional reintegration process as soon as possible and as such, they should discuss this item from the early stage onwards. Support services can be consulted. A case manager, acting as a central intermediary within this multidisciplinary approach, may promote effective communication and coordination between the patients and their surrounding actors.

## Literatuur

1. COHEN H. Controversies and challenges in fibromyalgia: a review and a proposal. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2017; 9: 115-127.
2. WADDELL G, BURTON AK. *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationary Office, 2006.
3. VAN WAMBEKE P, DESOMER A, AILLIET L, et al. *Klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2017, KCE Report 287 As.
4. OAKMAN J, KINSMAN N, BRIGGS AM. Working with persistent pain: an exploration of strategies utilized to stay productive at work. *J Occup Rehabil* 2017; 27: 4-14.
5. PRANSKY GS, FASSIER JB, BESEN E, et al. Sustaining work participation across the life course. *J Occup Rehabil* 2016; 26: 465-479.
6. GRÜNDEMANN RWM, NIJBOER ID. Factoren die reïntegratie bevorderen en belemmeren. In: Hoogduin WA, Hoogduin CAL, Vossen CJC. *Richtlijnen bij werkhervatting na psychische problemen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
7. HEYTENS S, BOUWEN A, SPOOREN D, et al. Een multidisciplinair zorgnet voor abnormale vermoeidheid en het chronische vermoeidheidssyndroom in Oost- en West-Vlaanderen. *Tijdschr Geneesk* 2014; 70: 732-740.
8. DE LOOSE L. *De Vlaamse huisarts: een geboren health advocate?* Ongepubliceerd manuscript (masterproef 2016), UGent, Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg.
9. MOSS-MORRIS R, SHARON C, TOBIN R, BALDI JC. A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. *J Health Psychol* 2005; 10: 245-259.
10. SURAWAY C, HACKMANN A, HAWTON K, SHARPE M. Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behav Res Ther* 1995; 33: 535-544.
11. GODDERIS L, MYLLE G, DUBOIS M. Ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid in België. *TBV* 2017; 25: 56-58.
12. VANDENBERGEN J. *Gids voor begeleiding van patiënten met onverklaarde langdurige vermoeidheid en fibromyalgie*. Landsbond Christelijke Mutualiteiten, 2014.
13. GEEBELS H, VANASSCHE R. *GTB-uitstroombonderzoek 2016*, 2017.
14. GOETZEL RZ, OZMINKOWSKI RJ. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Publ Health* 2008; 29: 303-323.
15. RYCKEGHEM H, DELESIE L, TOBBACK E, LIEVENS S, VOGELAERS D, MARIMAN A. Exploring the role of the advanced nurse practitioner within a care path for patients with chronic fatigue syndrome. *J Adv Nurs* 2017; 73: 1610-1619.
16. DEN BOEFT M, HUISMAN D, MORTON L. Negotiating explanations: doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms – a qualitative analysis. *Fam Pract* 2017; 34: 107-113.
17. LE ROY L. Effecten van behandeling bij patiënten met chronische moeheid en het chronisch vermoeidheidssyndroom met of zonder significante slaapstoornis. Ongepubliceerd manuscript (masterproef 2016), UZ Gent, departement algemene inwendige ziekten.