

De hulpverlener en de patiënt met chronische benigne pijn een inventariserend onderzoek onder psychologen, huisartsen en bedrijfsartsen

J.H.M.M. Vercoulen¹, E. van Weel-Baumgarten^{2,3}, J. Samwel^{1,3}, B.J.P. Crul³ en G. Bleijenberg¹

Inleiding

De term chronische benigne pijn (CBP) werd in 1976 door Sternbach c.s. geïntroduceerd voor chronische pijn zonder (duidelijk aantoonbare) lichamelijke oorzaak maar wordt ook frequent gebruikt voor pijn van niet maligne oorsprong, die langer bestaat dan 6 maanden of langer dan voor het normale genezingsproces van de eventueel veroorzakende aandoening verwacht mag worden. Chronische benigne pijn heeft ingrijpende gevolgen. Voor de patiënt, die er veel last van ondervindt in zijn dagelijks leven. Voor de gezondheidszorg vanwege het grote beroep dat patiënten met chronische benigne pijn doen op de hulpverlening. En voor de maatschappij o.a. vanwege frequent en langdurige arbeidsongeschiktheid.

Patiënten verdwijnen langdurig in het medische circuit en ondergaan vele soms kostbare specialistische diagnostische onderzoeken en behandelingen, vaak met negatief resultaat. Het duurt geruime tijd voordat de conclusie dat er geen lichamelijke oorzaak te vinden is voor de pijn die de patiënt aangeeft, gesteld mag worden (en derhalve de diagnose CBP). Een gestructureerd plan voor diagnostiek en behandeling van pijn zou wenselijk zijn om in een zo vroegtijdig mogelijk stadium in te grijpen, teneinde chroniciteit te voorkomen. De centrale hulpverleners binnen zo'n aanpak zijn de huisarts en in een deel van de gevallen ook de bedrijfsarts. De huisarts omdat deze meestal de eerste is die met CBP-patiënten in aanraking komt. De bedrijfsarts komt eveneens in een vroegtijdig stadium in aanraking met de patiënt als deze betaalde arbeid verricht, aangezien de klachten vaak aanleiding geven tot werkverzuim.

Er bestaat inmiddels uitvoerige literatuur over psychologische behandeling bij patiënten met chronische pijn, die voor een groot deel van de patiënten effectief is. Onbekend is hoe psychologen het contact ervaren met deze patiënten, welke ideeën zij hebben over patiënten met chronische pijn en welke specifieke problemen zij tegenkomen.

Juist bij patiënten met onbegrepen klachten blijken in het traject voorafgaand aan de "diagnose" chronische benigne pijn regelmatig problemen in het contact tussen huisarts en patiënt te ontstaan. Deze problemen zijn vaak terug te voeren op het feit dat de patiënt ervan overtuigd is dat er een lichamelijke verklaring voor zijn klachten bestaat, maar dat de arts dit niet kan aantonen. Dergelijke problemen kunnen versterkt worden door de strengere regelgeving ten aanzien van afkeuringsprocedures. Volgens de huidige wetgeving kan alleen een arbeidsongeschiktheidsverklaring afgegeven worden indien er sprake is van een aantoonbare lichamelijke oorzaak voor de klachten. Bij CBP bestaat deze oorzaak meestal niet.

Het doel van dit onderzoek was het inventariseren van de gang van zaken in het contact tussen hulpverlener en patiënt met chronische benigne pijn, om zo prioriteiten te kunnen stellen en plannen voor activiteiten te ontwikkelen door het Kenniscentrum Pijnbestrijding van het AZN. Bij de inventarisatie is gekozen voor de situatie vanuit de hulpverlener aangezien hierover in de literatuur nauwelijks iets bekend is.

Methode

Een op de afdeling Medische Psychologie ontwikkelde vragenlijst voor het meten van de contacten tussen huisartsen en patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom werd aangepast voor chronische pijnpatiënten. Dit werd mede gedaan op basis van exploratieve interviews met 6 huisartsen en 4 bedrijfsartsen. Thema's o.a.: eventuele problemen rond communicatie in het contact met de patiënt.

Deze vragenlijst werd uitgedeeld aan het begin van een tweetal thema-avonden georganiseerd vanuit het Kenniscentrum Pijnbestrijding voor huisartsen, bedrijfsartsen en psychologen.

Resultaten

Eerst werd gekeken naar het aantal jaren dat men werkzaam is binnen de huidige functie. Er bleken geen significante verschillen tussen de drie groepen te bestaan (alle gemiddeld tussen 10 en 12 jaar).

Uit de interviews bleek dat er geen specifieke diagnose CBP bestaat in de gangbare classificatiesystemen. Meestal worden deze klachten gerangschikt onder klachten aan het bewegingsapparaat. Huisartsen en bedrijfsartsen bleken echter wel het type patiënt als beschreven onder CBP te identificeren en aan te geven hoe vaak zij dergelijke patiënten in hun praktijk zien. Van de psychologen heeft driekwart deze vraag niet ingevuld. Er was geen significant verschil in de frequentie waarin patiënten in de praktijk voorkwamen.

In tabel 1 zijn per beroepsgroep de aantallen en percentages weergegeven van de hulpverleners die aangeven problemen te ervaren en de soort problemen die ervaren worden. De meerderheid van de hulpverleners ervaart problemen in het contact met patiënten met CBP.

In tabel 2 is aangegeven wat volgens de betreffende hulpverlener de patiënt van hem verwacht. Met betrekking tot de verwachtingen bleken grote verschillen tussen de groepen te bestaan. Met name tussen bedrijfsartsen enerzijds en huisartsen en psychologen anderzijds. Tussen huisartsen en psychologen was alleen een significant verschil met betrekking tot het percentage "verwijsbrief" (χ^2 : $p < 0.001$). Huisartsen noemden vaker dan bedrijfsartsen de verwachtingen: "hart luchten", "behan-

¹ Afdeling Medische Psychologie, AZ Nijmegen

² Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, KU Nijmegen

³ Kenniscentrum Pijnbestrijding AZ Nijmegen

	Huisartsen	Bedrijfsartse	Psychologen
Ervaart u problemen			
Nee	7 (19%)	1 (7%)	20 (37%)
Ja	29 (81%)	17 (93%)	47 (63%)
Soort problemen			
weerstand psychologische verklaring	1 (3%)	0 (0%)	11 (16%)
somatische fixatie	1 (3%)	3 (17%)	9 (13%)
geen organisch substraat	5 (14%)	1 (6%)	5 (7%)
geen behandeling	4 (11%)	3 (17%)	1 (2%)
afstemming andere hulpverleners	1 (3%)	2 (11%)	1 (2%)
patiënt voelt zich onbegrepen	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
eigen machteloosheid	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
acceptatieproblemen patiënt	2 (5%)	0 (0%)	1 (2%)
onemigheid met patiënt t.a.v. beleid	1 (3%)	2 (11%)	3 (5%)
overige	1 (3%)	2 (11%)	0 (0%)
niet ingevuld	10 (28%)	4 (22%)	16 (24%)

Tabel 1: Ervaren problemen in het contact met CBP-patiënten.

Verwachting	Huisarts	Bedrijfsarts	Psycholoog
hart luchten	26 (72%)	5 (29%)	36 (55%)
advies krijgen	30 (83%)	12 (71%)	49 (74%)
behandeling krijgen	20 (56%)	1 (6%)	39 (59%)
verwijsbrief	13 (36%)	1 (6%)	6 (9%)
ziekteverklaring	7 (19%)	12 (71%)	10 (15%)

Tabel 2: Verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de hulpverleners volgens de hulpverlener in kwestie zelf.

	Huisarts	Bedrijfsarts	Psycholoog
lichamelijke afwijking	27 (75%)	11 (65%)	44 (68%)
werksituatie	27 (75%)	18 (100%)	29 (45%)
te druk leven	17 (47%)	8 (47%)	20 (31%)
psychische factoren (depressie, angst, stress, relationeel)	35 (97%)	16 (94%)	64 (99%)

Tabel 3: Veronderstelde oorzaken van CBP per beroepsgroep.

	Huisarts	Bedrijfsarts	Psycholoog
duur consult langer	27 (75%)	15 (88%)	34 (55%)
communicatie moeilijker	19 (53%)	13 (77%)	27 (44%)
invoelbaarheid minder	8 (22%)	6 (35%)	18 (29%)
samenwerking moeilijker	11 (31%)	7 (41%)	17 (27%)
contact minder soepel	11 (31%)	7 (41%)	21 (34%)

Tabel 4: Aard en kwaliteit van het contact met de CBP-patiënt.

deling krijgen" en "verwijsbrief halen" ($\text{Chi}^2: p < 0.001$). Bedrijfsartsen noemden vaker "ziekteverklaring halen" ($\text{Chi}^2: p < 0.01$). Psychologen verschilden van bedrijfsartsen met betrekking tot "behandeling krijgen" en "verwijsbrief halen" ($\text{Chi}^2: p < 0.001$).

Van de huisartsen geeft 67% aan dat de klachten voornamelijk psychische oorzaken hebben maar dat er ook lichamelijke factoren een rol spelen (bedrijfsartsen: 65%; psychologen: 49%). In tabel 3 zijn de veronderstelde oorzaken nader gespecificeerd. Vrijwel alle hulpverleners noemen psychische factoren (depressie, angst, stress, relationele conflicten) als mogelijke oorzaak. Opvallend is het verschil tussen de groepen met betrekking tot de

werksituatie als mogelijke oorzaak: alle bedrijfsartsen noemen deze factoren als oorzaak, tegen tweederde van de huisartsen, en slechts de helft van de psychologen ($\text{Chi}^2: p < 0.02$).

In de interviews kwam vooral naar voren dat het contact met de patiënt problemen opwierp. In tabel 4 zijn de antwoorden op enkele veel genoemde aspecten vermeld. Voor alle aspecten geldt een trend dat bedrijfsartsen de meeste problemen in het contact met de patiënt ervaren. Significante verschillen werden alleen gevonden tussen beide arts groepen enerzijds en psychologen anderzijds met betrekking tot de duur van het consult ($\text{Chi}^2: p < 0.05$).

Op de vraag in hoeverre de hulpverlener zich in staat acht om de patiënt voldoende informatie te geven, geeft slechts een kleine minderheid van alle beroepsgroepen aan dit te kunnen. Vrijwel elke hulpverlener geeft aan zelf meer informatie te willen hebben. Er waren geen significante verschillen ten aanzien van deze items tussen de drie groepen.

Discussie

De diagnose CBP wordt in feite niet gesteld in de dagelijkse praktijk van de huisarts en bedrijfsarts. In de bestaande classificatie-systemen is hiervoor geen speciale categorie. Meestal worden deze patiënten gerangschikt onder vlag van "klachten aan het bewegingsapparaat". Bij psychologen is de situatie anders. Driekwart van de psychologen vulde de vraag naar aantallen patiënten met CBP niet in. Uit inventarisatie van de redenen bleek dat bij velen de diagnose onbekend was en dat deze patiënten niet vaak bij hen aangemeld worden. Ondanks het feit dat huisartsen en bedrijfsartsen de diagnose CBP officieel niet gebruiken, bleken deze beroepsgroepen geen moeite te hebben met deze term. De precieze reden is niet uit de vragenlijst te destilleren, maar de meest waarschijnlijke verklaring is dat huisartsen zowel als bedrijfsartsen deze patiënten regelmatig zien en ook als groep herkennen. Psychologen zijn niet op de hoogte van de term CBP en krijgen slechts in weinig gevallen deze patiënten verwezen. CBP-patiënten vormen om die reden dan ook in mindere mate een herkenbare groep met specifieke kenmerken/problemen. De overgrote meerderheid van de hulpverleners geeft aan problemen te ervaren met deze groep patiënten. Er worden diverse problemen genoemd, waarbij de meeste problemen zich toespitsen op het feit dat er geen (lichamelijke) oorzaak gevonden is en dat er geen behandeling bekend is.

Ten aanzien van de door de hulpverlener veronderstelde verwachtingen van de patiënt blijken er verschillen tussen de drie groepen te bestaan. Bedrijfsartsen zijn van mening dat de patiënt bij hen een ziekteverklaring komt halen, terwijl dit bij de andere beroepsgroepen minder het geval is. Huisartsen noemden vaker dan bedrijfsartsen verwachtingen als een "verwijsbrief halen", "hart luchten" en "behandeling krijgen".

Ongeveer tweederde van de huisartsen en bedrijfsartsen is van mening dat de klachten voornamelijk een psychische oorzaak kennen. Bij psychologen ligt dit percentage lager, namelijk bij ongeveer de helft van de ondervraagden. Desalniettemin noemen praktisch alle hulpverleners psychologische problemen, zoals depressie en relationele conflicten, als een van de oorzaken van de klachten.

Met betrekking tot de aard en kwaliteit van het contact met de patiënt met chronische pijn kan in het algemeen genoemd worden dat psychologen de minste problemen ervaren en bedrijfsartsen de meeste problemen aangeven. Het meest frequent genoemde probleem is dat het consult langer duurt, gevolgd door moeizame communicatie.

Slechts een minderheid van de ondervraagden is van mening dat men de patiënt voldoende informatie kan bieden en vrijwel elke ondervraagde bleek zelf behoefte aan meer informatie te hebben.

Conclusie

De hier gepresenteerde resultaten dienen met de nodige voorzichtigheid betracht te worden. Het betreft, met name wat betreft de huisartsen en bedrijfsartsen, kleine aantallen ondervraagden. Dit heeft zeker consequenties gehad voor de statistische analyses. Tevens is een belangrijke beperking van deze inventarisatie dat er sprake is van een selectie-bias. Het betrof geen aselechte steekproef uit de populatie van de verschillende beroepsgroepen, maar hulpverleners die zich zelf hadden aangemeld voor deelname aan een thema-avond over dit onderwerp. De generaliseerbaarheid van deze resultaten moet derhalve met enige terughoudendheid en meer als exploratief van aard betracht worden. Desalniettemin kan uit deze exploratieve inventarisatie geconcludeerd worden dat huisartsen en bedrijfsartsen weliswaar vaak geconfronteerd worden met patiënten met CBP, maar dat ze eigenlijk niet goed weten wat ze met deze patiënten aanmoeten: ze ervaren specifieke problemen die met name liggen op het gebied van het ontbreken van een oorzaak c.q. behandeling en de daaruit voortvloeiende communicatieproblemen.

Hier kunnen de Kenniscentra de handschoen oppakken en met hun expertise de genoemde beroepsgroepen verder helpen met kennis over chronische benigne pijn op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling. In dit kader worden verschillende initiatieven genomen.

Correspondentie-adres:

Drs. J. Samwel

Academisch Ziekenhuis Nijmegen

Afdeling Medische Psychologie

Postbus 9101

6500HB Nijmegen