

BEELD: SHUTTERSTOCK / MC

ALTIJD PIJN

Chronische pijn vereist multidisciplinaire aanpak

Artsen maken bij hun behandeling nog steeds geen onderscheid tussen chronische en acute pijn. Chronische pijn vergt echter een heel ander behandeltraject. Een arts voor arbeid en gezondheid speelt in die behandeling een essentiële rol.

GEERTJAN MELLEMA
CEES GELUK

Iedereen kent de acute pijn: de pijn prikkel die resulteert in een plotse terugtrekreflex en emotionele en gedragsmatige reacties om de oorzaak van de pijn te stoppen. Acute pijn heeft

een beschermende functie en de oorzaak is meestal evident.¹ Analgetica hebben meestal snel effect.

Sociale, culturele en psychodynamische factoren kunnen van invloed zijn op de pijnbeleving van mensen.^{2,3} Denk daarbij aan pijn in de sport, pijn als passie, pijn als uitdrukking van religieuze gevoelens, en pijn als cultureel bepaald masker voor psychosomatische problematiek of voor de presentatie van een onderliggende klacht.⁴⁻⁶

Chronische pijn is pijn die je zelfs lang na de genezing van de oorspronkelijke oorzaak nog voelt. Dat is een andere pijn met andere eigenschappen dan de pijn die we normaal kennen. Chronische pijn heeft geen beschermende functie en de oorzaak is vaak niet eenduidig. De pijn is disproportioneel ten opzichte van het onderliggende lijden, zowel in chroniciteit, invalidering als in verstoring van het leefpatroon. Analgetica en de diverse traditionele pijnbestrijdingsmethoden hebben vaak amper of geen effect. Dat is frustrerend voor de patiënt en voor zijn behandelaar. Dikwijls wordt er dan verder gezocht naar een aanwijsbare oorzaak en een daarop gerichte behandeling. Uit onderzoek blijkt dat dit in 94 procent van de gevallen vruchteloos

is, waardoor de frustratie verder toeneemt.⁷

PIJNGEDRAG

Bijna iedereen is het erover eens dat chronische pijn wordt veroorzaakt door andere mechanismen dan acute pijn. Chronische pijn is een uiting van een complexe set van fysieke, emotionele, psychologische, culturele en sociale factoren die de pijn laten voortbestaan en sterk bijdragen aan de beleving van de ziektelast.⁸⁻¹² Kortom, het verandert de levens van patiënten. Er ontwikkelt zich pijngedrag en de patiënt neemt een ziekenrol aan. 'De pijnlijder en zijn bestaan staan in het teken van de pijn', schreef Metz al in 1975.¹³ En omdat, in de volksmond, pijn een oorzaak moet hebben en wel een lichamelijke, zijn frequente bezoeken aan de arts het gevolg.

Behandeling van chronische pijn volgens de principes en ervaringen van de behandeling van nociceptieve pijn is echter gedoemd te mislukken, omdat het - zoals eerder gezegd - een andere pijn is. Artsen moeten hiervan kennelijk nog worden overtuigd en bijscholing krijgen op dit punt, aangezien zij deze categorie patiënten nog steeds overmatig analgetica voorschrijven en tevens allerlei pijn-

bestrijdingstechnieken op hen toepassen, wat leidt tot respectievelijk medicatie-afhankelijkheid en medicalisering, zonder dat de pijn echt wordt verlicht. Het brengt bovendien hoge kosten met zich mee, niet alleen van de zorg, maar ook wat betreft het ziekteverzuim.

TUSSEN DE OREN

Een belangrijke sleutel die kan leiden tot het vinden van een oplossing is aandacht te geven aan het verloop en de behandeling van langer bestaande pijn, opdat deze zich niet ontwikkelt tot chronische pijn. Hier ligt een belangrijke taak voor

nauw met elkaar samenwerken om een optimaal resultaat te behalen. Deze verwijzing dient eenduidig te zijn, om verder shoppen van patiënten tegen te gaan en te voorkomen dat de patiënt de huisarts onder druk zet voor een verwijzing naar een andere specialist of een ander centrum. De behandeling moet eenduidig zijn en gebeuren volgens de principes van een multidisciplinaire aanpak, met ook een duidelijke plaats voor een cognitief-gedragsmatige aanpak.⁸⁻¹² Dat betekent:

- een gestandaardiseerde intake, die een beeld geeft van de medische factoren,

bovenstaande factoren. Verder bestaat het uit fysieke reconditionering volgens tijdcontingente principes en een gedragsmatige reconditionering van cognities en attributies.

MEER KAPITEINS

Het behandeltraject van chronische pijn moet eenduidig zijn en steunen op consensus van alle betrokkenen. Behalve de direct betrokken behandelaars, als huisarts, pijnteam en revalidatiecentrum, zijn dit ook artsen die zich met het begeleiden van ziekteverzuim en/of arbeidsongeschiktheid bezighouden: bedrijfsartsen en medisch adviseurs. Zij zijn indirect betrokken.

De medisch adviseur van de verzuimverzekering of de bedrijfsarts kan de wegen van de chronische pijnpatiënt, weliswaar op afstand, goed volgen. Soms zelfs beter dan de huisarts, aangezien doorverwijzingen binnen een ziekenhuis de huisarts het zicht op het verloop kunnen ontnemen. De medisch adviseur of bedrijfsarts kan door middel van controles de stappen op de voet volgen. Zij zitten ook niet stil en willen in de huidige praktijk soms interveniëren. Zo ontstaat een situatie van meer- >>

Vroege terugkeer naar het werk is een belangrijk onderdeel van de behandeling

de huisarts. Hij verkeert niet alleen in de positie om te bewaken, maar ook om te begeleiden, al dan niet middels een verwijzing. Hij moet een goed en vroegtijdig onderscheid maken tussen nociceptieve en non-nociceptieve pijn (zie *schema*). In het laatste geval dient de arts de klachten van de patiënt als zodanig te herkennen en erkennen, evenals het complexe karakter ervan. Alleen dan kan hij de patiënt ervan overtuigen dat de aanpak conform het nociceptieve model geen soelaas biedt, zonder dat deze het gevoel heeft dat de arts denkt dat 'het tussen de oren zit'. Het moet de arts en de patiënt duidelijk zijn dat de pijn complex en de behandeling daarom niet eenvoudig is.

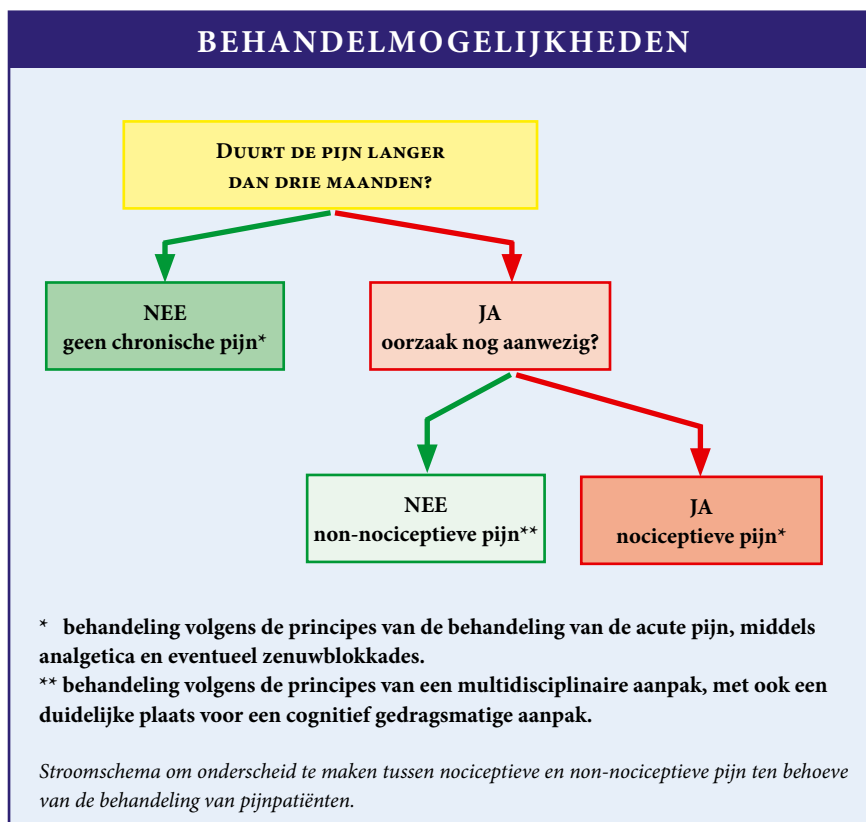
De huisarts kan de behandeling opstarten. Dat begint met het geven van een geruststellende uitleg.¹⁴ Vroege hervatting van de normale activiteiten van de patiënt, inclusief terugkeer naar het werk, is ook een belangrijk onderdeel van de primaire behandeling en blijkt zeer zinvol, omdat de kans dat deze activiteiten worden hervat vermindert naarmate de tijd verstrijkt.¹⁵

SHOPPEN

De huisarts kan het echter niet alleen. Hij moet kunnen verwijzen, bij voorkeur naar een eenduidig en goed gecoördineerd behandeltraject (pijnteam), waarbij vertegenwoordigers van diverse disciplines (anesthesioloog-pijnbestrijder, neuroloog, revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog, psychiater, et cetera)

fysieke conditie, de cognitief gedragsmatige en emotionele factoren en de sociaalmaatschappelijke omstandigheden. Pijn en ziektegedrag zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.

- een op maat gesneden behandeltraject waarin rekening wordt gehouden met



SAMENVATTING

- *Chronische pijn vereist een andere benadering dan acute pijn en moet multidisciplinair worden aangepakt.*
- *Eenduidigheid van zo'n traject is essentieel en voorkomt dat patiënten gaan shoppen.*
- *Artsen op het gebied van arbeid en gezondheid dienen een plaats te krijgen in het behandelteam, zodat zij aan het eind van het traject - op basis van de klachten en de daaruit voortvloeiende beperkingen - de functionele (on)mogelijkheden kunnen bepalen.*
- *Indirect betrokkenen, zoals werkgevers, uitkeringsinstanties en arbodiensten, moeten zich tijdens de uitvoering van het traject terughoudend opstellen.*



NHG-Standaarden over radiculaire en lage rugpijn, een verzekerings-geneeskundig protocol van de Gezondheidsraad en andere links vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweeek.

<< dere kapiteins op een schip, met een levensgrote kans op stranding.

Het niet op elkaar afstemmen van behandeling en re-integratie in het werk, kan een behandeltraject verstoren en frustreren. Werkgever en/of verzuimverzekeraar zijn immers gericht op beperking van ziekteverzuim en re-integratie. Als de artsen op het gebied van arbeid en gezondheid wel zijn betrokken bij zo'n (integraal) behandeltraject, neemt de kans op een succesvolle afronding (dus zonder verstoring van hun kant) toe. Enerzijds kan deze arts het aspect van de belasting en de belastbaarheid in brengen. Hij kan daarbij de re-integratie naar het werk en/of de thuissituatie bevorderen. Als bewaker van het proces op afstand, is hij ook in staat te beoordelen of de protocollen van het veld worden gevolgd. Daar waar nodig kan hij met de behandelaars overleggen. Dat vereist overigens wel dat deze daarvoor openstaan. Ondanks duidelijke afspraken tussen bijvoorbeeld huis- en bedrijfsartsen, leert de praktijk dat dat beslist niet altijd zo is.

Anderzijds is de in het pijnteam opgenomen sociaal geneeskundige in

kader van een zorgvuldige behandeling van de claim, zich gedwongen voelt een aanvullend specialistisch onderzoek te laten verrichten om de beperkingen alsnog te laten vaststellen door een onafhankelijke deskundige. De zo zorgvuldig opgebouwde eenduidigheid zou dan worden doorkruist. Het is bovendien een extra belasting voor de patiënt en de gezondheidszorg in het algemeen. Ook om die reden is het van groot belang een arts op het terrein van arbeid en gezondheid in het pijnteam op te nemen.

De plaats van de sociaal geneeskundige bij pijnbestrijding lijkt niet voor de hand liggend, maar is naar onze mening essentieel.

SPEELBAL

Waar wij dan ook voor pleiten is:

- dat alle betrokkenen het feit erkennen dat chronische, non-nociceptieve, non-neuropathische pijn iets wezenlijk anders is dan acute pijn en dat daaruit een andere aanpak voortvloeit;
- dat er per regio een eenduidig, goed gecoördineerd diagnostisch en behandel aanbod wordt geformuleerd, dat

De sociaal-geneeskundige heeft een essentiële rol in het pijnteam



staat om aan het eind van het pijnbestrijdingstraject de beperkingen en de functionele mogelijkheden in kaart te brengen.

BEPERKINGEN

Als bovenstaand traject is doorlopen, mag men ervan uitgaan dat het dan behaalde resultaat het maximaal haalbare is. Aan het eind van dit traject moet ook duidelijk zijn welke klachten en daaruit voortvloeiende beperkingen de patiënt nog ervaart en welke functionele (on)mogelijkheden er zijn om arbeid te verrichten. Een heldere rapportage hierover moet duidelijkheid geven aan de patiënt, diens werkgever en de uitkeringsinstanties. Dit voorkomt dat een bedrijfsarts of medisch adviseur, in het

goed aansluit op de situatie van de patiënt met chronische pijn en zijn huisarts;

- dat een arts op het gebied van arbeid en gezondheid structureel deel uitmaakt van een pijnteam;
- dat bij de afsluiting van een dergelijk traject de functionele beperkingen en arbeidsmogelijkheden worden vastgelegd door een arts op het terrein van arbeid en gezondheid;
- dat gedurende het traject de indirect betrokkenen als werkgever, uitkeringsinstantie, arbodienst en arbeidsongeschiktheidsverzekeraar zich terughoudend opstellen.

Gebeurt dit niet, dan krijgt de patiënt geen optimale zorg en wordt hij van het kastje naar de muur gestuurd en blij-

ven er meerdere trajecten naast elkaar bestaan, waarbij de patiënt gaat shoppen of de speelbal dreigt te worden van controverses tussen de diverse betrokken partijen. Zo ontstaat er een groep patiënten waar geen enkele behandelend arts nog raad mee weet. ■

G.H. Mellema,
arts MHA, medisch adviseur

C. Geluk,
verzekeringsarts, medisch adviseur

Correspondentieadres: gh.mellema@amersfoortse.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/dezeweeek.