

De mogelijkheden inzake socioprofessionele re-integratie van chronische pijnpatiënten: praktische gevolgen

P. Mairiaux, ME. Faymonville, AS Nyssen
Université de Liège



Waarom specifiek chronische pijn?

- Pijnpunt van de maatschappij
 - 38 % van de Belgische bevolking zou eraan lijden (Lourtie, 2009)
 - 19 % van de Europese volwassen bevolking (Breivik et al., 2006)
- Arbeidsstatuut van de patiënten die door de Belgische pijncentra worden gevolgd
 - 33 à 35 % van de patiënten zijn arbeidsongeschikt (Faymonville et al. 2014; Bourgeois et al. 2015)
 - 37 % van de patiënten werken, maar zijn gemiddeld 57 dagen per jaar arbeidsongeschikt
 - Andere patiënten zijn werkloos, of gepensioneerd
- Rechtstreekse en onrechtstreekse kosten van arbeidsongeschiktheid wegens chronische pijn:
 - 12 miljard euro voor België (*Symposium ZNA, februari 2014*)

Studie gefinancierd door het RIZIV-kenniscentrum

- Doelstellingen:
 - Cartografie van de initiatieven die in België en op internationaal vlak op socioprofessioneel gebied zijn genomen met betrekking tot chronische pijn
 - Uitwerking van een model voor de socioprofessionele re-integratie van chronische pijnpatiënten
- Methodologie
 - Stand van de literatuur
 - Gesprekken:
 - 11 grote ondernemingen + 5 KMO's
 - EDPB (Idewe, Mensura, Securex)
 - Pijncentra (UCL Saint-Luc, ZOL Genk, ZNA Middelheim, Jessa Hasselt, UZ Pellenberg)
 - Instellingen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van personen met een handicap (AWIPH, GTB)
 - Patiëntenverenigingen (LUSS, Vlaams Patiëntenplatform)

Vaststellingen op basis van de stand van de wetenschap (1)

- Weinig studies die specifiek gewijd zijn aan chronische pijn, weinig voorbeelden van specifieke acties
- De weinige voorbeelden benadrukken het belang van:
 - het multidisciplinaire team: geneesheren-pijnspecialisten, ergonomen, sociaal assistent, kinesitherapeut, psycholoog, arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer
 - de rol van de coördinator: houdt contact met de werkplek, bevordert de communicatie met de stakeholders, ziet toe op de tijdslijn van de acties
 - de participatieve aanpak op de werkplek
- **Coördinator** voor de terugkeer naar het werk en **korte termijn** tussen stopzetting en hervatting: twee **voorspellende** factoren voor het slagen van de acties (Hamer et al. 2013)

Struikelblokken voor de terugkeer naar en/of het behoud van het werk

- **Persoonlijke factoren:** Zijn eigen grenzen niet kennen, een volledig herstel verwachten, leeftijd (ouder), laag opleidingsniveau, geen sport beoefenen, gezinsinkomen, interferentie gezinsleven-beroepsleven.
- **Gezondheidsgerelateerde factoren:** Vermindering van de fysieke capaciteiten, aanhoudende pijn, niveau van gevoelde vermoeidheid, intensiteit van de pijn, vage pijn, antecedenten, initiële ernst van de pijn, antecedenten van langdurige afwezigheid, langere initiële afwezigheid, somatisatie
- **Psychosociale factoren:** relaties met de collega's, de werkgever, psychologische stress
- **Werkgerelateerde factoren:** zwaar, stresserend werk, aanpassingsmarges, polyvalentie,...

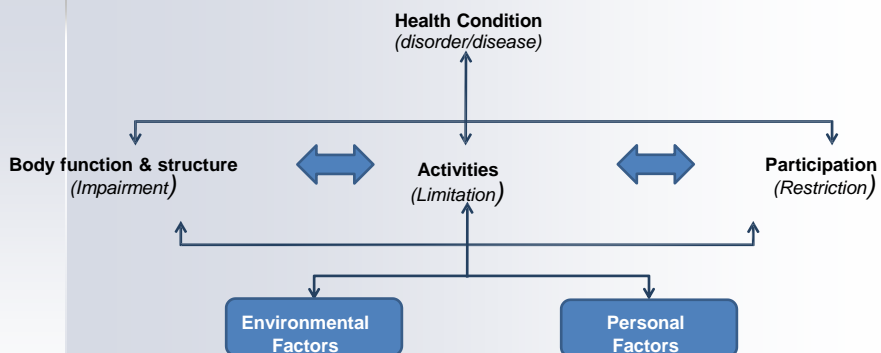
Vaststellingen naar aanleiding van de gesprekken (2)

- Ondernemingen, IDPB, EDPB
 - Zijn niet in staat om de frequentie van de arbeidsongeschiktheden in verband met chronische pijn in te schatten
 - Geen **specifiek** programma voor chronische pijn
 - Gericht afwezigheidsbeleid (MSA): contact opnemen na 3 weken afwezigheid, bezoek voorafgaand aan de werkhervatting, deeltijdse werkhervatting, aanpassing van de werkplek, telewerk
 - Moeilijke evaluatie van de programma's
- Belgische pijncentra
 - Perceptie dat de belangrijkste factoren voornamelijk persoonlijk en sociaal van aard zijn (bijv. financieel, familiaal of persoonlijkheidsgebonden)
 - Kennen geen concrete initiatieven die in de ondernemingen zijn ingevoerd
 - 30 à 40 % van de patiënten vragen actief om het werk te hervatten
 - er wordt een vroegtijdige actie van de huisarts gewenst, en niet gewoon een voorschrift van arbeidsongeschiktheid (gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid: 76 maanden)
- Patiëntenverenigingen en gespecialiseerde organen
 - Weinig initiatieven op het vlak van de terugkeer naar het werk
 - De erkenning van de pijngerelateerde handicap krijgt voorrang
 - Weinig aanpassingsmarges in de ondernemingen

Conclusie: 2 aparte benaderingen



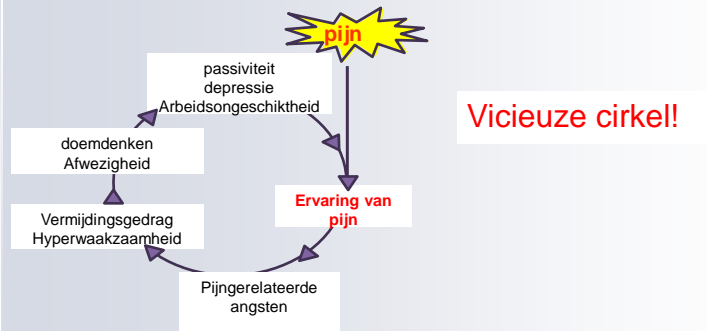
ICF-model van de WGO (2001): International Classification for Functioning, disability and handicap



Arbeidsongeschiktheid

- Klassiek paradigma van arbeidsongeschiktheid: *Werken is slecht voor de gezondheid!*
 - Op het vlak van preventie: "Avoid the cause and you will avoid the disability"
 - Op het vlak van behandeling: "Curing the disease will avoid disability"

- **Gevolg:**



Adapted from J. Vlaeyen, Pain 2000

IS ER EEN ALTERNATIEF?

De ervaring van pijn hangt af van plezier, autonomie, tevredenheid

Dimarso (2001, n=1624)

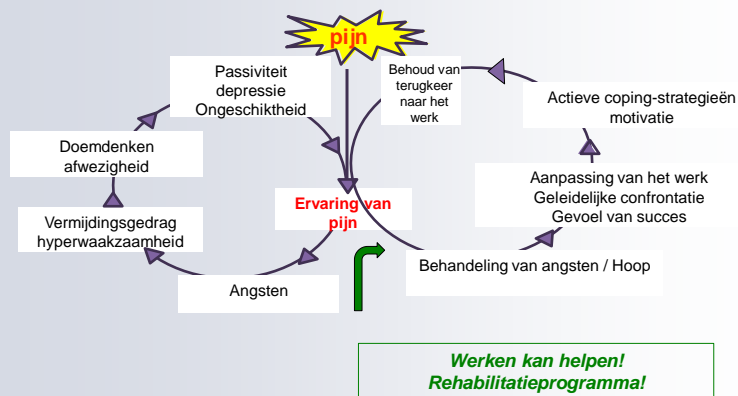
Chronic pain by category		Potential active population in Belgium
Employees	34%	37%
Unemployed	18%	10 %
Blue-collar workers	12.9%	27.7%
Independent workers (liberal prof.)	2.6%	14%
.....		



Pain, 2010 : Richter et al. : fMRI: desactivering van de hersendelen die worden gestimuleerd door het pijnnetwerk tijdens afleidende taken

JA: het kan anders

Dit vereist echter een andere manier van denken en van samenwerken!



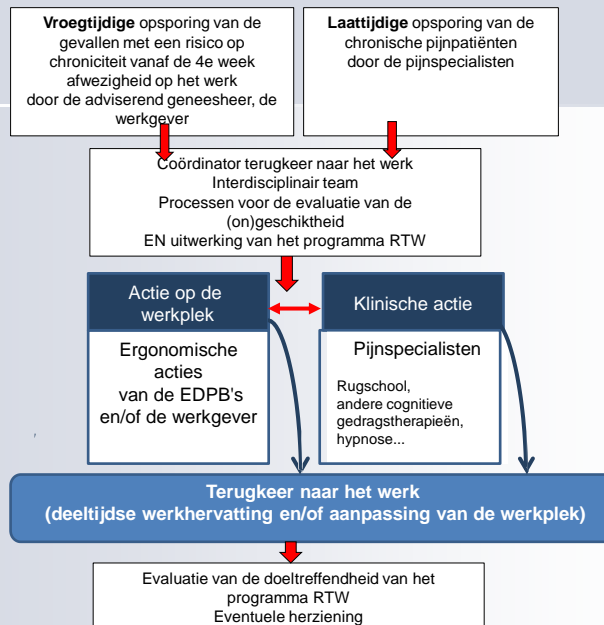
Adapted from J. Vlaeyen, Pain 2000

Integratieve en participatieve aanpak



Aangepaste koppeling: de juiste persoon op de juiste plaats binnen de juiste context!

Model van professionele re-integratie



Welke evaluatie?

- Meestal evaluatie op het vlak van de vermindering van de pijn, van de angst,...(Turk 2002,...)
- **Maar welke andere gevolgen op middellange en lange termijn?**
 - Minder geneesmiddelen?
 - Meer lichaamsbeweging?
 - Verbetering van de levenskwaliteit?
 - **Behoud van en/of terugkeer naar het werk?**
 - Kosteneffectiviteit?

Geïntegreerd programma voor professionele re-integratie (GPPR)

- Aanzienlijke vermindering van de gevoelde pijn
 - Aanzienlijke vermindering (63 %) van de geneesmiddelenvoorschriften
 - Toename met 43 % van de lichaamsbeweging
 - Terugkeer naar het werk tussen 48 en 65 % (na 7 jaar pijn!) - UITZ. terugkeer naar het werk na lumbale heelkunde: 20 %)
 - Kosten-baten: vermindering met 62 % van de medische kosten
- Slechts 6 % van de patiënten die door specialisten in chronische pijn worden behandeld, zijn echter opgenomen in een geïntegreerd programma voor professionele re-integratie!**
- Enkel de programma's met meerdere disciplinaire onderdelen hebben een reële impact op de terugkeer naar het werk (Cullen et al 2016)

WAAROM?

Programma's RTW zijn moeilijk te organiseren!

- De samenwerking van vele actoren is vereist: geneesheren-algologen, arbeidsgeneesheren, adviserend geneesheer, psychologen, ergonomen, werknemers, werkgevers
- Elk van hen verwacht een vergoeding of compensatie (bijv. voor het productieverlies)
- Steeds minder manoeuvreerruimtes in de ondernemingen wegens nieuwe organisatievormen (polyvalentie, flexibiliteit, lean,...)
- Weinig of geen communicatie tussen de medische wereld en de ondernemingswereld

Aanbevelingen van de werkgroep van het RIZIV (1)

- De evaluatie van de arbeids(on)geschiktheid zou als fundamenteel doel moeten hebben om arbeidsongeschiktheid te voorkomen.
- De aanstelling van een interdisciplinair team in het kader van de interpretatie van het biopsychosociaal model van chronische pijn met een coördinator "terugkeer naar het werk"
- De evaluatie van de (on)geschiktheid zou op twee processen moeten zijn gebaseerd:
 - 1) analyse van de factoren die inherent zijn aan de pijn
 - 2) analyse van de factoren die inherent zijn aan het werk
- Wat de trajecten betreft, zou er een onderscheid moeten worden gemaakt tussen twee groepen van chronische pijn, namelijk die met
 - 1) een biomedisch substraat (wervelkolom, neuropathische en osteoarticulaire pijn)
 - 2) vagere pijn (fibromyalgie, chronisch pijnsyndroom, psychiatrische aandoeningen)

Aanbevelingen (2)

- De ontwikkeling van communicatiemiddelen teneinde de samenwerking tussen de medisch-psychologische teams en de onderneming en de EDPB's te bevorderen
 - 1) Creatie van modelfiches voor de synthese van de analyses
 - 2) Creatie van moeilijkheidsfiches en analyse van de manoeuvreerruimtes op het vlak van de aanpassing van de werkplek
 - 3) Ergotherapeutisch overleg - ergonoom
 - 4) Vergadering met de ergonoom, arbeidsgeneesheer, team van de diensten algologie, adviserend geneesheer, patiënt
- Stimulerende financieringscontext voor het gecoördineerd werk van de betrokken actoren

Aanbevelingen (3)

- Informatie en sensibilisering van de artsen en multidisciplinaire teams van de algologiecentra over de beperkingen en hefbomen voor het behoud van/de terugkeer naar het werk van chronische pijnpatiënten, en over de hulpmiddelen die door de overheden ter beschikking worden gesteld
- Incentive voor de ondernemingen om een systeem te ontwikkelen waarmee de moeilijkheden op de werkplek kan worden gemeten, teneinde de bestaande lichtere functies te identificeren, en het onthaal en het behoud van personen die aangepast werk nodig hebben, te bevorderen

Voorbeeldactie voor patiënten met multiple sclerose

- Interdisciplinair project: CHU, LECIT, werkgevers, patiënten
 - Evaluatie van de cognitieve stoornissen: **neuroloog, neuropsycholoog CHU**
 - De gevolgen voor het werk: **ergonomisch gesprek, dagboekje en bezoek aan de werkplek**
- Strategieën bedenken voor de tenlastenemingen en aanpassingen in samenwerking met de **werknemer** en de **werkgever**
 - Daarbij de impliciete hangmattheorie te vermijden (Falzon, 1996): de activiteit van de werknemer verminderen
 - Door ethische vragen te stellen betreffende de actie op het werk



Merci / Dank u

Working for a healthier tomorrow...

Dame Carol Black, 2008