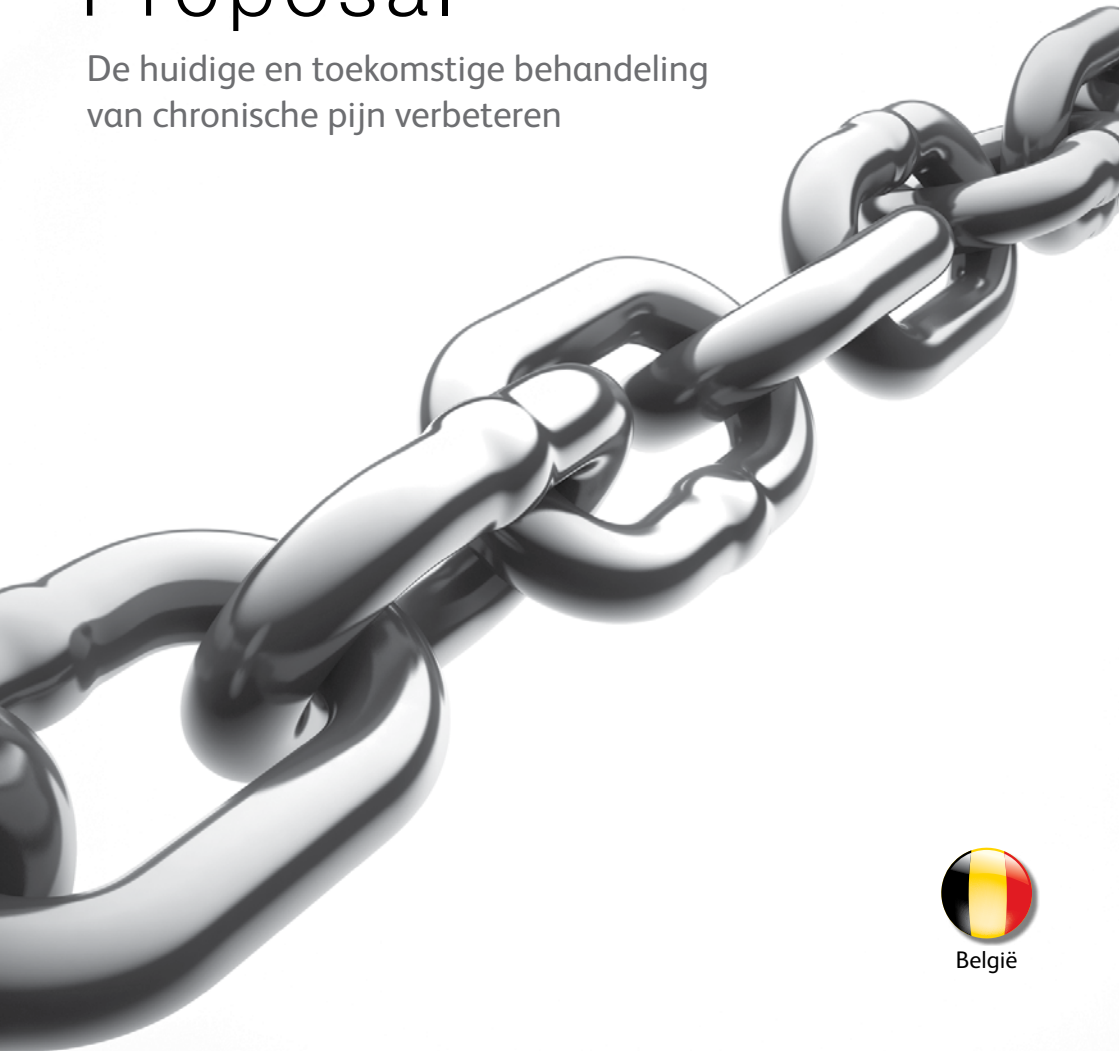




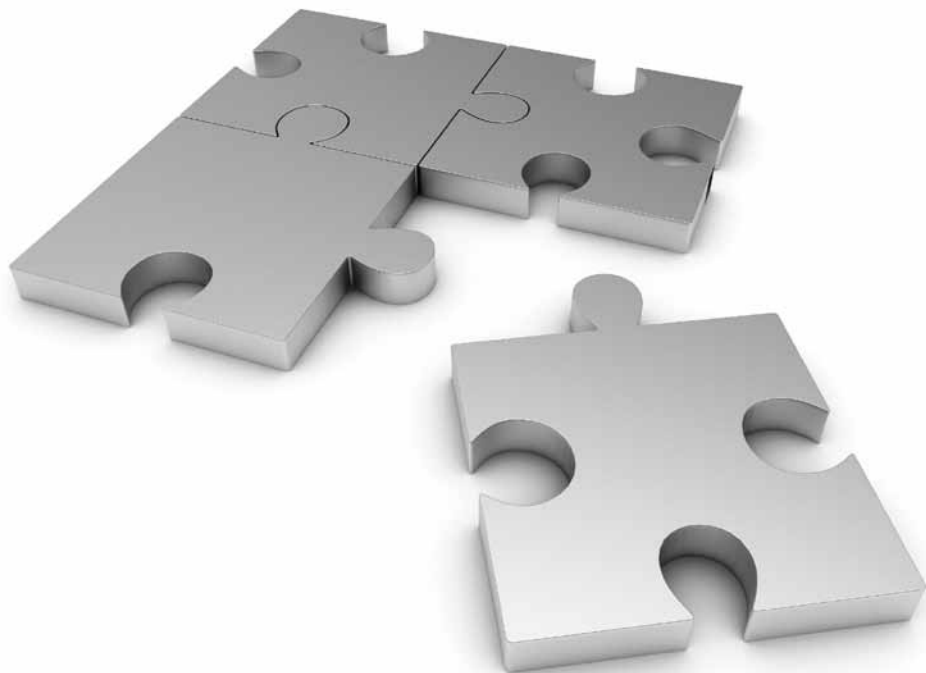
PAIN

Proposal

De huidige en toekomstige behandeling
van chronische pijn verbeteren



België



Voorwoord

Naar schatting lijdt één op de vijf volwassenen in Europa aan chronische pijn, wat leidt tot aanzienlijke kosten voor het individu, de families en mantelzorgers, maar ook voor de gezondheidszorg en de economie¹. Doordat er echter geen eenduidige definitie van chronische pijn bestaat, is het moeilijk om de werkelijke omvang van het probleem in kaart te brengen, waardoor chronische pijn niet dezelfde prioriteit krijgt als andere gezondheidsproblemen.

Chronische pijn kan beschreven worden als 'pijn die na de gebruikelijke herstelperiode van weefsel aanhoudt'. Bij gebrek aan andere criteria wordt hiervoor 3 maanden aangehouden.² Chronische pijn kan veroorzaakt worden door een groot aantal aandoeningen, waaronder artritis, kanker en diabetes, of door andere factoren zoals letsels of operaties. Doordat chronische pijn niet onder één bepaald vakgebied valt, kan het traject dat een patiënt met chronische pijn aflegt tot de juiste diagnose is gesteld en een adequate behandeling wordt opgestart, gefragmenteerd, moeilijk en kostbaar zijn.

Het Pain Proposal-initiatief is opgezet om een consensus te bereiken over de impact van chronische pijn in heel Europa. Het is een startpunt om onmiddellijk actie te ondernemen om zo de huidige tekortkomingen in de behandeling aan te pakken alsook voorbeelden van goede praktijk uit te wisselen om te laten zien hoe een effectief pijnmanagement bereikt kan worden. Voor dit initiatief is een groep deskundigen op het gebied van chronische pijn uit heel Europa bij elkaar gekomen om hun kennis, ervaring en de best practices uit hun eigen land te delen en om aanbevelingen over de beste werkwijze te helpen onderbouwen.

Dit rapport richt zich op de huidige behandeling van chronische pijn in België en is opgesteld in samenwerking met de volgende deskundigen die deelgenomen hebben aan het Pain Proposal-initiatief:

Prof. Dr. Steven Simoens

Hoofddocent, Onderzoekscentrum voor Farmaceutische Zorg en Farmaco-economie, Katholieke Universiteit Leuven

Dominique Michelet

Advocaat en lid van de studiedienst van het Centre démocrate Humaniste (cdH)

Johan Tourné

Secretaris, De Vlaamse pijnliga.

Het Pain Proposal-initiatief is ontwikkeld door een aantal Europese deskundigen op het gebied van chronische pijn, in samenwerking met Pfizer. De volledige inhoud van dit rapport is tot stand gekomen dankzij de adviezen en begeleiding van het Pain Proposal Executive Committee. Het rapport biedt een eensgezind advies over chronische pijn en mag niet als een directe weergave van de visie van een of meer betrokken partijen worden beschouwd



De werkelijkheid van chronische pijn in België in 2010

Uit nieuwe gegevens³ voor 2010 blijkt hoe groot de impact van chronische pijn is op de patiënten, hun tewerkstellingsvooruitzichten en relaties, terwijl ze worstelen om de juiste behandeling voor hun pijn te bekomen of alleen maar een diagnose. Deze gegevens maken ook duidelijk dat zorgverleners meer ondersteuning en scholing nodig hebben bij het behandelen van chronische pijn.

Patiënten met chronische pijn wachten jaren op een diagnose

- Bij méér dan een kwart (26%) van de chronische pijnpatiënten duurde het méér dan een jaar alvorens de diagnose werd gesteld
- 55% van hen zegt dat hun pijn niet adequaat wordt behandeld

Als chronische pijn niet goed wordt behandeld, kan dit iemands arbeidsvermogen beïnvloeden

- 63% van de patiënten zegt dat hun werkstatus rechtstreeks wordt beïnvloed door hun chronische pijn, gemiddeld 21% van de chronische pijnpatiënten kan door hun aandoening niet werken
- Zelfs wanneer ze kunnen werken, zijn patiënten met chronische pijn van mening dat ze ten minste één derde van de tijd in hun werk (35%) worden belemmerd

Ondanks hun aandoening willen mensen met chronische pijn werken en een bijdrage aan de maatschappij leveren

- 86% wil graag een actief lid van de samenleving zijn
- Bijna een derde van deze mensen (28%) is bang dat ze door hun pijn hun baan kwijtraken, 38% is bezorgd dat ze door hun pijn geen vooruitgang in hun carrière kunnen maken

Chronische pijn heeft een impact op iemands relaties en privéleven

- 9% van de patiënten met chronische pijn vindt dat de pijn een negatieve invloed heeft op hun familie en vrienden en 31% vindt dat ze door hun pijn in een sociaal isolement terechtgekomen zijn

Mensen ondervinden een negatieve perceptie van hun chronische pijn

- 50% van de chronische pijnpatiënten denkt dat mensen aan het bestaan van hun pijn twijfelen
- 56% van de chronische pijnpatiënten vindt dat de bewustwording rond chronische pijn tekortschiet, ruim een kwart (26%) wordt ervan beschuldigd pijn te gebruiken als excuus om niet te hoeven werken

Huisartsen hebben meer scholing nodig op het gebied van chronische pijn

- Minder dan de helft (40%) van de bevroegde artsen weet wat te doen als een patiënt na de behandeling nog altijd pijnklachten heeft
- 91% van de artsen wil meer scholing krijgen, vooral over de behandeling van chronische pijn en over richtlijnen over verwijzingen en behandelingen

Samenvatting

Bijna 30% van de Belgische bevolking heeft chronische pijn. Chronische pijn heeft een grote lichamelijke en psychologische invloed op degenen die eraan lijden en betekent een financiële last voor de hele samenleving. De afwezigheid van een standaard zorgtraject voor mensen met chronische aandoeningen leidt tot significante kosten voor de gezondheidszorg (bijv. meerdere raadplegingen bij verschillende specialisten, polimedicatie). Door de exacte omvang van het probleem vast te stellen en de huidige tekortkomingen bij de behandeling van chronische pijn te benadrukken, kunnen

grote verbeteringen worden doorgevoerd voor patiënten met chronische aandoeningen, hun families en de samenleving in het algemeen. Om de impact die chronische pijn heeft op de Belgische economie, maatschappij en gezondheidszorg te kunnen aanpakken, wordt aanbevolen om een evidence-based beleid in te voeren dat ondersteund wordt door epidemiologische data, om efficiënte zorgtrajecten voor mensen met chronische pijn te coördineren en tenslotte om de juiste scholing voor zorgverleners te organiseren.

Belangrijkste cijfers

Landelijke Nationale prevalentie van chronische pijn	circa 27%
Geschat aantal mensen met chronische pijn in het land	circa 2 900 000

Bron: Belgisch onderzoek naar de gezondheidszorg, 2008

De impact van chronische pijn

Een Europese studie⁴ die in 2003 werd uitgevoerd, wees uit dat bijna één op de vier Belgen (23%) aan chronische pijn lijdt (2,4 miljoen mensen). Een recenter gezondheidsonderzoek⁵ dat werd uitgevoerd door het Belgisch Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bevestigt dat meer dan één op vier inwoners (27,2%) aan een chronische aandoening lijdt, wat een aanzienlijke stijging is ten opzichte van het resultaat (23,8%) van hetzelfde onderzoek in 2004.

Er is weinig verschil in de prevalentiecijfers tussen mannen en vrouwen, daar leeftijd de doorslaggevende factor is. Chronische gezondheidsproblemen treffen inderdaad hoofdzakelijk de oudere bevolking. Waar de prevalentie van chronische pijn bij kinderen en jongeren onder de 15 jaar 9,1% is, is dit cijfer bijna 60% bij mensen van 75 jaar en ouder.

De pijn is meestal gerelateerd aan het musculoskeletaalstelsel (bewegingsapparaat) en 28% van de musculoskeletale pijn heeft rechtstreeks te maken met de rug⁵.

De meeste mensen met chronische pijn worden behandeld door hun huisarts of een specialist, hoofdzakelijk orthopedisten en reumatologen.

Volgens de studie die in 2003 in Europa werd verricht, leefden patiënten in België ongeveer 7,5 jaar met chronische pijn en leefde meer dan een kwart van hen al meer dan 20 jaar met pijn. Ruim de helft (57%) van de patiënten met chronische pijn ging proactief te werk bij de behandeling van hun pijn, hoofdzakelijk

met geneesmiddelen op voorschrift. Niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's) (42%) zijn de meest gebruikte pijnstillers. Andere vaak voorgeschreven geneesmiddelen zijn paracetamol (33%) en zwakwerkende opioïden (15%). Ook worden veel therapieën zonder geneesmiddelen gebruikt (bijv. homeopathie, osteopathie, acupunctuur, relaxatie, fytotherapie, sofrologie, enz.) in een poging enige verlichting van de pijn te verkrijgen.

Het traject van de patiënt

Getuigenis van een chronische pijnpatiënt

Peter*, een 50-jarige Belgische man, heeft al sinds 1986 last van ruggpijn. Toen de pijn begon, wendde Peter zich tot zijn huisarts, maar de eerste behandelingen brachten geen verlichting. Pas twee jaar later werd de juiste diagnose gesteld.

In 1987 werd Peter in Gent aan een hernia geopereerd. Twee maanden later begon de pijn opnieuw en nam zijn fysieke vermogen met 33% af.

In 1999 bezocht Peter een neurochirurg en werd vervolgens doorverwezen naar een pijnkliniek. Zijn pijn werd op verschillende manieren behandeld, maar de verlichting was telkens maar van korte duur.

De artsen weten nu dat alle tussenwervelschijven van Peter gedegeneerd en verdwenen zijn.

Peter moest zijn huis verkopen en woont nu in een appartement in het centrum van de stad

om in de buurt te zijn van alles wat hij nodig heeft (apotheek, ziekenhuis, huisarts). Zijn vrouw, die thuisblijft om voor hem te zorgen, raakte haar baan kwijt en had geen recht op een werkloosheidsuitkering. Ze moeten rondkomen van de invaliditeitsuitkering van Peter. De vergoedingen van de sociale zekerheid zijn niet toereikend om de financiële last van chronische pijn te kunnen dragen. Naast de kosten die rechtstreeks verbonden zijn met de behandeling van chronische pijn zijn er ook onrechtstreekse kosten die een verdere aanslag zijn op het toch al beperkte budget van Peter.

Peter kan de deur niet uit omdat hij niet lang kan zitten. Hij heeft het contact met de meeste van zijn vrienden en familieleden verloren en heeft geen kinderen. Peter gebruikt ook antidepressiva, waardoor hij is aangekomen. Chronische pijn is niet alleen een medische aandoening, maar ook een financiële belasting en een maatschappelijke kwestie.

Chronische pijn in het zorgstelsel

Richtlijnen van de SSMG

In 2004 publiceerde de Belgische Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) richtlijnen⁷ voor de behandeling van chronische pijn. Deze richtlijnen bestaan uit een beoordeling van evidence-based, gevalideerde behandelingen van chronische pijn binnen de context van algemeen pijnmanagement.

Deze richtlijnen zijn hoofdzakelijk bedoeld als ondersteuning voor huisartsen en andere eerstelijns beroepsbeoefenaars in de zorgsector (zoals apothekers) om het chronisch pijnsyndroom (CPS) vast te stellen en beter te begrijpen. Ze streven ernaar om de kwaliteit van de geleverde gezondheidszorg te verbeteren en de behandeling van de patiënten te optimaliseren, tegen aanvaardbare kosten.

Ook al is het implementatieniveau van de SSMG-aanbevelingen moeilijk te beoordelen, toch kan redelijkerwijs verondersteld worden dat de meeste huisartsen deze richtlijnen kennen, vooral omdat de SSMG actief betrokken is bij de permanente educatie van huisartsen.

De pijnladder

De pijnladder ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is een richtlijn voor de behandeling van pijn. Deze driestapsschaal begint met eenvoudige behandelingsvormen zoals aspirine (eerste stap) en eindigt met sterkwerkende opioïden (laatste stap). De pijnladder wordt nu gebruikt voor de behandeling van elke soort chronische pijn. De grondslag voor deze werkwijze is het geven van het juiste geneesmiddel in de juiste dosis op het juiste tijdstip. De WGO-aanbevelingen zijn gebaseerd op drie principes:

- beoordeling van de pijnklachten door goed naar de patiënt te luisteren;
- bepalen van een therapeutisch doel door de situatie op realistische wijze te bekijken;
- nastreven van een beleid op het gebied van pijnverlichting waarbij een bepaalde logica in de therapie wordt toepast, d.w.z. gebruik van een beperkt aantal analgetica gerangschikt in drie oplopende niveaus.

Huidige behandeltrajecten

Chronische pijn wordt op drie verschillende niveaus behandeld. Het eerste niveau bestaat uit huisartsen, fysiotherapeuten en in mindere mate apothekers. Als de pijn op dit niveau niet behandeld kan worden, wordt de patiënt voor behandeling doorverwezen naar de tweedelijnszorg (specialisten, pijnklinieken, pijnspecialisten). Tot slot hebben negen referentiecentra voor chronische pijn sinds 2005 gefungeerd als derdelijnszorg. Deze referentiecentra richten zich op patiënten die reeds minimum zes maanden worden behandeld voor chronische pijn.



*Peter is een fictieve naam die gebruikt wordt om de persoonlijke levenssfeer en anonimiteit van de deelnemer te waarborgen.

Behandelingsmogelijkheden

De medische behandeling kan conservatief zijn (advies, medicatie), minimaal invasief (injecties) of invasief (chirurgische ingreep). De diagnostische procedures en behandelingen zijn afhankelijk van elk medisch team. Terwijl bepaalde zorgvertrekkers voorrang geven aan meer technische interventies, hechten anderen waarde aan rehabilitatieprocessen. Recente initiatieven richten zich dikwijls op multidisciplinaire en holistische benaderingen zoals het biopsychosociale (BPS) model.

Het biopsychosociale gezondheidsmodel

Chronische pijn is het resultaat van diepgaande en langdurige functieveranderingen op drie gebieden: biologisch (disfunctie van het nociceptieve systeem), psychologisch (emotionele en cognitieve stoornissen en gedragsstoornis) en sociaal (problemen thuis en op het werk).

Aangezien deze veranderingen dikwijls onomkeerbaar zijn, luidt de hoofddoelstelling van de behandeling van chronische pijn als volgt: patiënten helpen de pijn en de gevolgen daarvan te beheersen en ermee om te gaan om een grotere functionele autonomie te verkrijgen, het verbeteren van hun levenskwaliteit en het bevorderen van hun sociale en beroepsmatige re-integratie.



De politieke en economische kijk op chronische pijn

Gezondheidseconomische kosten

In België zijn geen uitgebreide onderzoeken gedaan naar de economische last van chronische pijn. Niettemin verstrekken enkele onderzoeken gegevens over specifieke aspecten van pijnmanagement.

Een prospectieve studie⁸, ontworpen om de economische kosten van neuropathische pijnpatiënten behandeld in Belgische pijncentra te evalueren, concludeerde dat neuropathische pijn gepaard gaat met een aanzienlijke economische last. De gemiddelde maandelijkse kosten per patiënt bedroegen 438,40 euro. Ziekenhuisopnames vertegenwoordigden 57% van de totale kost. Arbeidsverzuim kostte de samenleving 4 429 euro per patiënt per jaar.

Volgens een enquête⁹ die in februari 2001 werd afgenomen door de Ziekenzorg CM en de onderzoeksafdeling van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten was circa 50% van de chronische pijnpatiënten tussen de 25 en 64 jaar door hun gezondheidstoestand niet in staat te werken. Deze werkloosheid heeft grote gevolgen voor het inkomen van mensen met chronische pijn en hun kansen op integratie in de samenleving. Bovendien wordt hun lage inkomen nog verder aangetast doordat de patiënten bepaalde kosten zelf moeten dragen.

Overheidsbeleid

Het basisprincipe voor pijnbestrijding krachtens de Belgische wet wordt in deze verklaring duidelijk weergegeven¹⁰: ***“Elkeen behoort van de beroepsbeoefenaars in de zorgsector de meest aangepaste zorg te krijgen om de pijn te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen, te behandelen en te verzachten.”***

Een ander belangrijk stuk wetgeving is een Koninklijk Besluit¹¹ dat regels specificceert voor de tegemoetkoming in de kosten van analgetica, aandoeningen vermeldt die chronische pijn kunnen veroorzaken en een formulier voor de officiële kennisgeving van chronische pijn omvat.

Het programma “Een betere levenskwaliteit voor personen met een chronische ziekte, 2009-2010” is één van de laatste initiatieven met betrekking tot chronische pijn en omvat een reeks voorstellen van de Vice-Eerste minister, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Waar dringende aandacht nodig is

1. Terwijl de prevalentie van chronische pijn in een aantal ontwikkelde landen gedocumenteerd is, heeft tot dusver geen enkel epidemiologisch onderzoek de omvang van het probleem in België beschreven. Het Belgische Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) zou gevraagd kunnen worden om een dergelijk onderzoek uit te voeren. Meestal worden onderzoeksvoorstellen ingediend door de regering of het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv-Inami).
2. Het gebrek aan bewijs dat de economische last van chronische pijn ondersteunt, is een ander probleem. Algemeen wordt erkend dat de economische gevolgen van chronische pijn (gezondheidskosten, verlies van productiviteit) groot zijn. Beleidsmakers kunnen cost-of-illness studies gebruiken om de economische impact van chronische pijn te kwantificeren, bijvoorbeeld om onderzoeksgelden toe te kennen. In plaats daarvan richten de enkele cost-of-illness

studies die in België zijn uitgevoerd zich op specifieke aandoeningen. Doordat betrouwbare data ontbreken, bevatten de meeste kosteneffectiviteitsanalyses veel onzekerheden.

3. De opleidingsmogelijkheden voor artsen en verpleegkundigen om zich te kwalificeren in de behandeling van chronische pijn zijn over het gehele land verspreid. Er dient op landelijk niveau een uitgebreid trainingsprogramma ingevoerd te worden, in samenwerking met het College van Artsen en de medische faculteiten.
4. Een ander algemeen probleem is het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende zorgverleners (huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en referentiecentra).

Knelpunten	Waar verandering in moet komen
Gebrek aan synergie samenwerking tussen de verschillende zorgverleners	Opzetten van een efficiënt behandelingsschema voor mensen met chronische pijn
Gebrek aan epidemiologische data	Verrichten van epidemiologisch onderzoek
Over het gehele land verspreide opleidingen	Opleidingen op elkaar afstemmen
Gebrek aan bewijs dat de economische last van chronische pijn ondersteunt	Verrichten van onderzoeken naar de cost-of-illness studies om de economische impact van chronische pijn te kwantificeren

Wat goed werkt

In 1998 publiceerde de Belgian Pain Society een Witboek¹² over pijnmanagement met aanbevelingen om oa aangepaste structuren voor de beoordeling en behandeling van pijn in België te implementeren.

Goede praktijken op het gebied van pijnbestrijding zijn gedocumenteerd in verscheidene rapporten handelend over specifieke aandoeningen (chronische lage rugpijn¹³, nekpijn¹⁴). Ook zijn er andere publicaties die geactualiseerde informatie bieden over de beschikbare farmacologische behandelingen.^{15, 16}

De referentiecentra voor chronische pijn kunnen worden aangezien als een voorbeeld van goede praktijk, aangezien een multidisciplinair team een optimale behandeling voor elke patiënt vaststelt, na een uitgebreide individuele evaluatie van de klinische, psychologische en maatschappelijke situatie van de patiënt.



De noodzaak tot verandering: The Pain Proposal

Aanbevelingen

- Het Belgische Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) verzoeken om een epidemiologisch onderzoek naar chronische pijn op te zetten, met inbegrip van een onderzoek naar de kosten van ziekte (cost-of-illness studie)
- Het KCE vragen een enquête te organiseren naar de financiering en organisatie van de referentiecentra
- De rol van de huisarts (coördinatie, verwijzing) vergroten bij de behandeling van chronische pijn
- Aanmoedigen van het gebruik van het Algemeen Medisch Dossier
- Invoering van een verplichte cursus pijnmanagement als onderdeel van permanente medische vorming
- Pijnbestrijding tot een specialistisch medisch vakgebied maken
- Het statuut "chronische patiënt" erkennen en werkgevers bewust maken van wat chronische pijn inhoudt
- Aandacht vragen voor het statuut van de mantelzorgers

Oproep tot actie

- Wij roepen overheidsinstanties op om...
- een evidence-based beleid in te voeren dat ondersteund wordt door epidemiologische data, om de economische, maatschappelijke en gezondheidsimpact van chronische pijn in België aan te pakken, en
- efficiënte zorgtrajecten voor patiënten met chronische pijn te coördineren.

Referenties

- ¹ Breivik H, Collett B, et al. (2006). "Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment." *Eur J Pain*
- ² Smith et al. (1999) *Chronic Pain in Primary Care. Family Practice* 16 (5) 475-482
- ³ InSites Consulting. *Pain Proposal Patient Survey. Augustus– september 2010 & Pain Proposal PCP Survey. Juli – september 2010*
- ⁴ Breivik H, Collett B et al. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain*, mei 2006; 10:287-333
- ⁵ Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008 - Rapport I: Etat de santé. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, maart 2010, Rapport: D/2010/2505/06*
- ⁶ Plaghki L, Poncin J, Gybels J. *Face à face avec la douleur : le vécu de la douleur en Belgique*, Vif Editions, 2001.
- ⁷ Vanhalewyn M, Cereche F. *La douleur chronique. Recommandations de bonne pratique*. Brussel: Société scientifique de médecine générale; 2004
- ⁸ Annemans L, Van campenhout H, Maeyaert J, Morlion B. *Prospective assessment of the health and economic burden of neuropathic pain*, Blackwell Publishing Inc, 2004
- ⁹ Ziekenzorg CM, MCP, Ruggensteun, 't Lichtpuntje. *Bevraging bij mensen met chronische pijn*, februari 2001
- ¹⁰ Wet van 24 november 2004 die de wet van 22 augustus 2002 inzake de rechten van de patiënt wijzigt
- ¹¹ Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van het artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de analgetica betreft
- ¹² Belgian Pain Society (1998). *Witboek Pijn samen aanpakken. Voorstellen voor gestructureerde pijnbehandeling in België*.
- ¹³ Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. *Chronic low back pain. Good Clinical practice (GCP)*. Brussel: Belgisch Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE-rapporten 48 C (D/2006/10.273/71).
- ¹⁴ Tsakitzidis G, Remmen R, Peremans L, Van Royen P, Duchesnes C, Paulus D, Eyssen M. *Non-specific neck pain: diagnosis and treatment. Good Clinical Practice (GCP)*. Brussel: Belgisch Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2009. KCE-rapporten 119C. D/2009/10.273/56
- ¹⁵ Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv-Inami), *Verslag van een consensusvergadering, Het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij de behandeling van pijn in de ambulante zorg (22/11/2007)*
- ¹⁶ Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Riziv-Inami), *Info spot, Behandeling van pijn met opiaten, okt –nov – dec 2010*