




University Medical Center Groningen



Pijnrevalidatie werkt
.!?!...

15 januari 2013
Prof. dr. M.F. Reneman



REHABILITATION MEDICINE / CENTER FOR REHABILITATION

Rede uitgesproken ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van hoogleraar in de Revalidatiegeneeskunde, in het bijzonder 'Pijnrevalidatie en Arbeidsparticipatie' aan de Rijksuniversiteit Groningen op 15 januari 2013 door Prof. Dr. M.F. Reneman

Meneer de Rector Magnificus, leden van de senaat en het bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen, leden van de Raad van Bestuur UMCG, zeer geachte collega's, vrienden en familie:

De titel van deze rede is 'pijnrevalidatie werkt'. U ziet op de dia achter deze titel een punt, een uitroepteken, een vraagteken, en drie puntjes staan. Het zal u duidelijk worden wat dit betekent.

Ik zal starten met het geven van een overzicht van de leerstoel, namelijk 'pijnrevalidatie en arbeidsparticipatie', kortweg 'pijn en arbeid'. Omdat dit feitelijkheden betreffen, staat er een punt achter 'pijnrevalidatie werkt'. Vervolgens geef ik een overzicht van de wetenschappelijke stand van zaken, om daarna langer in te gaan op de wetenschappelijke uitdagingen. Ik zal afsluiten met een blik naar de toekomst.

Pijnrevalidatie werkt.

Het doel van deze leerstoel is om bij te dragen aan het verbeteren van pijnrevalidatie en aan arbeidsparticipatie van mensen met pijn. We onderscheiden acute van chronische pijn. Acute pijn is in principe een zeer nuttig fenomeen, want het heeft een signaalfunctie dat is gerelateerd aan weefselschade. Dit is het soort pijn dat u voelt als u met een hamer op uw duim slaat of last heeft van een spitaanval in de rug. De leerstoel richt zich echter vooral op chronische pijn. Onder chronische pijn verstaan we pijn die langer dan drie maanden bestaat. De relatie met weefselschade is niet meer duidelijk aanwezig, maar de pijn blijft desondanks bestaan. We noemen het dan aspecifiek, wat inhoudt dat er met de huidige kennis geen duidelijke medische oorzaak voor de pijn gevonden kan worden. Met pijn in het bewegingsapparaat bedoelen we dat het gelokaliseerd is in bijvoorbeeld spieren en pezen.

Chronische pijn komt veel voor. Van alle volwassenen heeft 90% wel eens pijn gehad van het bewegingsapparaat. Gelukkig gaat het in de meeste gevallen vanzelf weer over, vaak binnen enkele dagen of weken. Maar niet altijd. Van alle volwassenen heeft 20% op dit moment last van chronische pijn. Pijn is de meest voorkomende reden waarom mensen hun huisarts of fysiotherapeut bezoeken. Die kan vaak adequaat behandelen of adviseren, maar niet altijd. Vaak volgt een langdurige en frustrerende zoektocht naar adequate zorg bij meerdere specialisten¹. Chronische pijn heeft negatieve invloed op het fysieke, emotionele en sociale functioneren en kwaliteit van leven.

Een deel van de mensen met chronische pijn kan niet of minder goed functioneren in werk. Van al het arbeidsverzuim is circa eenderde gerelateerd aan pijn van het bewegingsapparaat. Ook de economische impact van pijn is fors. De kosten van alléén rugpijn zijn geraamd op 4 miljard euro per jaar, oftewel bijna 11 miljoen per dag, of ongeveer 1% van ons Bruto Nationaal Product².

We maken onderscheid in directe en indirecte kosten. Directe kosten hebben betrekking op de kosten voor medische en paramedische zorg. Dit neemt circa 20% van de totale kosten in beslag. De overige kosten (80%) hebben betrekking op de consequenties van de pijn, en dan voornamelijk het verlies aan arbeidscapaciteit.

Goed werk draagt bij aan gezondheid en welbevinden. Niet al het werk natuurlijk. Je kunt er ook ziek van worden en het kan pijn veroorzaken of in stand houden. Daar moeten we de ogen niet voor sluiten, maar heeft vandaag niet de nadruk.

Er wordt veel gemopperd wanneer het over werk gaat. Dat wordt gedaan door mensen die werken. Ik kan u verzekeren dat de meeste mensen die vanwege een gezondheidsprobleem niet werken graag met hen zouden willen ruilen.

In werkelijkheid is werk een van de levensdomeinen die door de meeste mensen hoog wordt gewaardeerd. Dat geldt ook voor mensen met pijn. Het zorgt voor structuur, inkomen, sociale contacten, en vervulling van kernwaarden. Werk kan zelfs therapeutisch zijn; het kan helpen om de pijn te verminderen³. Goed werk heeft positieve invloed op de gezondheid en het welbevinden, en geen of slecht werk heeft negatieve invloed⁴. Deze relaties zijn deels reversibel. Het gegeven dat werk positief kan bijdragen aan de gezondheid was voor een Amerikaanse verzekeringsmaatschappij aanleiding om een publiekscampagne te starten. Ik zal u een TV spotje laten zien uit deze campagne. ***

Ook als Nederlandse samenleving vinden wij het belangrijk dat mensen werken. We zullen in de toekomst langer doorwerken. Dat gaat wel gepaard met uitdagingen. Een oudere werkende heeft minder fysieke vermogens dan een jongere⁵, en bij het stijgen van de leeftijd neemt ook het aantal mensen met chronische pijn⁶ en andere gezondheidsproblemen toe. We krijgen dus te maken met een grotere groep werkenden met een lagere arbeidsbelastbaarheid, terwijl de arbeidsbelasting niet zal afnemen.

Wanneer behandeling gericht op pijnvermindering geen reële optie is, kunnen mensen met beperkingen als gevolg van chronische pijn van het bewegingsapparaat worden aangemeld voor pijn- of arbeidsrevalidatie. Dit zijn multidisciplinaire programma's, die meestal poliklinisch worden aangeboden door een team bestaande uit revalidatiearts, fysio- en ergotherapeut, psycholoog, arbeidsconsulent en soms ook andere professionals. Algemene doelstelling van pijnrevalidatie is het optimaliseren van het functioneren ondanks de pijn. Indien relevant, kan functioneren in arbeid een specifiek doel zijn. Tussen pijnrevalidatie en arbeidsrevalidatie bestaan overeenkomsten en verschillen. Een belangrijk verschil is dat bij arbeidsrevalidatie het optimaliseren van participatie in arbeid de belangrijkste doelstelling is, en de inzet van revalidatiemiddelen is hier dan ook primair op gericht⁷.

In Nederland wordt medische revalidatie aangeboden in revalidatiecentra en afdelingen van ziekenhuizen. Naar schatting wordt tenminste 15% van de patiënten in de Nederlandse revalidatie behandeld voor chronische pijn⁸. Van een totale omzet in de revalidatiezorg in Nederland, wordt ca 10% (€43 miljoen) besteed aan pijnrevalidatie.

De minister van VWS erkende vier Ontwikkelcentra PijnRevalidatie. Hoewel de formele erkenningsperiode is afgelopen, hebben zij nog steeds een trekkersfunctie voor ontwikkelingen in de pijnrevalidatie in Nederland. Het meeste wetenschappelijk onderzoek wordt hier geproduceerd. Ook implementatie van nieuwe ontwikkelingen

worden door deze centra uitgevoerd, zoals het invoeren van een nieuwe behandelmethode genaamd Acceptance en Commitment Therapie, en de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP). 38 centra participeren hierin en nemen een gestandaardiseerde set metingen af bij alle patiënten voor en na pijnrevalidatie. De dataset is zeer recent gereed gekomen en geeft met gegevens van ruim 8300 patiënten een inzicht die zijn gelijke in de wereld niet kent.

Mensen met pijn en problemen met arbeidsparticipatie kunnen ook terecht bij de arbeidsrevalidatie. Op dit vlak werken veertien revalidatiecentra samen onder de vlag van 'Vroege Interventie'. VI is gericht op snelle hervatting van werk of verhoging van arbeidsproductiviteit. Bedrijfsartsen zijn dan ook de belangrijkste verwijzers. Ook hier is een landelijke dataset arbeidsrevalidatie ingevoerd, en promovendus Timo Beemster is de effectiviteit en kosteneffectiviteit aan het bestuderen. Daarnaast beschikken sinds kort alle centra over de mogelijkheid om de functionele arbeidscapaciteit gestandaardiseerd te meten met behulp van een Functional Capacity Evaluation (FCE).

Pijnrevalidatie werkt!

Zowel binnen de pijn- als binnen de arbeidsrevalidatie wordt geïnnoveerd met als doel de programma's effectiever en efficiënter te maken. Waarom dat nodig is, zal ik u straks vertellen, maar pas nadat ik u heb verteld waarom 'pijnrevalidatie werkt' ook kan worden afgesloten met een uitroepteken.

Uit meerdere gecontroleerde onderzoeken en systematische reviews is steeds weer gebleken dat pijn- en arbeidsrevalidatie effectief én kosteneffectief is⁹⁻¹¹. Het is robuust effectief voor het verbeteren van kwaliteit van leven, verminderen van beperkingen in het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven, en ook, zij het in geringe mate, in het verminderen van pijnintensiteit. En, voor het thema van deze rede van groot belang: het is ook effectief in het verbeteren van arbeidsparticipatie. De resultaten uit de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie bevestigen dit positieve beeld. De resultaten worden niet alleen bereikt in mooi gecontroleerd onderzoek in binnen- en buitenland, maar dus ook in de dagelijkse Nederlandse revalidatiepraktijk. Dit alles is goed nieuws voor mensen met chronische pijn, en dus ook voor de werkenden onder hen. En hun collega's, bazen, partners en familieleden. Vandaar het uitroepteken.

Het uitroepteken geldt ook voor diegenen die de rekeningen betalen. De materiële opbrengsten zijn hoger dan de kosten. Dat geldt vooral wanneer het gericht is op verbeteren van arbeidsparticipatie. Hoewel de cijfers verschillen, bijvoorbeeld als gevolg van de gehanteerde rekenmethodes en verschillen tussen landen, is een ratio van 1:5 veel gehanteerd; voor elke euro die geïnvesteerd wordt in arbeidsrevalidatie bij mensen met pijn, wordt op termijn vijf euro terugverdiend. De winst zit hem voor een deel in een afname van medische consumptie en voor het grootste deel in een verbeterde arbeidsparticipatie, waardoor de kosten van arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid afnemen. Goed nieuws voor zorgverzekeraars, werkgevers, inkomensverzekeraars inclusief UWV. Omdat pijnrevalidatie bewezen effectief en kosteneffectief is, is het ook opgenomen in de professionele evidence based richtlijnen van relevante beroepsgroepen in Nederland^{12,13}.

We weten welke principes positief bijdragen aan het effect:

1. We moeten werken vanuit biopsychosociaal perspectief; dus tijdens diagnostiek en behandeling aandacht hebben voor biomedische, psychologische en sociale factoren die interacteren met pijn en met beperkingen.
2. We moeten tijdens het programma de activiteiten en werk geleidelijk in de tijd opbouwen, los van fluctuaties in pijnintensiteit. Aangepast werk, in taken en/of uren, dient dus beschikbaar te zijn.
3. De patiënt moet met zijn werk overeenstemming hebben over het doel en het traject van werkhervatting. Wij moeten overeenstemming hebben met de patiënt over de doelstelling en de werkwijze van de behandeling, inclusief werkhervatting.
4. Het effect neemt af naarmate de chroniciteit en de duur van het arbeidsverzuim toenemen. Als optimaal moment van start van revalidatie wordt vaak genoemd: tussen zes weken en drie maanden arbeidsverzuim.

Pijnrevalidatie werkt?

Tot zover het uitroepteken. Als alles zo mooi is, waarom dan überhaupt nog een leerstoel? Dit is helaas niet alleen een goed nieuws-show. Ik heb u namelijk slechts een deel verteld, dus nog niet alles.

De titel kan ook worden afgesloten met een vraagteken. Er zijn namelijk nog forse wetenschappelijke uitdagingen.

Ik vertelde u reeds dat pijnrevalidatie effectief is. Dat klopt ook. Maar helaas is het niet zo dat alle patiënten na afloop van de revalidatie weer fluitend het revalidatiecentrum uithuppelen en zich vrolijk melden bij de familie, de sportclub of de baas.

Het zelfgerapporteerde functioneren kun je met vragenlijsten meten. Hier komt dan een score uit van bijvoorbeeld 0 tot 100: 0 is niet beperkt, 100 is volledig beperkt. Een gemiddelde patiënt in de pijnrevalidatie begint rond de 50 en verbetert naar 35. Dit is een verbetering van 30%. Hoewel patiënten dit een relevante verbetering vinden; de gemiddelde omvang van het effect is matig¹³. Wat mij minstens zoveel zorgen baart, is dat er over de afgelopen jaren geen meetbare verbetering te zien is.

Eén van onze grote uitdagingen is om de omvang van het effect fors te vergroten. Daar zijn verschillende strategieën voor.

Ten eerste: identificatie van diegenen die niet verbeteren. Rondom een gemiddelde verbetering van 30% zit een forse spreiding: er zijn patiënten die heel veel verbeteren, maar ook die heel weinig of niet verbeteren. Naar die laatste groep is tot op heden geen onderzoek gedaan. Toch is dit een zeer relevante groep. Wanneer we de kenmerken kennen van de patiënten die weinig of geen baat hebben, kunnen we besluiten deze groep geen revalidatie aan te bieden, of onze programma's voor deze mensen aan te passen.

Een tweede strategie is nader onderzoek te verrichten naar de werkzame ingrediënten van pijnrevalidatie.

Dé patiënt met chronische pijn bestaat niet. Het gaat om een zeer heterogene mix van mensen met een complexe mix van kenmerken. Wij bieden hen programma's met een brede mix aan ingrediënten, gericht op verbeteren van

fysieke vermogens, activiteitenpatronen, gedrag, cognities, belastbaarheid - belasting en de balans daar tussen, coping en gespreksvaardigheden, mindfulness, ontspanning, zingeving, pijneducatie etc. etc. Ik ben nog lang niet compleet, maar daar gaat het ook niet om.

Wanneer je een breed programma met veel ingrediënten biedt, is de kans dat je iets goed doet aanwezig. Als je met hagel schiet, raak je altijd wel iets. Maar je schiet ook veel mis, en dus geef je ook overbodige behandelingen. Bovendien krijgen we geen inzicht in ingrediënten die voor het individu werkzaam zijn, niet in het werkingsmechanisme, en geen rationele argumenten om programma's te verbeteren. Met een goed gericht schot kun je meer bereiken dan met een korreltje hagel. Maar waarop moet je richten? Hiervoor is het essentieel om met behulp van goede diagnostiek in kaart te brengen waarom deze patiënt, met deze pijn, met deze lichamelijke en psychologische kenmerken, met dit werk, bij deze werkgever, niet goed functioneert. Wanneer we figuurlijk gezien de vinger beter op de pijnlijke plek kunnen leggen, kunnen we ook gericht ingrediënten aanbieden die de effectiviteit en efficiëntie verbeteren.

Hiervoor hebben we gevalideerde functioneel diagnostische instrumenten nodig. Ons huidige instrumentarium is verre van optimaal en leunt vrijwel volledig op zelfrapportage en de inschatting van de clinici. Zelfrapportage met vragenlijsten is meestal goed reproduceerbaar, maar geeft inzicht in een deel van de werkelijkheid, niet het geheel. De inschatting van de clinici is wetenschappelijk gezien 'suboptimaal' – en dan druk ik mij voor de gelegenheid netjes uit.

In het Centrum voor Revalidatie zijn wij al jaren doende een deel van het diagnostisch arsenaal te verbeteren. Met het onderzoek naar het meten van de functionele arbeidscapaciteit doen we wereldwijd mee in de kopgroep: wij hebben de afgelopen jaren met meerdere promovendi veel geleerd over het meten van arbeidscapaciteit bij mensen met rugpijn, artrose en gezonden. Op het moment onderzoeken drie promovendi (drs. Wim Jorritsma, Suzan van der Meer en Maurizio Trippolini) de arbeidscapaciteit van mensen met chronische nekpijn, inclusief whiplash. Een van de grootste vooruitgangen die we hebben geboekt is het ontwikkelen van criterium-normen, het promotieonderzoek van dr. Remko Soer¹⁴. Het is nu mogelijk de score van de patiënt te relateren aan datgene wat hij nodig heeft (de arbeidsbelasting), en dus niet aan een nietszeggend gemiddelde van geslacht- en/of leeftijdgenoten. Bovendien is het mogelijk gericht te interveniëren. Met dit diagnostisch instrument kunnen we inmiddels een deel van het functioneren in arbeid verklaren¹⁵. Maar dat is nog lang niet genoeg. Het ontrafelen van 'wat werkt voor wie' begint met reproduceerbare, gevalideerde, en criterium genormeerde meetinstrumenten!

De dosis en duur van pijnrevalidatieprogramma's in Nederland verschilt enorm. Kunt u zich voorstellen dat u met dezelfde kwaal van de ene dokter een potje krijgt met tien pillen, en van de andere een potje met honderd pillen? Of dat u een pot met dertig pillen krijgt, en de ene dokter zegt dat u hier drie weken en de andere zegt dat u er drie maanden over kan doen. Dat lijkt wat vreemd. Toch is dit wat er gebeurt. De factor 'dosis' is nog nooit onderwerp van studie geweest, en we weten dus ook niet hoe dosis en effect zich tot elkaar verhouden. Op dit moment loopt in

het Centrum voor Revalidatie UMCG, uitgevoerd door promovenda Franka Waterschoot, de eerste trail ooit waarin niet de ingrediënten, maar de dosis onderzocht wordt.

Hieraan gerelateerd is de snelheid van opbouw van werk. We weten niet hoe snel deze kan, moet of mag zijn. Ook de richtlijnen van de bedrijfsartsen zwijgen hierover.

Zoals eerder gemeld, zal niet alleen het aantal mensen met pijn toenemen, maar ook het aantal andere chronische aandoeningen. Bovendien worden we dikker en bewegen we minder, wat ook weer samengaat met chronische aandoeningen. Tot op heden is echter verreweg het meeste wetenschappelijk onderzoek verricht met groepen mensen die ‘alleen’ pijn hebben. Mensen die naast pijn ook andere aandoeningen hebben, werden voor onderzoek geëxcludeerd om de heterogeniteit van de studiepopulatie te beperken. Hierdoor hebben wij een belangrijk hiaat in onze kennis, die, gelet op de demografische ontwikkelingen, steeds relevanter wordt.

Misschien is aspecifieke pijn minder aspecifiek dan we denken. Er zijn vanuit de neurowetenschappen in de afgelopen decennia fascinerende nieuwe inzichten ontstaan over de werking en veranderingen van het centrale en perifere zenuwstelsel bij chronische pijn. Deze inzichten geven onderbouwing voor iets wat we het ‘gesensitiseerde zenuwstelsel’ noemen. In zijn meest eenvoudige manier is dit uit te leggen als een alarmsysteem dat te scherp staat afgesteld, waardoor prikkels in het brein een andere betekenis en omvang krijgen. Ook andere klachten, zoals vermoeidheid en somberheid, kunnen vanuit sensitisatie verklaard worden. Het is nog niet bekend hoe we deze nieuwe inzichten het beste kunnen vertalen naar het functioneren met pijn.

Naast ingrediënten en dosis, speelt er nog iets anders wat mogelijk invloed heeft op de effectiviteit van de revalidatie. Een groot deel van het effect van psychologische behandelingen kan worden verklaard door de werkaliantie tussen de therapeut en de patiënt. Wanneer deze goed is, verklaart dit zelfs een groter deel van het behandelingsucces dan de ingrediënten. Het is plausibel aan te nemen dat dit ook binnen de pijnrevalidatie een rol speelt, maar hier is helaas nog beperkt onderzoek naar gedaan¹⁶.

Een vrij dominant thema in de pijnrevalidatie is ‘kinesiofobie’, wat angst voor bewegen betekent. De gedachte is dat een deel van de patiënten kinesiofoob is. Omdat zij denken dat bewegen schadelijk zou kunnen zijn, bewegen zij minder, wat leidt tot beperkt functioneren. Waar we ons echter veel minder bewust van zijn, is dat ook klinici kinesiofoob kunnen zijn¹⁷. Uit onderzoek van promovenda Sandra Jorna-Lakke is bekend dat klinici hun kinesiofobie kunnen overbrengen op hun patiënten. Dit leidt tot adviezen en behandelingen die voor de patiënt met chronische pijn contraproductief zijn en ook niet consistent zijn met professionele richtlijnen.

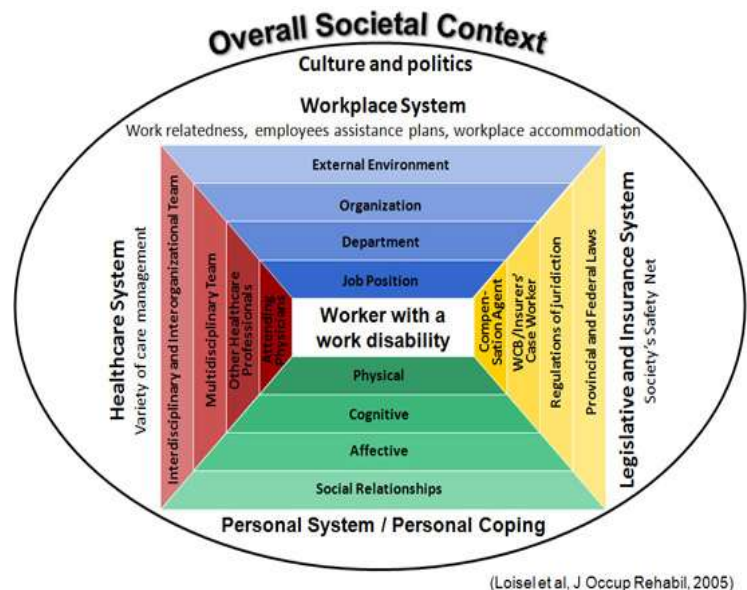
Uit onderzoek weten we dat ook ‘de Nederlander’ een zekere mate van irrationele angst voor bewegen heeft¹⁸. Bovendien zit de angst voor het tillen er flink in. Een gemiddelde Nederlander, en al helemaal iemand met chronische pijn, krijgt de wereld aan adviezen. Is het niet via het internet, dan wel via advertenties, familie, de

buurvrouw, de baas en collega's. Veel van de adviezen zijn goed bedoeld, maar niet gebaseerd op evidentie. Het is van belang dat ook de Nederlander bekend raakt met de adviezen die wél aangetoond werkzaam zijn.

Pijnrevalidatie werkt ...

In het laatste deel van deze rede zal ik een voorzichtige blik vooruit werpen. Dat is nog niet helemaal ingevuld. Vandaar de puntjes ...

In de afgelopen decennia is er veel onderzoek gedaan naar de biomedische en psychologische factoren. Veel minder onderzoek is gedaan naar sociale factoren, al dan niet werk-gerelateerd. Deze factoren zijn bijeengebracht in een classificatie zoals te zien op de dia¹⁹. In het midden staat de werkende met beperking. Hij heeft te maken met vier systemen: privé, het werk, de gezondheidszorg, en wet- en regelgeving. Hij en die vier systemen worden beïnvloed door de algemene maatschappelijke context, inclusief iets wat wij 'cultuur' noemen. Dit plaatje maakt ook duidelijk dat de gezondheidszorg maar een deel van de participatie kan beïnvloeden. Als het werk of privé niet meewerkt, wordt het een stuk lastiger of zelfs onmogelijk.



Alle onderdelen zijn te onderzoeken en te beïnvloeden. In mijn leerstoel richt ik mij vooral op het optimaliseren van pijn- en arbeidsrevalidatie, maar het zou een grote fout zijn als ik de andere systemen niet zou integreren in onderzoek, onderwijs, en patiëntenzorg. Voortvloeiend uit de genoemde wetenschappelijke uitdagingen benoem ik drie thema's.

1. Verbeteren pijn- en arbeidsrevalidatie

Om de omvang van het effect te vergroten, moeten we inzetten op: 'voor wie is het effectief', 'wat zijn de werkzame ingrediënten en de dosis', en een beter functioneel diagnostisch arsenaal. We moeten ook kritisch naar onszelf kijken, als een van de sociale factoren waar een patiënt mee te maken heeft. Om de kwaliteit van de sector verder te verhogen pleit ik ook voor het ontwikkelen van een Nederlandse evidence based richtlijn pijnrevalidatie.

2. Specifieke pijn, multiproblematiek, veroudering

Ons onderzoek van Revalidatiegeneeskunde is ondergebracht in EXPAND; een acroniem dat staat voor Extremitities, Pain And Disability. Het staat echter ook voor expanderen (vergroten) van het functioneren van onze patiënten en de revalidatiegeneeskundige kennis hierover.

Goede voorbeelden waarin beide speerpunten samenwerken zijn het onderzoek van promovenda Sietke Postema naar pijn als gevolg van overbelasting bij mensen die slechts over één arm beschikken, en het onderzoek 'werken met handartrose'.

Wij dienen aangetoond werkzame programma's te ontwikkelen voor mensen met specifieke pijn en multiproblematiek. Binnen het Wervelkolomcentrum UMCG komen veel mensen met specifieke pijn en die worden zo nodig door meerdere specialismen behandeld: anesthesiologie, neurologie, neurochirurgie, traumatologie, orthopedie, en natuurlijk de revalidatie. Deze multispecialistische samenwerking biedt de mogelijkheid om buiten de gebaande paden van het specialisme te kijken en hiervan te leren. Een voorbeeld hiervan is onderzoek dat wij hebben uitgevoerd naar de combinatie pijnrevalidatie en pijnbestrijding. Een ander voorbeeld is onderzoek naar de effectiviteit van twee chirurgische technieken voor een nekhernia waarbij het functioneren de primaire uitkomstmaat is.

Het overkoepelende onderzoeksthema van het UMCG is Healthy Ageing. Binnen Healty Aging @ Work richten wij ons op de duurzame inzetbaarheid van de oudere werkende met pijn en andere aandoeningen. Binnen de Healthy Ageing-ontwikkelingen past ook de ambitie om de deuren van het CvR gericht open te zetten voor de werkende Noorderling. Dat is alleen mogelijk wanneer we bestaande werkwijzen en structuren aanpassen. Een stap in de goede richting is een onderzoek waarin het CvR met de Sociale Geneeskunde en het UWV samenwerken om mensen met multiproblematiek en langdurig arbeidsverzuim te helpen om de arbeidscapaciteit en –participatie te verbeteren.

3. Zelfmanagement en preventie

Met Sociale Geneeskunde, in het bijzonder dr. Sandra Brouwer, werken we samen op de grensgebieden van de revalidatie-, bedrijfs- en de verzekeringsgeneeskunde met als centrale vraag hoe we werkenden met gezondheidsproblemen duurzaam inzetbaar kunnen houden. Een voorbeeld is het recent afgeronde onderzoek 'Werken met Pijn', uitgevoerd door dr. Haitze de Vries. Wij hebben voor het eerst systematisch gekeken naar de grootste, maar wetenschappelijk onbekende, groep mensen met chronische pijn die in staat zijn duurzaam te blijven werken. Het heeft nieuwe inzichten opgeleverd over het waarom en het hoe van werken met pijn en over zelfmanagement. We gaan hier zeker mee door. Dit soort revalidatieonderzoek past goed bij de nieuwe definitie van gezondheid, zoals voorgesteld door de Gezondheidsraad en ZonMW: gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven²⁰.

Een ander voorbeeld is een onderzoek van promovendus Berry van Holland naar duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de vleesverwerkende industrie, waarin we effectieve elementen uit de bedrijfs- en revalidatiegeneeskunde hebben samengevoegd tot een integraal programma.

Met de huidige stand van de wetenschap is het niet bekend of en hoe we rugpijn kunnen voorkomen²¹. Preventie van beperkingen is wel mogelijk; door te blijven bewegen en te participeren. Dat staat ook in de richtlijnen, maar die zijn bij het grote publiek onbekend en worden niet door alle medici nageleefd. Na voorbeelden van andere landen hebben wij stappen genomen om ook in Nederland een multimediacampagne te entameren gericht op preventie van beperkingen als gevolg van rugpijn²². We kennen al succesvolle campagnes tegen roken en alcohol bij kinderen. We zijn in gesprek met een consortium van potentiële partners of we ook ten aanzien van rugpijn winst kunnen bereiken op populatieniveau.

Geachte aanwezigen. Tijdens deze rede heb ik u meegenomen in de ins en outs van deze boeiende en relevante leerstoel. U hebt zicht gekregen op de wetenschappelijke status, de uitdagingen, en de plannen.

Op deze dia ziet u een aantal samenwerkingspartners binnen en buiten het UMCG met wie ik dit alles hoop te realiseren. Eén wil ik specifiek benoemen: de patiëntenverenigingen. Zij zijn de 'eindgebruiker' van ons wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en zorg, en krijgen gelukkig een steeds belangrijkere rol, ook bij het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben velen dankbaar dat ik de mogelijkheid heb om dit werk te mogen doen. Er is mij echter gevraagd om een dankwoord tijdens de oratie achterwege te laten.

Daarom sluit ik af met het uitspreken van de oprechte hoop dat deze leerstoel de gewenste uitwerking zal hebben: het verbeteren van pijnrevalidatie en arbeidsparticipatie van mensen met pijn. Kortom: pijnrevalidatie werkt ... beter!

Ik heb gezegd.

The slide is titled "Pijnrevalidatie en Arbeidsparticipatie" and features the "expand" logo in the top left and the "university of groningen" logo in the top right. It lists two main categories of partners:

- EXPAND**
 - CvR – Pijnteam en Team Arbeid
 - Wervelkolomcentrum
 - Sociale Geneeskunde – A&G
 - Healthy Ageing
 - Bewegingswetenschappen
- Hogescholen: Hanze, HU, Saxion**
 - Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie
 - RN en Vroege Interventie
 - VRA / WPN, KNGF, NVAB, NVVG
 - Kenniscentra KCVG, AKC
 - Patiëntenverenigingen
 - Dutch Pain Society
 - Societal Impact of Pain
 - Fit for Work

At the bottom of the slide, there is a collage of logos for various organizations, including: de Psychotherapeut, NVVG, Hogeschool Utrecht, AKC, VRA, SIP, NVAB, Nederlandse Vereniging van Artsen in de Revalidatie, Dutch Pain Society, Vroege Interventie, Revalidatie Nederland, Kenniscentrum Overlevingsonderzoek, and WPN.

Referenties

1. Regieraad Kwaliteit van Zorg. Chronische pijn. Den Haag, november 2011.
2. Lambeek LC, van Tulder MW, Swinkels IC, Koppes LL, Anema JR, van Mechelen W. The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Jun;36(13):1050-8.
3. Vries HJ de, Brouwer S, Groothoff JW, Geertzen JHB, Reneman MF. Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: A qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011, 12:126
4. Waddell G, Burton K. *Is work good for health and well-being?* TSO, London, UK, 2006.
5. Soer R, Brouwer S, Geertzen JHB, Groothoff JW, Reneman MF. Decline of functional capacity in healthy ageing workers. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Dec;93(12):2326-32.
6. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012 Jun;64(6):2028-37.
7. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, Fritz J, Krupa T, Marnetoft SU, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil* 2011 Jun;21(2):126-133.
8. Brancherapport Revalidatie 2010. Revalidatie Nederland, Utrecht, december 2010.
9. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1): CD001822.
10. Waddell G, Burton AK, Kendal NAS. *Vocational rehabilitation: what works, for whom, and when?* The Stationery Office, London, UK, 2009.
11. Wevers C, Genabeek J, Steenbeek R, Buijs P. Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst. TNO-rapport 2010.
12. Ketenzorgrichtlijn specifieke lage rugklachten. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht, 2010.
13. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G; COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S192-300.
14. Soer R, Schans CP van der, Geertzen JHB, Groothoff JW, Brouwer S, Dijkstra PU, Reneman MF. Normative values for a Functional Capacity Evaluation. *Archives of PMR*, 2009, 10, 1785-94.
15. Kuijjer PPFM, Gouttebauge V, Brouwer S, Reneman MF, Frings-Dresen MHW. Are performance-based measures predictive of work participation in patients with musculoskeletal disorders? A systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*, 2012, 85, 2, 109-23.
16. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: A systematic review. *Phys Ther*. 2010;90:1099-1110.
17. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Are we "fear-avoidant"? *Pain*. 2006;124:240-241.
18. de Boer MJ, Struys MM, Versteegen GJ. Pain-related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population. *Eur J Pain*. 2012 Aug;16(7):1044-52.
19. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, Webster B. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*. 2005 Dec;15(4):507-24.
20. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343.
21. Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A, Müller G, van der Beek AJ; COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005 Aug;19(4):541-55.
22. Gross DP, Deshpande S, Werner EL, Reneman MF, Bowen S, Miciak M, Buchbinder R. Fostering Change in Back Pain Beliefs and Behaviours: When Public Education Isn't Enough. *Spine J*. 2012 Nov;22(11):979-88.