

Modelvoorstel voor de re-integratie van de pijnpatiënt in het arbeidscircuit

I. Inleiding

Deze visietekst vertrekt van de ervaring in de dagelijkse praktijk van pijnartsen en vanuit een gevoel van verantwoordelijkheid naar hun patiënten. De inhoud van deze tekst wordt gedragen door de Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijders (VAVP).

Als pijnartsen zien we vaak jonge mensen die jarenlang arbeidsongeschikt zijn omwille van chronische pijn. Naast het feit dat deze langdurige arbeidsongeschiktheid leidt tot een verminderd inkomen, bemerken we bij de patiënten dikwijls een sociaal isolement en een verminderd zelfbeeld. Patiënten zitten in een negatieve spiraal waar ze moeilijk alleen uit geraken. De maatschappelijke houding tegenover hen benadrukt wat een patiënt niet meer kan en veronachtzaamt zijn restcompetenties.

Er is bovendien onduidelijkheid over uitkeringen en over wat er gebeurt bij herval na een potentiële werkhervatting. Uitspraken daarover van de arbeidsgeneesheer, de mutualiteitsarts en specialisten spreken elkaar tegen.

De erkenning en subsidiëring van multidisciplinaire pijncentra maakt dat we onze patiënten nu ook optimaal en multimodaal kunnen ondersteunen.

De ervaring leert ons echter dat patiënten die een duidelijke pijnreductie ervaren na (interventionele) therapie, maar nog niet maatschappelijk gere-integreerd zijn, slechts een geringe verbetering van de levenskwaliteit vermelden. Het is ons doel om maatschappelijke herintegratie als doel van de behandeling te zien.

De mentale impact van langdurige arbeidsongeschiktheid is groot. Er is een verband met vroegtijdig overlijden, een grotere incidentie van zelfmoord en

een verhoogd risico op de ontwikkeling van psychische en algemene gezondheidsproblemen¹. Volgens Sheperd² is werk de centrale weg naar sociale re-integratie en maatschappelijk herstel en is het ook één van de belangrijkste identiteit verlenende aspecten³. Voor een chronische pijnpatiënt geldt evenzeer dat het hebben van werk een belangrijk deel van zijn identiteit is; het geeft hem sociale contacten; stimuleert de hersenen; geeft hem reden om op te staan 's ochtends, onderhoudt verbinding met de maatschappij, en zorgt voor financiële onafhankelijkheid⁴. Derhalve zou binnen het behandeltraject van de patiënt met chronische pijn een belangrijke focus op exploratie van mogelijkheden en herwinning van arbeidsgerichte activiteiten moeten liggen.

Een langdurige arbeidsongeschiktheid leidt tot afname van zowel de geobjectiveerde als de ervaren fysieke gezondheid⁵.

Ook de economische impact van langdurige arbeidsongeschiktheid is substantieel.

De werkloosheid in België ligt rond de 8%. Iemand die werkloos is, ontvangt een uitkering van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening. Daarnaast zijn er in België zo'n 330.000 langdurig zieken die een uitkering krijgen van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsuitkering. Als pijnartsen stellen we ons kritisch op tegenover de haalbaarheid om mensen met een 'handicap' te integreren in het arbeidscircuit terwijl er zo veel 'gezonde' werkzoekenden zijn.

Het aantal langdurig zieken stijgt jaarlijks met zo'n 5%. In 2013 waren 28,75% van deze mensen langdurig ziek omwille van musculoskeletale aandoeningen en een kleine 10% van het totale budget van de sociale zekerheid gaat naar de uitkeringen van het RIZIV.

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

Voor elke euro die in België wordt uitgegeven aan passieve uitkeringen wordt er 0,17 euro gespendeerd aan actieve, ondersteunende maatregelen; in Zweden is deze verhouding 1/1.

Dit heeft zijn weerslag op de arbeidsdeelname van chronische zieken in België: 47% versus 70% in Zweden.

Elke euro die geïnvesteerd wordt in actieve, ondersteunende maatregelen zou volgens Duits onderzoek 12 euro opbrengen (Dr. J. Breuer, German social accident insurance).

De psychosociale impact van langdurige arbeidsongeschiktheid is evenzeer groot. De ontwikkeling van chronische pijn en invaliditeit hangt meer af van individuele en werk-gerelateerde psychosociale factoren dan van fysieke of klinische symptomen⁷⁻¹¹. We weten dat blijvende, invaliderende symptomen kunnen voorkomen worden door het vroegtijdig identificeren en behandelen van psychosociale factoren en dat indirecte kosten significant gedrukt worden door 'multidisciplinaire pijnrehabilitatieprogramma's'¹²⁻¹⁹.

Vroegtijdige werkhervatting met restsymptomen verhoogt het risico op herval niet. Integendeel, ze vermindert de kans op herval en absentie tijdens de jaren die volgen op het hervatten van het werk^{20, 21}. Eén van de goedkoopste en eenvoudigste interventies met een grote efficiëntie is het geruststellen van de patiënt²².

Volgende risicofactoren worden in de literatuur opgetekend voor de ontwikkeling van langdurige arbeidsongeschiktheid:

- een langdurig bestaande pijnklacht voorafgaand aan de periode van arbeidsongeschiktheid
- de aanwezigheid van uitstralende pijn tot onder de knie
- een lage verwachting van de patiënt om opnieuw aan het werk te gaan
- pijnklachten met een groot nadelig effect op het dagelijks functioneren
- de overtuiging van de patiënt dat de pijnklacht wordt veroorzaakt door zijn werksituatie
- een hoog angst- en vermijdingsgedrag, arbeiders, vrouwen en een hoge leeftijd^{20, 23}.

Deze individuele en werkgerelateerde psychosociale risicofactoren worden onderverdeeld in een kleurengamma van waarschuwingsvlaggen.

Ons door ervaring en literatuur ingegeven advies is te focussen op een preventief beleid. Indien we een meetinstrument gebruiken om deze psychosociale risicofactoren in beeld te brengen, kunnen we mensen die een hoog risico hebben om in deze negatieve spiraal te vervallen, opsporen en vroegtijdig en intensief begeleiden. Op deze manier maken we een keuze tussen welke patiënten een monomodale therapie en welke een duurdere multimodale therapie kunnen ondergaan.

Dit zou zeker een win-win situatie betekenen voor patiënt en maatschappij¹². In dit opzicht is het beter om te overincluderen dan te onderincluderen^{9, 24}.

De screeningsvragenlijst voor acute rug-, nek- of schouderpijn (SARNSP) kan hiervoor gebruikt worden²⁵. Bij een cut-off waarde van de score op 105 heeft deze vragenlijst een sensitiviteit van 85% en een specificiteit van 75%. Uit een studie van Jellema blijkt dat de inschatting door de huisarts beter is dan de inschatting door deze vragenlijst²⁶, maar de kans dat een orthopedist de patiënt juist inschat is duidelijk lager dan de SARNSP vragenlijst²⁷. De SARNSP kan in elk geval dienen als leidraad voor een gesprek met de patiënt over dit onderwerp. Een andere vragenlijst met slechts drie vragen werd gebruikt door adviserende artsen van de CM tijdens een prospectieve studie waarin patiënten twee weken na het indienen van arbeidsongeschiktheid deze lijst toegestuurd kregen. Een consult bij de arts van de mutualiteit volgde 6 weken nadien. Gebruik makend van een cut-off score van 4 heeft deze vragenlijst een sensitiviteit van 73,7% en een specificiteit van 78,4%²⁰.

Voor ons als pijnspecialisten is het behandelen van een pijnklacht naar een aanvaardbare intensiteit primordiaal, maar wel tegen een achtergrond van re-integratie in het arbeidscircuit.

Sinds enkele jaren wordt binnen het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA) aandacht besteed aan dit onderwerp. Tijdens informele en formele vergaderingen, congressen en symposia werd in samenwerking met de verschillende actoren een inventaris gemaakt van het probleem in al zijn facetten en van de motivaties en remmingen om een patiënt terug aan het werk te krijgen.

II. Voorstel tot model voor arbeidsre-integratie vanuit een multidisciplinair pijncentrum

1. Het voorschrijven van de arbeidsongeschiktheid:

Om te vermijden dat een langdurige arbeidsongeschiktheid een lappendeken wordt, voorgeschreven voor verschillende periodes door verschillende artsen, lijkt het ons opportuun om arbeidsongeschiktheid steeds te laten voorschrijven door één enkele arts die als centrale figuur fungeert. De huisarts is hiervoor de meest geschikte persoon. De artsen van het multidisciplinair pijncentrum schrijven geen arbeidsongeschiktheid voor (tenzij deze gerelateerd aan de dag van de behandeling).

2. Vraag voor striktere opvolging door de huisarts van patiënten met arbeidsongeschiktheid:

Zeker tijdens de eerste maanden van het ziekteproces blijkt dat nauwgezette opvolging door de huisarts de kans op langdurige arbeidsongeschiktheid doet afnemen²⁸. Het screenen van risicofactoren voor langdurige arbeidsongeschiktheid dient vroegtijdig te gebeuren. Deze consultaties bij de huisarts zouden op vaste, vooropgestelde tijdstippen moeten gebeuren bij patiënten die hoog risico vertonen om langdurig uit te vallen.

3. Het geruistellen van de patiënt:

Patiënten worden actief geruistgesteld en worden van bij het begin van het traject aangespoord tot een zo spoedig mogelijke hertewerkstelling.

Het geruiststellen van patiënten – na het uitsluiten van rode vlaggen – is een goedkoop en efficiënt middel om langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen en is een praktijk die meer ingang zou mogen vinden.

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

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

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

5. Maatschappelijke participatie als doel van multidisciplinaire ondersteuning:

Wanneer een patiënt in het multidisciplinair circuit wordt opgenomen, zal ondersteuning op verschillende vlakken worden aangeboden. Het engagement en de inschikkelijkheid van de patiënt staan hierbij centraal. Dit wordt duidelijk besproken tijdens het intakegesprek. Re-integratie in de maatschappij en – zo mogelijk – in het arbeidscircuit wordt als doel van deze multidisciplinaire ondersteuning gezien. Een evaluatietool voor het opstellen van het arbeidscapaciteiten –en arbeidsvereistenprofiel van de patiënt met chronische pijn is zinvol (cfr ESF project weer werk).

6. Wie is wie?

Van elke pijnpatiënt die wordt opgenomen in het multidisciplinair circuit wordt in kaart gebracht wie de verschillende actoren zijn: mutualiteitsarts, arbeidsgeneesheer, huisarts. Het creëren van transparantie hierover zal de communicatie tussen alle betrokkenen ten goede komen.

7. Kennismaking met de lokale actoren:

Er worden ontmoetingen georganiseerd met de verschillende actoren van het arbeidscircuit. Het MPC legt contacten met de vaste aanspreekpersonen binnen het GTB, de VDAB, het GOB. De begeleiding van de patiënten zal gebeuren door jobcoaches in de buurt van de woonplaats van de patiënt.

8. Ergotherapeut, kinesist of maatschappelijk werker zijn link tussen zorg en werk:

Deze personen zijn binnen het multidisciplinair pijncentrum de contactpersonen naar de sector werk toe. Eén van deze medewerkers dient de opleiding tot disability case manager te volgen.

9. Maandelijks arbeidsre-integratieoverleg in het MPC:

Tijdens dit overleg worden de verschillende patiënten besproken die in begeleiding zijn voor arbeidsre-integratie. Op deze manier worden patiënten regelmatig opgevolgd. De huisarts kan ook uitgenodigd worden op dit overleg.

10. Contact met de adviserend geneesheer van de mutualiteit/ arbeidsgeneesheer:

Vanaf het moment dat de patiënt aangeeft dat hij klaar is om het proces van arbeidsre-integratie aan te vatten, wordt door de behandelende arts van het MPC (telefonisch) contact opgenomen met de adviserend geneesheer van de mutualiteit.

Er kan geopteerd worden voor de piste van graduele hertewerkstelling of voor het opnemen van de patiënt in de conventie waarbij door het RIZIV een budget ter beschikking wordt gesteld om aan arbeidsrehabilitatie of arbeidsheroriëntering te doen.

Een toestemming van de mutualiteitsarts dient best bekomen vooraleer het intakegesprek bij VDAB/GTB plaatsvindt.

Op voorhand is het moeilijk in te schatten of een arbeidsheroriëntering zal leiden tot arbeidsre-integratie. Een succesvolle re-integratie in het arbeidscircuit hangt af van vele factoren. We zijn van mening dat het beter is om te overincluderen en patiënten een kans te geven in de wetenschap dat het return on investment groot zal zijn.

11. Begeleid intakegesprek bij VDAB/GTB:

Het intakegesprek bij VDAB/GTB zal begeleid worden door de ergotherapeut/kinesist of de maatschappelijk werker van het MPC.

III. Andere noden en behoeften

- een sensibiliseringscampagne (cfr. gebruik van antibiotica, gebruik van röntgenstralen) voor huisartsen en specialisten om de impact van langdurige arbeidsongeschiktheid op het welzijn en de gezondheid van de patiënt te benadrukken zou zeker zinvol zijn. We zijn er ook van overtuigd dat dit een belangrijker opleidingsonderdeel van de opleiding tot arts moet worden.
- Een intensievere begeleiding door de mutualiteitsarts met focus op de restcapaciteiten en geruststelling van de patiënt wordt voorzien en lijkt ons zinvol. De manier van communicatie tussen specialist en mutualiteitsarts dient bepaald (telefonisch, vooraf bestaand document,...)
- We zijn ons er van bewust dat de rol van de arbeidsgeneesheer onvoldoende werd uitgelicht in dit document. Een transparantere en snellere communicatie dient nagestreefd zowel tussen de patiënt en de arbeidsgeneesheer als tussen de arbeidsgeneesheer en de huisarts/specialist. De arbeidsgeneesheer is naar alle waarschijnlijkheid het best geplaatst om arbeidscapaciteiten en arbeidsvereisten te matchen.
- De evaluatie van wat een patiënt op mentaal en fysiek vlak professioneel nog aankan zou op een gestandaardiseerde manier moeten gebeuren op basis van ICF classificatie.
- Het is een interessante denkpiste om deze evaluatie te centraliseren in centra die hier op dit moment reeds mee vertrouwd zijn zoals de onderzoeksteams GTB of vroegere GA (gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdiensten).

Auteur:

Dr. Marie Van Remoortere

Multidisciplinair Pijncentrum ZNA

Commandant Weynsstraat 165

2660 Antwerpen

marie.vanremoortere@zna.be

De inhoud van dit document wordt gedragen door de artsen van het Multidisciplinair Algologisch Team (MAT) en het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) van ZNA, sites Middelheim, Hoge Beuken, Jan Palfijn, Stuivenberg, Erasmus en door de artsen van de Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijders (VAVP).

Oktober 2015

Referentielijst

1. Organization WH. *Mental Health and Work: impact, issues and good practices* 2000.
2. Shepherd G. The value of work in the 1980s. *Psychiatric Bulletin*. 1989;13:231-133.
3. Botton D. *Ode aan de arbeid*. Amsterdam 2008.
4. Waddel G, Burton, Kim, Kendall & Nicholas. Vocational Rehabilitation - what works, for whom and when? . In: TSO, ed. *Report for the vocational rehabilitation task group*. London 2008.
5. McKee-Ryan S, Wanberg & Kinicki. Psychological and physical well-being during unemployment. A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*. 2005;90.
6. Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, et al. Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain--register data of 840,000 Swedish patients. *European journal of pain*. 2012;16:289-299.
7. Boersma K, Linton SJ. How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour research and therapy*. 2005;43:1495-1507.

8. Linton SJ, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *The Clinical journal of pain*. 2003;19:80-86.
9. Linton SJ. Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. *American journal of industrial medicine*. 2002;41:433-442.
10. Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, et al. Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *International orthopaedics*. 2009;33:301-313.
11. Pincus T1 BA, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002;27:E109-120.
12. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, Decade of the Flags" Working G. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011;91:737-753.
13. Stapelfeldt CM CD, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC musculoskeletal disorders*. 2011;12:122.
14. Eriksen J, Ekholm O, Sjogren P, Rasmussen NK. Development of and recovery from long-term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population. *Pain*. 2004;108:154-162.

15. Steenstra IA KD, Bongers PM, Anema JR, Mechelen W van, Vet HCW de
What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a
randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace
intervention in low back pain patients on return to work. *Spine*.
2009;34:1243-1249.

16. Heitz CAM HR, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D,
Klipstein A, Brunner F Comparison of risk factors predicting return to
work between patients with subacute and chronic non-specific low back
pain: systematic review. *European Spine Journal* 2009:1829-1835.

17. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Blankenstein AH,
Bouter LM, Stalman WA. Why is a treatment aimed at psychosocial factors
not effective in patients with (sub)acute low back pain? *Pain*.
2005;118:350-359.

18. Rogerson MD, Gatchel RJ, Bierner SM. A cost utility analysis of
interdisciplinary early intervention versus treatment as usual for high-risk
acute low back pain patients. *Pain practice : the official journal of World
Institute of Pain*. 2010;10:382-395.

19. Kant I, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van Leusden R, Berkouwer A.
Structured early consultation with the occupational physician reduces
sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness
absence: a randomized controlled trial. *Journal of occupational
rehabilitation*. 2008;18:79-86.

20. Du Bois M, Donceel P. A screening questionnaire to predict no return
to work within 3 months for low back pain claimants. *European spine
journal : official publication of the European Spine Society, the European*

Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2008;17:380-385.

21. Bigos SJ, Battie MC, Spengler DM, et al. A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine.* 1991;16:1-6.

22. Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. A decade's experience in lumbar spine surgery in Belgium: sickness fund beneficiaries, 2000-2009. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society.* 2012;21:2693-2703.

23. Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society.* 2009;9:350-359.

24. Grotle M, Vollestad NK, Brox JI. Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. *The Clinical journal of pain.* 2006;22:458-467.

25. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *The Clinical journal of pain.* 1998;14:209-215.

26. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Stalman WA, Bouter LM. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *The British journal of general*

practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.
2007;57:15-22.

27. Grevitt M, Pande K, O'Dowd J, Webb J. Do first impressions count? A comparison of subjective and psychologic assessment of spinal patients. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society.* 1998;7:218-223.

28. N. Makay DA, J. Bernagie. React-Project: Reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid. *Department of Family Medicine.* Antwerp: University of Antwerp; 2011.