

Beste behandeling voor pijnpatiënten wordt te weinig toegepast

# Samen chronische pijn te lijf

dr. Elske Faber, destijds wetenschappelijk medewerker NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, sectie Samenwerking, tegenwoordig projectleider Bureau Zichtbare Zorg, IGZ

dr. Liesbeth Timmermans, destijds beleidsmedewerker KNGF, afdeling Beleid & Ontwikkeling, tegenwoordig docent verpleeg-huisartsopleiding Nijmegen

mr. Nelleke van Ederen, kwaliteitsfunctionaris landelijk Vereniging van Oefentherapeuten Cesar & Mensendieck

Hanneke Lagerberg, beleidsmedewerker Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen

dr. Jean Vriezen, wetenschappelijk medewerker NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, sectie Samenwerking

Correspondentieadres:  
j.vriezen@nhg.org;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Patiënten met chronische pijn krijgen zelden de beste behandeling: een cognitief gedragsmatige aanpak in combinatie met oefentherapie.

Belangrijke taak van de huisarts hierbij is om de patiënt voor te bereiden op deze behandeling.

**V**eel eerstelijns hulpverleners kunnen moeilijk uit de voeten met patiënten die chronisch pijn hebben. Huisartsen weten vaak niet hoe zij deze patiënten moeten behandelen en dat bezorgt hen een machteloos gevoel.<sup>1</sup> Ook andere zorgverleners zijn vaak ontevreden over wat zij deze patiënten kunnen bieden.<sup>2-3</sup> Voor de patiënten is de mededeling dat er geen eenduidige somatische afwijkingen zijn te vinden terwijl de klachten aanhouden, onbevredigend. Sommige patiënten verliezen het vertrouwen in de medische wereld of hebben het gevoel dat ze niet worden begrepen.<sup>4</sup> De International Association for the Study of Pain (IASP) heeft chronische pijn gedefinieerd als pijn zonder duidelijk somatisch substraat die langer bestaat dan drie maanden. Of het gaat om pijn die blijft bestaan na het herstel van de oorspronkelijke weefselschade en waaraan dus geen diagnoseerbare aandoening (meer) ten grondslag ligt.<sup>5</sup> Veel chronischepijnklachten hebben betrekking op het bewegingsapparaat. In een Nederlands onderzoek onder personen van 25 jaar en ouder gaf bijna 45 procent aan dat zij al langer dan drie maanden pijnklachten hadden. De meest voorkomende waren lagerugpijn (27%), schouderpijn (21%) en nekpijn (21%).<sup>6</sup> Al sinds 1992 is bekend - en dat is ook herhaaldelijk bevestigd - dat multidisciplinaire behandeling van chronische pijn effectiever is dan monodisciplinaire therapieën.<sup>7</sup> Vooral een multidisciplinaire aanpak waarin ook cognitieve gedragsinterventies worden toegepast,

blijkt effectief.<sup>8</sup> Toch gebeurt dat in de eerste lijn nog maar weinig. Tegelijkertijd vraagt de nieuwe vrije toegankelijkheid van de betrokken beroepsgroepen om het maken van onderlinge afspraken. Dit waren de aanleidingen voor vier partners uit het NEO (het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar & Mensendieck) om met financiële steun van het ministerie van VWS een onderzoek op te zetten.<sup>9</sup> Doel was om op basis van de literatuur en een aantal praktijkervaringen globaal inzicht te krijgen in de ervaringen van samenwerking in de eerste lijn bij de behandeling van chronische pijn.

## Dagelijks functioneren

Uit de literatuur blijkt dat huisartsen en patiënten de oorzaak van chronische pijn verschillend beoordelen.<sup>10</sup> Het belangrijkste referentiepunt voor patiënten is hun ervaring van pijn in vergelijking met hun vroegere conditie en omgeving. En zij hechten aan gedegen lichamelijk onderzoek, vooral als het dagelijks functioneren sterk is verslechterd. Huisartsen zijn vooral op zoek naar een biomedische verklaring. Verder blijkt dat integratie en coördinatie van eerstelijns (para)medische en psychologische zorg voor chronische pijnpatiënten voordelen kan hebben.<sup>11-12</sup> Dat vereist wel dat de zorgverleners de verschillende stadia van de zorg (*stepped care*) goed met elkaar en met de patiënt



Door cognitieve gedragsinterventies kan de patiënt weer controle krijgen over de pijn.

beeld: Imagestore

## De rol van de diverse hulpverleners moet helder zijn vastgelegd

afstemmen. Verder moet een cognitieve gedragmatige aanpak onderdeel uitmaken van het totale behandelpakket.<sup>14-17</sup> Het is van belang dat de zorgverlener de patiënt erop wijst dat een medische behandeling vaak niet toereikend is en dat hij de patiënt stimuleert tot zelfmanagement; de patiënt moet de controle nemen over het eigen leven en over de pijn.

Het is belangrijk dat de huisarts op de hoogte blijft van de vorderingen van het team, zodat hij de patiënt tijdens consulten kan stimuleren

om met de behandeling door te gaan. De rol van de diverse hulpverleners in de multidisciplinaire behandeling moet helder zijn vastgelegd. Zo schrijft de huisarts (pijn)medicatie voor, richt de psycholoog

zich op de cognitieve of psychische component en begeleidt de fysiotherapeut of oefentherapeut de patiënt om volgens een gestructureerde aanpak te bewegen en oefenen.<sup>13 14</sup> Communicatie en vertrouwen tussen hulpverlener en patiënt zijn daarbij van groot belang. Dat geldt ook voor uitgebreide diagnostiek die mogelijke specifieke oorzaken uitsluit en de patiënt het vertrouwen (terug)geeft dat de behandelaar zijn klachten accepteert. Cognitieve gedragsinterventies kunnen dan bij de patiënt een

gedragsverandering teweegbrengen waardoor deze uiteindelijk weer controle krijgt over de pijn. Een combinatie van cognitieve gedragstherapie en oefentherapie lijkt bij deze patiënten vooralsnog het meest effectief.

### Maatschappelijk functioneren

Voor de praktijkervaringen zijn drie groepen zorgverleners geïnterviewd die op dit moment al samenwerken.

De leden van de eerste focusgroep (een eerstelijnspsycholoog, een fysiotherapeut en een huisarts) hebben een protocol ontwikkeld voor de behandeling van patiënten die al langer dan zes maanden kampen met chronische pijn.

Hoofddoelstellingen zijn het zover mogelijk terugdringen van de invloed van de pijn op het dagelijks functioneren en het optimaliseren van het psychologisch, sociaal en maatschappelijk functioneren. De behandeling is in een aantal fases opgedeeld en de doelen en taken voor de zorgverleners zijn welomschreven.

De leden van de tweede focusgroep, die bestaat uit een cesar-oefentherapeut, een psycholoog en een huisarts, werken niet volgens een protocol. De samenwerking is ontstaan doordat de huisarts patiënten met werkgerelateerde klachten en/of angst- of paniekstoornissen verwees naar de oefentherapeut voor ontspanning en naar de psycholoog voor verdere psychologische begeleiding. Deze patiënten hebben vaak ook chronischepijnklachten waarbij het van belang is de vicieuze cirkel te doorbreken en niet te veel te somatiseren. De samenwerking van deze drie zorgverleners is gebaseerd op wederzijds vertrouwen.

De derde focusgroep bestaat uit een eerstelijnspsycholoog, een fysiotherapeut en een huisarts. Samen schreven zij een plan voor multidisciplinaire diagnostiek, gingen patiënten naar elkaar verwijzen en hebben een structuur opgezet voor intervisie en deskundigheidsbevordering. De lijnen zijn dus kort.

### Heikel punt

Elke groep heeft dus een andere werkwijze. Er is echter ook een aantal overeenkomsten. Alle groepen noemden de voorbereiding van de patiënt door de huisarts zeer belangrijk. Een goedvoorbereide patiënt staat meer open voor de cognitief/gedragsmatige aanpak dan een patiënt die nog te zeer is gefocust op het weg nemen van de pijn.

De financiering was in alle drie de groepen een heikel punt. Vooral dat de psycholoog niet werd vergoed door de basisverzekering, gecombineerd met de toch al hoge drempel voor het

**SAMENVATTING**

- In de eerste lijn krijgen patiënten met chronische pijn aan het bewegingsapparaat zelden een multidisciplinaire behandeling.
- Toch blijkt uit de literatuur dat een multidisciplinaire behandeling met een cognitief gedragsmatige aanpak in combinatie met oefen-therapie effectief is.
- Uit interviews met eerstelijnszorgverleners die al multidisciplinair samenwerken, blijkt dat het erg belangrijk is dat de huisarts de patiënt goed voorbereidt op de behandeling.
- Andere vereisten zijn goede onderlinge afstemming en vertrouwen in elkaar.

## Samenwerking vergroot ook de voldoening in het werk



De literatuurlijst en een eerder MC-artikel over de multidisciplinaire aanpak van pijnklachten vindt u onder het artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).


zoeken van psychologische hulp, maakt dat een deel van de patiënten niet openstaat voor deze behandeling. Overigens is psychologische behandeling per 1 januari van dit jaar wel opgenomen in de basisverzekering; de patiënt betaalt een kleine eigen bijdrage.

De groepen wijzen verder op het belang dat de deelnemers elkaar goed kennen en dat deelnemers aan een samenwerkingsverband enige kennis hebben van elkaars werkwijze en vakgebied. Verder geven de geïnterviewden aan dat de samenwerking de voldoening in het werk vergroot en dat de gecombineerde behandeling de patiënten meer handvatten biedt voor herstel.

**Onder controle**

Zowel uit de literatuur als uit de focusgroepen blijkt dat patiënten met chronische pijn in de eerste lijn het best kunnen worden behandeld met een combinatie van cognitieve gedragsinterventies en oefen-therapie. Samenwerking en duidelijke afspraken tussen de zorgverleners zijn daarbij van groot belang. Zulke afspraken zijn in Nederland op een aantal plekken al gemaakt. Een landelijke samenwerkingsafpraak over de gezamenlijke behandeling van patiënten met chronische pijn zou als basis kunnen dienen voor regionale werkafspraken. Bestaande multidisciplinaire richtlijnen zouden als voorbeeld kunnen dienen.<sup>18 19</sup>

Uitgangspunt van de voorgestelde multidisciplinaire aanpak is dat de patiënt zelf een actief aandeel neemt in de behandeling, dat de patiënt gemotiveerd is en de zorgverleners vertrouwt. De samenwerking kan de hulpverleners zelf ook stimuleren en motiveren. Door het probleem als geheel aan te pakken, zowel

de psychische als de fysieke component, biedt de hulpverlener de patiënt extra handvatten om de pijn onder controle te houden. Goede samenwerking in de eerste lijn komt ook ten goede aan de tweede en derde lijn. Alleen patiënten waarbij de multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn niet aanslaat, worden verwezen naar de tweede lijn. Zij hebben door de afspraken tussen hulpverleners een eenduidig verhaal gehoord over de klachten en de mogelijke oplossingen. Waarschijnlijk zullen zij ook meer gemotiveerd zijn voor de gedragsmatige aanpak en meer vertrouwen hebben in de gezondheidszorg omdat zij niet van het kastje naar de muur zijn gestuurd. 

# veldwerk

## Nascholing

Wat is ook weer het doel van nascholing? Dat vroeg ik me laatst af toen ik op een symposium was. Geaccrediteerd. Goedgevulde zaal. Programma met lezingen van vooraanstaande experts, er was een mooie lunch, de industrie stond ons op te wachten voor een praatje in de pauze. Het was *business as usual*.

Voor de koffiepauze drie lezingen van elk een half uur. Eerste spreker: 42 dia's, tien minuten over de tijd heen, gelegenheid voor 'één of twee korte vragen'. Tweede lezing: idem. En zo maar door. Experts, zeker, maar geen grootse voordrachten. Collega's die met de buurman wat smiespelen, de reader doorbladeren, een sms-je versturen, wat wegduiten, u kent het wel. Onderzoek heeft uitgewezen dat de *retention rate* van een didactische lezing minder dan 10 procent is. Van wat wordt verteld, gaat 90 procent het ene oor in, het andere oor uit (of het moet een topdocent zijn die trucs uithaalt om onze aandacht er bij te houden, dan wordt het ietsje meer). Lezingen werken dus niet, we leren er vrijwel niets van. Symposia zijn geen effectieve manier van nascholing. Toch worden we beloond met accreditatiepuntjes en kunnen we ons herregistreren, uitsluitend door aanwezig te zijn bij symposia. En de grote meerderheid van onze nascholing bestaat uit (gaap!) symposia en didactische lezingen. Het is de bedoeling dat we behandelingen die niet effectief zijn uit ons therapeutisch arsenaal verwijderen. Wanneer gaan we dat eens doen met nascholingen die niet effectief zijn? Ik voorspel u het einde van de didactische lezing als nascholingsvorm. Bereid u voor: over een paar jaar telt nascholing alleen nog als u als deelnemer een actieve rol heeft, en als uw *retention rate* wordt getoetst. En terecht.

Paul Brand,  
kinderarts

## Literatuur

1. Lundh C, Segesten K, Björkelund C. To be a helpless helpoholic - GPs' experiences of women patients with non-specific muscular pain. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22 (4): 244-7.
2. Upshur CC, Luckmann RS, Savageau JA. Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. *J Gen Intern Med* 2006; 21 (6): 652-5.
3. Stannard C, Johnson M. Chronic pain management - can we do better? An interview-based survey in primary care. *Curr Med Res Opin* 2003; 19 (8): 703-6.
4. Harding G, Parsons S, Rahman A, Underwood M. 'It struck me that they didn't understand pain': the specialist pain clinic experience of patients with chronic musculoskeletal pain. *Arthritis Rheum* 2005; 53 (5): 691-6.
5. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
6. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003; 102 (1-2): 167-78.
7. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 1992; 49 (2): 221-30.
8. Vlaeyen JWS, Morley S. Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? *Clin J Pain* 2005; 21 (1): 1-8.
9. In 2005 verenigde een aantal beroepsorganisaties in de zorg zich in het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO). Vanuit dit netwerk worden initiatieven genomen voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en verbetering van de kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg. Uitgangspunt is dat patiënten waar mogelijk in de eerste lijn worden geholpen en alleen naar de tweede lijn worden doorverwezen als specialistische zorg noodzakelijk is.
10. Parsons S, Harding G, Breen A, Foster N, Pincus T, Vogel S, et al. The influence of patients' and primary care practitioners' beliefs and expectations about chronic musculoskeletal pain on the process of care: a systematic review of qualitative studies. *Clin J Pain* 2007; 23 (1): 91-8.
11. Otis JD, Macdonald A, Dobscha SK. Integration and coordination of pain management in primary care. *J Clin Psychol* 2006; 62 (11): 1333-43.
12. Smith BH, Hopton JL, Chambers WA. Chronic pain in primary care. *Fam Pract* 1999; 16 (5): 475-82.
13. Khouzam RH. Chronic pain and its management in primary care. *South Med J* 2000; 93 (10): 946-52.
14. Marcus DA. Tips for managing chronic pain: implementing the latest guidelines. *Postgrad Med* 2003; 113 (4): 49-50, 55-6, 59-60 passim.
15. McQuay HJ, Moore RA, Eccleston C, Morley S, Williams AC. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technol Assess* 1997; 1 (6): i-iv, 1-135.
16. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
17. Moffett J, McLean S. The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. *Rheumatology (Oxford)*. 2006; 45 (4): 371-8.
18. NHS Quality improvement Scotland. Best Practice Statement Management of chronic pain in adults: 2006.
19. Behandeling van chronische pijn in de eerstelijns. Samenvatting van een protocol voor chronische pijnbehandeling. PsychologenpraktijkMondriaanlaan, het Paramedisch Centrum, de huisartsen van het Gezondheidscentrum Mondriaanlaan en de huisartsenpraktijk Jutphaas. Te vinden op: [www.raedelijns.nl](http://www.raedelijns.nl).