

INLEIDING

Wereldwijd wordt door één op de vijf volwassenen dagelijks pijn ervaren.^{1,2} Deze pijn wordt chronisch genoemd wanneer deze minimaal drie maanden aanwezig is.^{2,3} 15% van de patiënten met chronische pijn wordt ernstig belemmerd in het dagelijks leven.⁴ Een correcte diagnose wordt vaak pas laat gesteld waardoor het lang duurt voor patiënten naar de juiste zorgprofessional worden doorverwezen.^{2,5}

Tot op heden is nog onbekend wat de visie is van huisartsen over het te doorlopen traject van patiënten met chronische pijn aan het bewegingsapparaat. Het achterhalen van de visie van huisartsen is essentieel om het te doorlopen traject effectiever en efficiënter te laten verlopen.

Onderzoeksvraag:

Wat is de visie van huisartsen over het te doorlopen traject van patiënten met chronische pijn aan het bewegingsapparaat?

METHODE

- Kwalitatief onderzoeksdesign met semigestructureerde interviews.
- Topics interviewschema: visie over chronische pijn, visie over het traject, biopsychosociaal model in de praktijk en netwerk chronische pijn.

Werving deelnemers gedeeltelijk door opdrachtgever (1/3 deel), gedeeltelijk uit eigen omgeving (2/3 deel).

Inclusiecriteria

- Minimaal één jaar werkervaring hebben met patiënten met chronische pijn.
- Contact met minstens vijf patiënten met chronische pijn in het afgelopen jaar.
- Werkzaam binnen het verzorgingsgebied van Revalis Pijnkliniek te Den Bosch.
 - Dit inclusiecriterium is komen te vervallen in overleg met opdrachtgever.

Data-analyse

- Transcriberen
- Open en axiale codering
- Opstellen thema's

Ethische aspecten

- Vrijwillige deelname
- Informatiebrief
- Toestemmingsformulier

RESULTATEN

De deelnemerspopulatie bestaat uit zes huisartsen, uit vijf verschillende praktijken. In figuur 1 wordt de deelnemerspopulatie verder toegelicht.

Deelnemersnummer	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Jaren werkervaring met patiënten met chronische pijn	32	15	25	2	7	26
Locatie huisartsenpraktijk	Berlicum	Oss	Wateringen	Wateringen	De Lier	Maastricht
Leeftijd	60-65	40-45	55-60	30-35	40-45	55-60
Geslacht	M	V	V	V	V	V

Figuur 1: deelnemerspopulatie

Uit de interviews zijn vier thema's naar voren gekomen:

- Definitie chronische pijn
- Lang diagnostisch traject
- Vormgeving behandeltraject
- Behoeftte aan netwerk

Definitie chronische pijn

- Een veel voorkomend probleem in huisartsenpraktijken
- Lastig te herkennen door het ontbreken van een duidelijke definitie en zorgstandaard
- Tussen huisartsen onderling overeenkomsten in visie over chronische pijn
- Weinig aandacht vanuit opleiding, veel leren vanuit ervaring

“Wat wij hier vooral onder chronische pijn zijn, is als mensen een half jaar tot een jaar pijn hebben, [...] dat het steeds weer terugkeert en [...] dat het hun leven beïnvloedt.” (D2)

“Echt een onderwerp pijn en de mogelijkheden [...], dat is toch meer wat je in de praktijk eigenlijk leert.” (D6)

Lang diagnostisch traject

- Specialist nodig om diagnose te bevestigen, maar deze heeft lange wachttijden
- Veel overbodige onderzoeken om diagnoses uit te sluiten en patiënt tevreden te stellen
- Acceptatie bij patiënt dat diagnostisch traject voorbij is duurt lang
- Grote terugkeer van patiënten bij huisarts

“Misschien had dat lichamelijk gezien [...] niet gehoeven, maar als dat ertoe leidt dat je daarna dan verder kan, dan heeft het wel degelijk zin.” (D4)

“Hoe langer de pijn, hoe meer mensen toch wel heel graag echt een oplossing willen.” (D5)

Vormgeving behandeltraject

- Grote rol voor huisarts en specialist in acceptatieproces van patiënt
- Aansturen op stellen van kleine doelen en managen van verwachtingen
- Multidisciplinaire aanpak met een grote rol voor mening van patiënt
- Veel discussie onder zorgprofessionals over behandelmethoden

“De patiënt moet wel zo ver zijn dat ‘ie zegt: ‘Oké, dokter. [...] Ik moet het er mee doen.’ [...] Daarvoor haken mensen ook wel makkelijk af.” (D1)

“Waar mensen zelf voor gemotiveerd zijn, daar heb je ook gewoon meer aan dan als je iets doet waar ze niet gemotiveerd in zijn.” (D3)

Behoeftte aan netwerk

- Kortere lijnen tussen zorgprofessionals voor efficiëntere behandeling
- Behoeftte aan richtlijnen en regionale sociale kaart voor zorgprofessionals
- Sociale kaart voor patiënt inclusief informatie over vergoedingen vanuit zorgverzekering
- Gezamenlijk met patiënt geschikte behandelaar vinden

“Ik denk een goede definitie van wanneer spreek je nou van chronische pijn, wat moet er allemaal aan diagnostiek gedaan zijn? Dat zou wel fijn zijn.” (D2)

“Ik denk dat als je in de spreekkamer gewoon samen kan kijken: ‘we zoeken een fysiotherapeut die daar en daar gespecialiseerd in is.’. Dan kun je samen tot een conclusie komen.” (D4)

DISCUSSIE

Interpretatie

- De huisartsen vinden het lastig om chronische pijn als zodanig te herkennen, onder andere door het ontbreken van een duidelijke definitie. Het is opvallend dat de persoonlijke visie van huisartsen over chronische pijn ondanks het ontbreken van een definitie niet alleen onderling overeenkomt, maar ook met de literatuur.^{2,3,6,7}
- Het diagnostische traject wat patiënten met chronische pijn doorlopen duurt onnodig lang. Verbeterpunten liggen volgens huisartsen in de onduidelijke definitie en lange wachttijden bij de specialist. Ook blijkt dat huisartsen veel onnodige onderzoeken aanvragen. Huisartsen achten dit noodzakelijk, om de patiënt psychisch zo ver te krijgen dat deze klaar is om met het behandeltraject te starten.
- De mening van de patiënt weegt zwaar mee in de vormgeving van het behandeltraject. Een multidisciplinaire aanpak heeft de voorkeur.^{2,7,8}
- Over de correcte behandelmethode heerst veel discussie onder zorgprofessionals, wat leidt tot grote verschillen in de uitvoering van de behandeling bij diverse zorgprofessionals. Ondanks het advies om na zes maanden een follow-up te laten plaatsvinden, komt een follow-up in de praktijk nauwelijks voor.⁹ Dit draagt bij aan de onduidelijkheid over de langdurige effecten van verschillende behandelmethodes.^{7,10}
- Duidelijkheid rondom diagnostiek en behandeling zorgt voor een efficiënter traject voor de patiënt. De huisartsen zien graag dat een regionale sociale kaart wordt opgesteld, in combinatie met richtlijnen voor diagnostiek. Daarnaast zien huisartsen graag een online platform voor patiënten, waar ook informatie over vergoedingen vanuit de zorgverzekering worden meegenomen.

Sterke punten en kanttekeningen

- Observator bij eerste twee interviews aanwezig.
- Resultaten door twee onderzoekers geanalyseerd en onderling vergeleken.
- Wekelijkse overlegmomenten.
- Geen verzadiging bereikt.
- Resultaten niet generaliseerbaar binnen netwerk van opdrachtgever.
- Interviews D3, D4 en D5 op één dag, nieuwe inzichten niet kunnen verwerken in interviewschema.

AANBEVELINGEN

Beroepspraktijk

- Opstellen zorgstandaard met duidelijke definitie en richtlijnen voor diagnostiek.
- Duidelijkheid in voor- en nadelen van behandelmethodes.
- Opstellen sociale kaart voor zowel zorgprofessionals als patiënten.

Vervolgonderzoek

- Vergelijkbaar onderzoek met grotere deelnemerspopulatie om uitspraken te kunnen doen op regionaal en landelijk niveau.
- In kaart brengen van visie van alle betrokken partijen binnen het traject door onderzoek te doen binnen alle verschillende zorgprofessies.
- Onderzoek naar ervaringen en meningen van patiënten en betrokken zorgprofessionals bij diagnostische onderzoeken om te achterhalen hoe het aantal onderzoeken verminderd kan worden.

CONCLUSIE

- Deelnemers vinden het diagnostische traject onnodig lang en zien graag een duidelijke zorgstandaard gericht op chronische pijn.
- Het beste behandeltraject bestaat volgens de deelnemers uit een multidisciplinaire aanpak, waarin de mening van de patiënt een grote rol speelt.
- Een regionale sociale kaart kan bijdragen aan een betere samenwerking en efficiëntere behandeling van de patiënt

REFERENTIES

- Hebt I. Algemene uitleg over het sensitisiatiemodel voor patiënten met (subacute / chronische) pijn en centrale sensitisatie.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. Chronische pijn. 2011.
- Moseley GL, Van Wilgen CP, Nijs J. Pijneducatie - een praktische handleiding voor (para)medici. *Bohn Stafleu van Loghum*. 2010.
- Bruijn-Kofman AT. *Leven Met Chronische Pijn*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
- Versteegen GJ, Wijhe M. *Diagnostiek En Behandeling van Pijn*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
- Treede RD et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). 2019.
- Drs. Wortman M, Dr. Visser B. Prospectief Cohort Onderzoek naar de behandeling volgens het Chronisch Pijn Protocol (PROCO CPP). *Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding* 2018, 37 (74): 6 – 13.
- Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, Kessels T, Mingels S, Vanhalewyn M. Aanpak van Chronische pijn in de eerste lijn; herziening 2017. 2017.
- Prof. Dr. Smeets RJEM. Pijnrevalidatie: quo vadis? 2017.
- Pijn Samenvattingskaart M106. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). 2018.