



Academie voor Integratieve en Humanistische  
Psychologie en Psychotherapie vzw

**BIOPSYCHOSOCIALE BEGELEIDING VAN  
CHRONISCHE PIJN PATIENTEN IN DE  
MULTIDISCIPLINAIRE  
GROEPSPRAKTIJK**  
Een multimodale groepsaanpak

**Leen VERMEULEN**  
**Academiejaar 2018-2019**

## **INHOUD**

ABSTRACT

VOORWOORD

INLEIDING

### **DEEL 1: LITERATUURSTUDIE**

#### **Hoofdstuk 1: Draagwijdte en impact**

- 1.1. Belgische epidemiologische gegevens
- 1.2. Beschouwing

#### **Hoofdstuk 2: Internationale aanbevelingen voor goede praktijkvoering inzake aanpak van chronische pijn**

- 2.1. Biopsychosociale benadering van chronische pijn
  - 2.1.a. Een beetje geschiedenis
  - 2.1.b. Welke psychosociale factoren spelen een rol in het ontstaan, versterken en chronisch worden van pijn
- 2.2. Een geïntegreerd multi-modaal programma in groep
- 2.3. Evaluatie van de doeltreffendheid van de aangeboden therapieën bij chronische pijn

#### **Hoofdstuk 3: Specificiteiten in de verschillende deelaspecten van een biopsychosociale benadering van chronische pijn in groepstherapie**

- 3.1. Pijn educatie
- 3.2. Psycho-therapeutische benadering : CBT en ACT
- 3.3. Sociale factoren die pijn beïnvloeden
  - 3.3.a Sociale steun
  - 3.3.b Pijngedrag en het sociale antwoord hierop
  - 3.3.c De therapeutische relatie
  - 3.3.d Maatschappelijke aspecten van chronische pijn
- 3.4 Niet-specifieke effecten van groepstherapie

#### **Hoofdstuk 4: Huidige situatie: aanpak van chronische pijn in België**

- 4.1. Hooggespecialiseerde aanpak in de multidisciplinaire referentiecentra voor chronische pijn. (derdelijns-gezondheidszorg) : sinds 2005
- 4.2. De multidisciplinaire pijn-teams (MPT) : sinds 2009 (tweedelijns-gezondheidszorg)
- 4.3. De algologische functie: sinds 2009 (tweedelijns-gezondheidszorg)
- 4.4. KCE (Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg) rapport 23/11/2017: Lage rugpijn en radriculaire pijn: kernelementen van een zorgpad
- 4.5. 06/12/2018: Consensusvergadering van het RIZIV over het rationeel gebruik van opioïden bij chronische pijn
- 4.6. Beschouwing huidige situatie in België

### **DEEL 2: PRAKTIJK STUDIE**

1. De ontstaansgeschiedenis
2. Het opzet
3. Recrutering van de deelnemers
4. Deelname en opkomst
5. Evaluatie door de deelnemers
6. Beschouwingen

### **DEEL 3: CONCLUSIE EN PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST**

LITERATUUR

BIJLAGE

## ABSTRACT

Bijna 1 op 4 belgen heeft chronisch pijnklachten. Internationale aanbevelingen voor goede praktijkvoering inzake aanpak van chronische pijn adviseren met torenhoge evidentie een biopsychosociale benadering in een multi modaal geïntegreerd groepsprogramma.

Analyse van de huidige situatie in België leert ons dat dergelijk biopsychosociaal groepsprogramma enkel aangeboden wordt in de 9 gespecialiseerde referentiecentra voor chronische pijn in de derde lijn. Deze zijn enkel toegankelijk via doorverwijzing vanuit de tweede en eerste lijn voor complexe gevallen die sterk gespecialiseerde hulp nodig hebben. Daarnaast zijn er nog 36 gespecialiseerde pijnteams in acute ziekenhuizen ter beschikking. Deze ondervinden om multiple redenen grote problemen in de toepassing van een interdisciplinaire biopsychosociale benadering. Bovendien voldoet het aanbod niet aan de vraag en zijn er lange wachttijden om een afspraak te krijgen, wat efficiëntie en therapietrouw in het gedrag brengt.

In deze studie werden 7 pijn-groepen opgestart in verschillende eerstelijns gezondheidscentra van Geneeskunde voor het Volk. Vanuit een biopsychosociaal kader werd een multi modaal programma met pijneducatie, cognitieve gedragstherapie, aspecten van commitment and acceptance therapy, mindfulnes en stressreductie, ademhalings- en relaxatie oefeningen aangeboden in een lessenreeks van 5 wekelijkse bijeenkomsten. Op een totaal van 43 ingeschrevenen, waren 29 deelnemers (78,4%) aanwezig op minstens 3 van de 5 bijeenkomsten. 17 mensen (46%) waren aanwezig op alle lessen. Deze mensen zijn unaniem tevreden en voelen zich sterker en zelfzekerder in hun dagdagelijks leven met pijn. Ze hebben allen het gevoel meer controle te hebben over hun doen en laten, en dit minder te laten afhangen van hun pijn. Hun catastrofale gedachten zijn verminderd. De intensiteit van de pijn is niet altijd minder, maar wordt wel als meer genuanceerd en fluctuerend ervaren.

Deze resultaten zijn zeer hoopgevend en motiveren om hier verder op in te zetten en zodoende een doorbraak te realiseren van een toegankelijke multimodale biopsychosociale groepsaanpak van chronische pijn, dicht bij de patiënten in hun eigen vertrouwde dokterspraktijk in de eerste lijn. De setting van forfaitaire multidisciplinaire groepspraktijken biedt alle professionele en organisatorische voorwaarden om dit te kunnen waarmaken.

## VOORWOORD

Ik draag deze scriptie op aan al mijn patiënten met chronische pijn. In het bijzonder wil ik mijn dank uitdrukken aan de dames van de groep "les combattantes" in Molenbeek. Zij vormden de eerste groep waarmee ik mijn groeiproces in de groepsbegeleiding van pijnpatiënten mocht opstarten.

Tot op vandaag inspireren en motiveren ze mij bij elke bijeenkomst opnieuw om mij verder te verdiepen en te professionaliseren in de begeleiding van groepen en pijnpatiënten in het algemeen. Dankzij hun onuitgesproken aanmoediging volgde ik de uiterst boeiende opleiding 'Advanced training in biopsychosocial chronic pain rehabilitation' van de retrain pain foundation en nam ik deel aan het specialisatiejaar groepstherapie van de psychotherapie opleidingsschool 'focus on emotion'.

Het doet mij deugd te zien hoe de dames stuk voor stuk hun veerkracht aansterken en na elke bijeenkomst hoopvol en met vernieuwde moed hun soms moeizame leven terug instappen.

Zij waren mijn motor om met gedreven inzet deze ervaring uit te breiden naar andere groepen in verschillende groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk.

Ik richt me met deze scriptie graag tot al mijn collega's psychotherapeuten, huisartsen en andere gezondheidswerkers in de hoop hen warm te maken om de weg naar een efficiënte begeleiding van chronische pijnpatiënten in de eerste lijn samen met mij verder aan te leggen en te bewandelen.

Leen  
1 juli 2019

## INLEIDING

Een scriptie bij het afsluiten van mijn opleiding psychotherapie over begeleiding van chronische pijnpatiënten is geen random keuze geweest. De puzzelstukjes van het verhaal zijn als het ware vanzelf in de loop der jaren in elkaar gevallen.

Mijn twintigjarige carrière als huisarts is tot op heden een weg van gedreven en enthousiaste zorg voor mijn patiënten geweest. Tot ik vijf jaar geleden tegen een burn-out aanliep.

De twijfel over mijn competenties als arts en de zin van mijn gedrevenheid werden in die periode vooral getriggerd door een aantal chronische patiënten. Met hun steeds terugkerend en groeiend pijnverhaal botsten ze met de regelmaat van de klok tegen mijn kunde en onmacht aan. Het frustreerde mij om vast te stellen dat deze patiënten ondanks chronische opvolging in pijnklinieken en gespecialiseerde diensten in het ziekenhuis telkens met hun hopeloze hulpvraag bij mij terugkeerden. Wat had ik hen meer te bieden dan het ziekenhuis?

Vaak kwam de vraag naar nieuwe technische onderzoeken bij nieuwe of verergerende klachten, in de hoop bewijzen te vinden die de pijn verklaren en zodoende ook een aangepaste therapie.

In het beste geval kwam er inderdaad een nieuw inflammatoir proces in een of ander gewricht of spier aan het licht en kon er een nieuwe reeks kiné opgestart worden of een nieuwe kuur aan ontstekingsremmende medicatie bovenop de chronische pijnstilling. Jammer genoeg bracht dit zelden voldoende soelaas en doken er een tijd later andere klachten op, waardoor we in een chronisch straatje zonder einde geraakten.

In het slechtste geval vonden we op de beeldvorming niets en stond ik voor de onmogelijke opdracht om mijn patiënt met zijn pijnverhaal 'gerust' te stellen en te overtuigen dat we niets moesten doen.

Voor mij was dit ronduit slechte geneeskunde. Een patiënt die zich met zijn pijnverhaal niet begrepen voelt, een dokter die zich machteloos voelt en tegen zijn zin vaak meegaat in de gedachten gang van de patiënt, wetende dat dit niet tot oplossingen leidt, bijgevolg verkeerde overconsumptie van technische onderzoeken en als resultaat een progressief zieker wordende patiënt ondanks intensieve medische zorg. Het maakte me moedeloos en deed me over kop gaan.

SOLK (Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten), fibromyalgie, als de pijn niet meer weg gaat, als het lichaam moeilijk doet... er zijn boeken over volgeschreven, en toch vond ik er geen leidraad in om als huisarts in samenwerking met gespecialiseerde diensten, op een constructieve wijze aan de slag te gaan.

Rode draad in elke richtlijn vanuit een biopsychosociaal model: bekijk de klachten vanuit de context en het verhaal van de patiënt en ga hiermee aan de slag.

Als huisarts voelde ik me aangesproken. Mijn patiënten waren vaak moeilijk te overtuigen om bij een externe psychotherapeut in begeleiding te gaan. "Leen, jij kent mijn verhaal, mijn familie, mijn problemen sinds meer dan tien jaar. Ik heb geen zin om dat allemaal vanaf nul te moeten uitleggen aan iemand vreemds".

Op mijn aandringen, met voornaamste argumentatie dat ik als huisarts niet over de nodige professionele knowhow beschikte om aan therapie te doen, kreeg ik sommige patiënten toch verwezen.

Regelmatig haakten ze na een paar sessies terug af. Anderen die volhielden bleven ondertussen toch koppig op mijn consultatie het somatische pad bewandelen. "Ik vertel van alles aan de psycholoog, dat lucht soms op, maar daarmee gaat mijn pijn niet weg"

Na mijn burn-out en met vernieuwde energie en enthousiasme besloot ik zelf de vierjarige integratieve psychotherapie opleiding te gaan volgen. Ik voelde me gesterkt en gesteund door een van mijn patiënten die me bij mijn afscheid op de dokterspraktijk in Molenbeek zei dat ze hoopte dat dokter Hanne die haar dossier van mij zou overnemen, even goed zou kunnen luisteren als ik.

Empatisch luisteren was onvoldoende. Zoveel had mijn ervaring op mijn eigen spreekuur en met externe psychologen mij al geleerd. Wat hebben chronische pijnpatiënten dan nog meer nodig, wat ze niet vinden in gespecialiseerde pijnklinieken?

Ik begon me te verdiepen in de neurowetenschappen en de fysiologie van pijn. Een wereld aan nieuwe wetenschappelijke inzichten ging voor me open. Eindelijk begon ik zelf te begrijpen waarom sommige patiënten chronische pijn ontwikkelen en in stand houden, en anderen niet. Welke biopsychosociale factoren spelen hier allemaal mee en hoe kunnen we pijnklachten zodoende beter begrijpen en benaderen.

Het leek mij essentieel om deze nieuwe inzichten met mijn patiënten te delen. Ik had eindelijk een antwoord op de steeds terugkerende vraag: "Leen, waarom gaat mijn pijn niet meer weg?"

Wanneer patiënten beter begrijpen hoe chronische pijn in hun lichaam ontstaat en welke factoren daar allemaal een versterkende of verzachtende rol in spelen, dan zullen ze eindelijk begrijpen waarom hun calvarietocht naar verdere diagnoses geen zin heeft en hoe ze zelf terug controle kunnen krijgen over hun symptomen.

Een huisartsconsult van twintig minuten is niet de beste format om aan uitgebreide pijneducatie te doen op het moment dat patiënten consulteren met een medisch probleem. Mijn spreekuur zat ook te vol om hiervoor veel extra consulten te kunnen vrijmaken.

Vooral om praktische redenen besloot ik om een groepje van een zestal chronische pijnpatiënten bij elkaar te brengen en mijn pijneducatie verhaal in groep aan hen over te brengen.

Het werd een succes. Ze waren blij met de uitleg, begonnen inzicht te verwerven in hun eigen pijnverhaal en beaamden eindelijk dat nogal wat psychische en sociale factoren in hun leven een rol spelen in het al dan niet versterken van hun klachten. Concrete voorbeelden van de deelnemers illustreerden en bevestigden mijn theoretische uitleg.

Maar er was meer... De groep vond steun en erkenning bij elkaar. Bij de evaluatie van de lessenreeks kwam vooral naar boven dat de deelnemers niet zozeer de theoretische pijneducatie geapprecieerd hadden, maar vooral het contact onder elkaar. Eindelijk voelden ze zich door lotgenoten begrepen in hun lijden, eindelijk kregen ze het gevoel er niet alleen voor te staan, eindelijk konden sommigen zeggen: "al bij al heb ik niet te klagen, er zijn mensen die het nog veel erger hebben dan ik". Niemand wilde de groep verlaten.

De groep had op zich ook een therapeutisch effect en vormde een meerwaarde boven de louter educatieve functie die ik aanvankelijk als doel vooropgesteld had.

Een nieuwe zoektocht diende zich aan: kunnen wetenschappelijk onderzoek en literatuur de meerwaarde van groepstherapie bij chronische pijn bevestigen?

Dit werd een boeiende zoektocht. Een groeiproces, gebaseerd op mijn eigen ervaring met ondertussen zes pijngroepjes in vijf verschillende dokterspraktijken van Geneeskunde voor het Volk – Molenbeek, Schaarbeek, Hoboken, Herstal en Seraing – en stapsgewijs geupgraded op basis van wat ik terugvond in de literatuur hieromtrent.

Dit eindwerk is het relaas van dit groeiproces.

Het is niet af, het is nog maar een begin. Na de eerste lessenreeks evalueerden de deelnemers de cursus als 'het aperitief'.

"Leen, we hebben het gevoel dat je ons nog de hoofdschotel en het dessert te serveren hebt". Zo voelt het bij mij ook.

De richting is bepaald. Het pad begint zich te vormen. De weg zullen we gaandeweg samen aanleggen.

Leen

# DEEL 1. LITERATUURONDERZOEK

## Hoofdstuk 1: Draagwijdte en impact

### 1.1. BELGISCHE EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

#### **Eurobarometer onderzoek – Pain in the European Union 2011**<sup>1</sup>

25 % van de Europese respondenten ondervindt hinder van chronische beperkende pijnklachten. In België bedroeg dit cijfer 27 %. Pijnklachten ter hoogte van de lumbale wervelzuil zijn het meest frequent. De gemiddelde leeftijd van de chronische pijnpatiënten in België bedroeg 48,4 jaar.

Personen met een beperkt opleidingsniveau (opleiding gestopt op 15 jaar of vroeger) vertonen meer beperkende pijnklachten (43 %) in vergelijking met hoger opgeleide respondenten (27 %)

#### **Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid – Gezondheidsenquête 2008-2013**<sup>2, 3</sup>

Dit onderzoek stelt dat in 2008 bijna 1 op 4 Belgen (24,1 %) aan chronisch lichamelijke pijn leed. Wanneer specifiek gekeken wordt naar de ernst van en de hinder door chronische lichamelijke pijn dan kampt 12 % van de volwassen Belgische bevolking met hevige tot zeer hevige pijn en 18 % van de volwassenen met pijnklachten worden hierdoor veel tot zeer veel gehinderd.

In de enquête van 2013 (meest recent gepubliceerde cijfers) vind ik geen cijfers over chronische pijn. Wel wordt aangegeven dat 26,1 % van de bevolking ouder dan 15 jaar de voorbije 4 weken voorafgaand aan de enquête aanhoudende pijn heeft ervaren. Over de resultaten van de gezondheidsenquête van 2018 zijn nog geen gegevens beschikbaar.

We zien significante verschillen in functie van het opleidingsniveau. Significant lager bij de hoogst opgeleiden (21 %) in vergelijking met de andere opleidingsniveau's met een prevalentie tot 2 keer zo hoog (43 %). Er zijn geen significante regionale verschillen en er is een toegenomen prevalentie met de leeftijd: 12 % in de jongste leeftijdsgroep, 39 % in de oudste leeftijdsgroep.

#### **Pain proposal study – 2010**

Deze studie werd verricht door Insites Consulting (Pain Proposal Patient Survey sept. 2010).<sup>4</sup>

De gegevens verschaffen voornamelijk een interessant perspectief omtrent de praktische implicaties die chronische pijnklachten hebben voor Belgische patiënten.

- Bij 26 % van de chronische pijnpatiënten duurde het meer dan 12 maanden alvorens er een diagnose werd gesteld.
- 55 % vermeldt dat hun pijn niet adequaat behandeld wordt.
- 50 % is de mening toegedaan dat de omgeving twijfelt aan het bestaan



van hun pijn.

- 63 % zegt dat hun werkstatus rechtstreeks beïnvloed wordt door de chronische pijnklachten.
- 21 % kan door hun pijn niet werken.
- Als ze toch kunnen werken melden ze dat ze minstens 1/3 van de tijd in hun werk belemmerd worden waardoor ze suboptimaal presteren.
- 86 % stelt echter dat ze graag een actief lid van de samenleving zouden zijn of blijven.
- 28 % is bang om hun baan kwijt te geraken door de pijnklachten.
- 38 % is bezorgd dat ze door hun pijnproblematiek geen vooruitgang in hun professionele carrière zullen kunnen maken.
- 26 % van de patiënten wordt ervan beschuldigd de pijnklachten te (mis)bruiken als voorwendsel om niet te hoeven gaan werken.
- 31 % stelt dat ze door hun pijn in een vorm van sociaal isolement zijn terechtgekomen.

Ook het belang van een degelijke opleiding komt in dit onderzoek naar voren. Als men de behandelende huisartsen ondervraagt stelt minder dan de helft (40 %) te weten wat ze moeten doen als de patiënt na behandeling nog steeds pijnklachten heeft. 91 % van de artsen wil meer scholing krijgen over de aanpak van chronische pijn en richtlijnen over verwijzing naar pijncentra.

## 1.2. ECONOMISCHE GEVOLGEN

Het kostenplaatje is navenant, zo blijkt uit cijfers voor 2010. Kijken we alleen nog maar naar de ernstige gevallen van chronische pijn, waarbij de klassieke pijnstillers niet meer helpen, dan lopen de jaarlijkse kosten in ons land al op tot 11,6 miljard euro. Pijn kost daarmee evenveel als kanker, diabetes en hart- en vaatziekten samen. De jaarlijkse kosten voor diabetes bedroegen in 2010 3,5 miljard euro, voor kanker 3,1 miljard euro en voor hart- en vaatziekten 5 miljard.

Het prijskaartje omvat zowel de medische als de maatschappelijke kosten. De gezondheidskosten kunnen stevig oplopen. Patiënten hebben de neiging om te 'shoppen'. Als de ene operatie niets uithaalt, trekken ze al gauw naar een andere chirurg voor een volgende ingreep.

### **Maatschappelijke rekening**

Terwijl de medische kosten goed zijn voor 1,6 miljard euro, bedraagt de maatschappelijke rekening maar liefst 10 miljard. Meer dan een vijfde van de chronische pijnlijders is niet meer aan de slag. En wie wel nog werkt, is dubbel zoveel afwezig op het werk. Chronische pijn veroorzaakt een enorme daling van productiviteit, en een groot verlies voor onze economie. (Annemans, 2012) 5

## **Conclusie**

Nationale en internationale gegevens tonen aan dat afhankelijk van de gehanteerde definitie, de prevalentie van chronische pijn tussen de 25 en 43 % bedraagt. Ongeveer 12 % van deze patiënten vertonen ernstige chronische pijnklachten. Op basis van deze gegevens zou men kunnen stellen dat er in België (uitgaande van een populatie van 11 miljoen inwoners) 2.970.000 personen op dagelijkse basis lijden aan chronische pijn. Echter, dit is niet de populatie die zich zal aanbieden in de pijncentra voor oppuntstelling en behandeling. Deze patiëntengroep stemt overeen met ongeveer 8,53 % van de volwassen bevolking. Dit stemt overeen met een totaal van 938.300 potentiële patiënten.<sup>6</sup> Het grootste deel van de chronische pijnlijders in België krijgt dus geen specifieke en aangepaste pijn begeleiding.

We spreken dus over een kwart van de bevolking met chronische pijn, waaronder tot 43 % van de laagopgeleiden. Hiervan bereikt 8,53 % gespecialiseerde pijncentra voor oppuntstelling en behandeling.

Hoog tijd om op de eerste lijn een serieus tandje bij te steken in een professionele aanpak en evidence based benadering van chronische pijnpatiënten.

## Hoofdstuk 2

# Aanbeveling goede praktijkvoering inzake aanpak en benadering van chronische pijn

### 2.1. BIOPSYCHOSOCIALE BENADERING: EEN MULTIMODAAL PROGRAMMA

Een immense hoeveelheid aan medisch onderzoek en gepubliceerde artikels sinds de jaren 1960 tonen met wetenschappelijke evidentie aan dat chronische pijn een biopsychosociale basis heeft en bijgevolg ook vanuit een biopsychosociale invalshoek moet benaderd worden.

Dit betekent dat er naast de biomedische diagnose van de ziekte en fysiopathogenetische processen ook gelijktijdig aandacht moet geschonken worden aan de affectieve, emotionele, cognitieve, gedrags-, sociale en professionele aspecten. Alle verschillende componenten van het pijnprobleem moeten gelijktijdig in een multimodaal programma aangepakt worden. (Gatchel et al., 2007)<sup>7</sup>

#### 2.1.a Een beetje geschiedenis <sup>8</sup>

Sinds de Renaissance – 17de eeuw, medisch denken van Descartes – overheerste een biomedisch, reductionistisch model over ziekte en gezondheid. Pijn was een lichamelijke uiting van weefelschade en stond ook in verhouding tot de ernst van de weefselschade.

Vanuit dit biomedisch model ontstond een dualistische mind–body perceptie. Eens een ziekte genezen moesten de bijkomende symptomen als pijn en ongemak verdwijnen. Als ze bleven bestaan, werd een psychologische oorzaak geopperd. Symptomen werden dus ofwel somatogeen ofwel psychogeen geclassificeerd.

George Engel was de eerste wetenschapper die in 1977 voor een paradigmashift zorgde en opperde dat psychosociale factoren zoals emotionele stress een impact heeft op het uiten van symptomen, medische klachten, de intensiteit en het al dan niet aanhouden en het antwoord op behandeling. Dit leidde tot exponentiële uitbreiding van het onderzoeksveld van de gedragsgeneeskunde en de gezondheidspsychologie. Hieruit groeide de ontwikkeling van het biopsychosociaal model

Interessant is dat het biopsychosociaal model onderscheid maakt en inzoomt op 'disease' en 'illness'. (Gatchel et al., 2007)<sup>9</sup> In de Nederlandse taal bestaat dit ethimologisch nuanceverschil niet en worden beide vertaald door 'ziekte'.

'Disease': is een objectief biologisch event dat zorgt voor een verstoring in een specifiek deel van het lichaam of orgaan. De oorzaak kan

anatomisch (bv trauma), pathologisch of een fysiologische verandering zijn. Bij benadering in het nederlands eerder 'kwaal' of 'aandoening'.

*'Illness'*: Is de subjectieve ervaring dat er een 'disease' aanwezig is. Het verwijst dus naar hoe een ziek persoon leeft met en antwoordt op symptomen of beperkingen. Bij benadering in het Nederlands eerder 'ziekte'.

Het verschil tussen illness en disease komt overeen met het onderscheid tussen nociceptie en pijn.

*Nociceptie*: verwijst naar het proces van stimulatie van zenuwen die informatie over mogelijke weefselschade of gevaar overbrengen naar de hersenen.

*Pijn*: Is de subjectieve bewuste gewaarwording die het resultaat is van transductie, transmissie en modulatie van deze sensorische, nociceptieve informatie. Hiervoor moet het organisme bewust zijn. Verdoofde patiënten ervaren geen pijn, maar er kan wel nociceptie in het zenuwstelsel opgemeten worden.

Loeser (1982) formuleerde een model dat 4 dimensies associeerde met pijn:

1. de nociceptie;
2. de bewuste gewaarwording pijn;
3. het lijden 'suffering': verwijst naar de emotionele respons zoals angst of depressie;
4. het pijngedrag 'painbehavior': wat mensen doen als ze pijn hebben – bv. bepaalde activiteiten vermijden – is de openlijke communicatie over pijn en leed.

Waddell (1987) beklemtoonde dat we pijn niet op een begrijpelijke manier kunnen evalueren zonder het individu te begrijpen dat blootgesteld wordt aan nociceptie. Om iemands perceptie en antwoord op pijn en ziekte te begrijpen moeten we de interacties tussen biologische veranderingen, psychologische status en socioculturele context in beschouwing nemen. Elk model dat maar een van de drie in beschouwing neemt is onvolledig en onjuist.

De tweede paradigmashift in de wetenschap over pijn kwam door de 'gate control theory of pain' van Melzack en Wall (1965-1982). Deze oppert dat de ervaring van pijn in de hersenen gebeurt door een actieve rol van de hersenen in het interpreteren van sensorische stimuli uit het lichaam. Ze suggereerden oorspronkelijk dat de hersenen neerdalende signalen sturen naar de wervelzuil die een soort poortmechanisme openen of sluiten en de hoeveelheid pijnsignalen controleren die kunnen opstijgen naar de hersenen.

FMRI (functionele magnetische resonantie) heeft sindsdien aangetoond dat belangrijke zenuwpaden in de hersenen geassocieerd met pijn lopen doorheen hersenzones die ook geassocieerd worden met cognitieve en emotionele activiteit (d.g. Koyama, McHaffie, Laurienti, Coghill, 2005).

1999-2005 Melzack: de Neuromatrix theory Het concept bestaat erin dat de multidimensionele ervaring van pijn gevormd wordt door een wijdverspreid

neuroonaal netwerk over verschillende regio's in de hersenen. De 'brain-matrix. Deze neuromatrix is voor een deel genetisch bepaald, maar is ook modificeerbaar door sensorische ervaringen en leerervaringen. De basis van de neuromatrix theorie is de herkenning dat pijn het gevolg is van de output van dit wijdverspreid neuroonaal hersennetwerk, eerder dan een directe respons op sensorische input volgend op weefselbeschadiging. (e.g Apkarian, Bush-nell, Schweinhardt, 2013)

De gate control theory en daaropvolgend het neuromatrix model herconceptualiseerde de ervaring van pijn en stelden voor dat psychosociale processen de interpretatie van nociceptieve stimuli in de hersenen kunnen beïnvloeden. Het bood een fysiologische verklaring voor de rol van psychosociale factoren in de perceptie van pijn.

We begrepen hiermee ineens waarom

- er geen evenredige correlatie bestaat tussen de hoeveelheid weefselschade, de intensiteit van de pijn en de omvang van de functionele belemmering (handicap);
- patiënten met ogenschijnlijk dezelfde weefselschade toch anders reageren op de behandelingen;
- de pijn soms aanhoudt lang na dat de weefselschade verdwenen is, of zelfs bij afwezigheid van weefselschade;
- er variaties aan reacties en chronische pijn van patiënten bestaan met dezelfde detecteerbare pathologie.

Dit kon vanuit een puur biomedisch concept niet verklaard worden.

Deze theorie effende het pad voor een beweging in de richting van de integratie van biopsychosociale interventies in de standaard behandeling van chronische pijn.

### **2.1.b Welke psychosociale factoren spelen een rol in het ontstaan, de ernst van de pijn, het onderhouden of het versterken van de pijn en het lijden** <sup>10, 11</sup>

#### **• Persoonlijkheid factoren**

Een aantal genetische factoren en aangeleerde ervaringen creëren onze persoonlijkheid. De psychosomatische geneeskunde is uitgebreid op zoek gegaan naar typische persoonlijkheidskenmerken die een impact hebben op het ontstaan en onderhouden van klachten. Is er zo iets als een migraine-persoonlijkheid? Of een algemene pijngevoelige persoonlijkheid? (Blumer et al.,1982)<sup>12</sup>

Angstgevoeligheid is een predisponerende factor in chronische pijn. Er is een positieve associatie tussen angstgevoeligheid en pijngerelateerde angst, vermijdingsgedrag, schrik voor de negatieve gevolgen van pijn en negatief affect. Patiënten met een hoge angstgevoeligheid vertonen grotere cognitieve stoornissen als gevolg van hun pijn, maar nemen ook grotere hoeveelheden pijnstillers in om hun pijn te controleren. (Asmundson et al.,2009)<sup>13</sup>

## • Socioculturele factoren

Mensen zijn sociale wezens en functioneren in een culturele context die hun ervaringen kleurt doorheen hun leven, zo ook hoe men pijn ervaringen begrijpt en er mee omgaat. Socioculturele factoren beïnvloeden hoe families en groepen interageren met patiënten en hoe arts–patiënt relaties verlopen (Anderson et al., 2015)<sup>14</sup>

### . *Social-learning mechanismen*

Kinderen nemen gewoontes aan vanuit observatie van reacties van hun ouders en hun sociale omgeving. Kinderen leren op deze manier of ze symptomen moeten negeren, erop reageren of overreageren (Goubert et al. 2011)<sup>15</sup>

### . *Operant-learning mechanismen*

Fordyce (1976) beschrijft hoe pijngedrag gevoelig is voor de effecten van antwoorden uit de omgeving op dat gedrag. Pijngedrag zoals overmatige uitdrukking van pijn zal versterken als daarop geantwoord wordt met medelijden en affectie en het reduceren van verantwoordelijkheden. Pijngedrag zoals vermijdingsgedrag kan beschermend zijn bij acute pijn, maar is contraproductief bij chronische pijn en zelfs een onderhoudende factor van pijn. Het vermijdingsgedrag kan onderhouden blijven door versterkende reacties uit de omgeving of door een gebrek aan versterkers van goed en helpend gedrag. Hier omgekeerd op inzetten kan zeer effectief zijn in de aanpak van chronische pijn (Henschke et al, 2010)<sup>16</sup>

### . *Respondent-learning mechanismen*

Een veelheid aan studies tonen aan dat vermijdingsgedrag meer gerelateerd is aan angst voor de pijn dan aan de actuele pijn. Dus anticiperen op pijn is al genoeg om vermijdingsgedrag te onderhouden. (Crombez et al., 2012)<sup>17</sup>

Anticipatie op pijn creëert een door angst geïnduceerde sympathische zenuwactiviteit met spiercontractie als gevolg. Deze psychologische factoren kunnen dus rechtstreeks nociceptie induceren en moeten dus niet meer enkel gezien worden als een gevolg van pijn, maar ook als een oorzaak.

## • Cognitieve factoren

We hebben allemaal onze eigen neuromatrix waarmee we ons eigen concept en onze realiteit creëren waarin we pijn en symptomen proberen te verklaren, vaak gebaseerd op ervaring en vroeger aangeleerde zaken. Deze ideeën en overtuigingen bepalen de betekenis van het probleem, alsook de ervaring en gepaste oplossing of reactie (Okifuji et al., 2012)<sup>18</sup>

### . *Overtuigingen over pijn*

Overtuigingen dat de pijn nooit meer betert kunnen mensen in passieve coping strategieën duwen. Een shift van gedachten zoals hulpeloosheid en passiviteit naar veerkracht en geloof dat men toch kan functioneren is essentieel om onaangepast gedrag te corrigeren (Burns et al., 2003)<sup>19</sup>

. *Overtuigingen omtrent controleerbaarheid*

Een gevoel van controle over de pijn kan de pijnsensatie beïnvloeden.

. *Zelfredzaamheid*

Een zeer laag gevoel van zelfredzaamheid is consistent gerelateerd aan grotere pijnintensiteit bij chronische pijn patiënten, Lage zelfredzaamheid is gekoppeld aan lage functionele capaciteit en medieert de relatie tussen pijn en fysieke en psychisch functioneren (Arnstein, 2000)<sup>20</sup>

. *Catastroferen*

Pijn gerelateerde catastroferende gedachten zijn frequent aanwezig bij chronische pijnpatiënten, verhogen in lineaire relatie de pijngevoeligheid en zijn omgekeerd in relatie met de pijninhibitie. Deze resultaten komen overeen met MRI studies (Seminowicz et al., 2006)<sup>21</sup> waarbij de prefrontale corticale modulatie vermindert bij catastroferen.

. *Coping*

Actieve coping strategieën zijn geassocieerd met aangepast handelen en pijnverlichting en passieve coping strategieën (bv.afhangen van anderen voor pijncontrole) met meer pijn en depressie (Benyon et al., 2010)<sup>22</sup>

• **Affectieve factoren**

Definitie van de internationale vereniging van de studie over pijn: Pijn is een bewuste en onaangename sensatie in een of meer delen van je lichaam en daardoor ook een emotionele ervaring (Merskey et al., 1986)<sup>23</sup>

De centrale en interactieve rol van sensorische informatie en emotionele status wordt ondersteund door een overweldigende hoeveelheid aan evidentie. De affectieve component van pijn bevat meerdere emoties, ze zijn altijd negatief (Lumley et al, 2011) <sup>24</sup>

. *Depressie*

Een aanzienlijk aantal mensen met chronische pijn zijn significant depressief. Diegenen die niet depressief worden zijn de chronische pijnpatiënten die geloven dat ze kunnen blijven functioneren ondanks de pijn en dat ze een zekere controle kunnen blijven uitoefenen over hun pijn. (Okifuji et al.,2000)<sup>25</sup>

. *Angst*

Pijngerelateerde angst verergert de symptomen. Pijnervaringen zetten een aantal negatieve gedachten en angsten in gang omtrent de schrik voor ergere weefselschade en de impact voor de toekomst. Dit zorgt voor onaangepast vermijdingsgedrag.(Crombez et al.,2012)<sup>26</sup>

. *Posttraumatic stress disorder*

Er is een grote aanwezigheid van PPTS symptomen bij chronische pijn patiënten. Deze kunnen chronische pijn induceren en onderhouden

. *Kwaadheid*

Kwaadheid komt heel vaak voor bij chronische pijnpatiënten. Kwaadheid en frustratie over de aanhoudende symptomen, de gebrekkige info over de etiologie, herhaalde mislukte behandelingen, kwaadheid tegenover werkgevers, verzekeringsmaatschappijen, het

gezondheidszorgsysteem, dokters, familieleden en henzelf, leidend tot een negatieve ingesteldheid en toenemende pijnklachten tgv een toegenomen orthosympatische arousal. (Bruehl et al., 2009)<sup>27</sup>

*«Understanding a person with chronic pain and successful treatment requires attention to all of these factors. It's more important to know what kind of man has a disease, than what kind of disease has a man.»*

## 2.2 EEN GEÏNTEGREERDE MULTIMODALE BENADERING IN GROEPSTHERAPIE

De afgelopen 20 jaar is groepstherapie naar voren geschoven als een van de meest essentiële en efficiënte benaderingen van chronische pijn. (Keefe et al., 2018)<sup>28</sup> Multiple controlled-research studies omtrent de efficiëntie van groepstherapeutische interventies werden opgezet:

- . ivm lage rugpijn: Lamp et al., 2010 , Turner&Jensen, 1993
- . ivm reumatoïde artritis: Bradley et al., 1987, Parker et al., 1988, Van Lankveld, Van Helond, 2004, Zautra et al., 2008
- . ivm osteoarthritis: Clarke et al., 2017, Keefe et al., 1990
- . ivm faciale pijn: Bogart et al., 2007
- . ivm kanker gerelateerde pijn: L.Butler et al., 2009, Sheinfeld Gorin et al.,2012

Al deze studies tonen een significante daling van de subjectieve pijnervaring en verbetering van het fysisch en psychisch functioneren van veel chronische pijnpatiënten.

De British pain society spreekt over "pain management program" (2007)<sup>29, 30</sup> Dit programma is gebaseerd op cognitieve gedragsprincipes. "Group-based cognitive-behavioural therapy." (CBT) De belangrijkste ingrediënten zijn de volgende:

- . Vorming over de biologische en psychologische mechanismen van pijn, gezonde gedragingen en de principes van zelfbeheer van pijn.
- . Aanleren van passende gedragingen, keuze van doelstellingen en strategieën om daarin te slagen.
- . Identificatie en verandering van verkeerde overtuigingen.
- . Relaxatie.
- . Verandering van gewoonten die bijdragen tot het onderhouden van het pijnsyndroom.
- . De deelnemers moeten aangemoedigd worden om hun verworven kennis thuis en in andere omgevingen toe te passen.

Deze programma's verlopen in groep, om uitwisseling van ervaringen te bevorderen en om economische redenen. Nog steeds volgens de British Pain Society (2007) leiden de meest intensieve programma's tot de beste resultaten en pogingen tot besparingen (personeel, tijd, andere middelen)



kunnen het nut van het programma verminderen. Er bestaat momenteel geen informatie om het minimum aantal sessies te bepalen. Men stelt een duur van 20 dagen voor. Een interdisciplinaire opvolging van middellange duur (6 tot 12 maanden) wordt aanbevolen na een intensief therapieprogramma. (Sanders et al., 2005)<sup>31</sup>

In België wordt een gelijkaardig groepsprogramma aangeboden in de referentiecentra voor chronische pijn onder de vorm van een 'pijn-educatie-groep'. Soms gericht tot patiënten met een welbepaalde pathologie (bv fibromyalgie-groepen), soms gemengde pijngroepen, los van een diagnose of pathologie.<sup>6</sup>

Literatuuronderzoek omtrent groepstherapie bij chronische pijn wereldwijd toont 4 soorten groepstherapieën met 4 verschillende basis-doelen: <sup>28</sup>

**1.** Het aanleren van doeltreffende coping-strategieën – "Cognitive-behavioral Therapy Groups" for Pain Coping Skills Training.

Dit zijn meestal kleine groepen (4 tot 6 patiënten) die gesloten zijn en een korte training geven van 8 tot 10 weken. Het format is gestructureerd en heeft als doel instructie, herhalen en inoefenen van coping-vaardigheden.

Patiënten het best hiervoor aangewezen zijn patiënten die aanvaarden dat hun pijn nooit helemaal weg zal gaan, maar graag vaardigheden aanleren in het beter handelen en controleren van hun pijn. Deze trainingen worden meestal gegeven door hoogopgeleide gespecialiseerde artsen en psychologen met een achtergrond in pijnmanagement..

De evidentie voor de effectiviteit van deze trainingsgroepen is groot. Studies tonen dat dergelijke groepstherapeutische benadering significant de pijn reduceert en de functionele mogelijkheden vergroot. (Cherkin et al.,2016; Lamb et al., 2010; Thorn et al.,2011)<sup>32, 33</sup>

De meest geciteerde meta-analyse in de literatuur is die van Morley et al., 1999, die 25 RCT's (random controlled trials) van CBT bij volwassenen met persisterende pijnproblemen analyseert. De studie concludeert dat in vergelijking met andere behandelingen (conservatieve medische aanpak) CBT significant betere resultaten bekomt op vlak van pijnervaring, cognitieve coping-strategieën en pijnevaluatie, en pijngedrag. <sup>34</sup>

**2.** Patiënt educatie omtrent hun ziekte en biologische pijn-mechanismen – '*Patient Education Groups*'.

Educatiegroepen gaan ervan uit dat een betere kennis van hun ziekte en pijn patiënten toelaat op een meer aangepaste manier te reageren en om te gaan met hun pijn. Deze groepen gaan meestal door in gespecialiseerde hospitalisatie-settings betreffende welbepaalde aandoeningen. De meeste studies tonen een verbetering in kennis, maar vaak een falen in verbetering van pijn en functionele status (Daltroy et al., 1988; Goepfinger et al., 1989)<sup>35,36</sup>

Gebaseerd op deze bevindingen introduceerden Lorig en haar collega's gedrags- en cognitieve gedrags- copingvaardigheden training in hun

educatieve groepen (Risendal et al.,2014)<sup>37</sup>. Deze voor de patiënt meer begrijpelijke groepstherapie protocollen lijken meer effectief te zijn dan zuivere educatiegroepen.

Meer recent incorporeren educatiegroepen ook aspecten van zelfmanagement - Butler & Moseley's 'Explain Pain' 2013. Deze benadering geeft vooral educatie omtrent de nieuwste ontwikkelingen in pijn-neurowetenschappen en praktische suggesties voor zelfmanagement. Deze pijneducatie helpt patiënten complexe veranderingen in hun zenuwstelsel, ruggenmerg en brein te begrijpen. De educatie is gebaseerd op de anatomie van de body's pain-system in het algemeen, hoe ontstaat pijn en hoe wordt het chronisch, los van medische diagnoses. Het doet patiënten het biologisch rationele inzien achter bepaalde zelfmanagement technieken inzake pijncontrole, met verhoogde therapie-trouw en vertrouwen in effectiviteit als gevolg. Naast educatie over hun ziekte, lijkt educatie over pijn-fysiologie in het lichaam essentieel te zijn in het verbeteren van pijn en functionele status. <sup>38</sup>

### **3. Aanbieden van sociale ondersteuning.**

Primair doel van deze groepen is het verhogen van sociale ondersteuning, gebaseerd op de vaststelling dat veel chronische pijnpatiënten zich alleen en geïsoleerd voelen in hun strijd met de pijn.

Het format van deze groepen is zeer verschillend. Ze zijn veel minder gestructureerd dan de twee eerste soorten groepen, en zijn vooral opgevat als discussiegroepen waarin de deelnemers hun ervaringen met hun pijnbeleving en pijn-aanpak kunnen delen. Deze groepen zijn meestal open, en komen wekelijks of maandelijks samen. Er is weinig research onderzoek omtrent deze groepen.

Ik vond 1 studie die 4 groepen analyseerde van 10 sessies "psychosocial support groups", geïntegreerd in community-based zelfhulp programma's, met als doel het verminderen van onnodige medische interventies. Het resultaat toonde geen significantie verbetering van stemming of pijnklachten, maar de patiënten rapporteerden wel een toegenomen verantwoordelijkheid voor hun eigen pijn-management. (Arthur et al. 2005)<sup>39</sup>

### **4. Mindfulness-based interventies en ACT (acceptance and commitment therapy)**

Mindfulness-based interventies focussen op een vermindering van pijn, leed en verbetering van algemeen functioneren door het bewust gewaarworden van bepaalde gedachten en gevoelens, eerder dan te focussen op een verandering van die gedachten, zoals de traditionele cognitieve gedragstherapie beoogt. (Brown et al., 2011)<sup>40</sup>

Belangrijk in mindfulness is het doel van belangrijke pijnvermindering los te laten en eerder te focussen op haalbare doelen ondanks de pijn. Jon Kabat-Zinn (1982), ontwikkelde mindfulness stress-reductie (MBSR) als methode bij pijn management om te leren accepteren dat niets moet veranderd of weggehaald worden.

Het format is meestal een 1-daagse basistraining gevolgd door een 8 weken durend programma van 2 uur per week. Belangrijke methodieken zijn een body scan waarbij de aandacht gebracht wordt naar de verschillende delen van het lichaam, zit meditatie met aandacht op de ademhaling, mindful bewegen en stap meditatie. Het gebruik van mindful meditatie in de behandeling van zowel fysieke als psychische stoornissen wint meer en meer aandacht en evidentie (Purdy 2013)<sup>41</sup>

Een meta-analyse van 25 gerandomiseerde control trials met MBSR toonde vooral een verbetering van pijn intensiteit en fysieke beperkingen bij chronische rug en nekpijnlijders. De verbeteringen waren minder uitgesproken bij fibromyalgie, arthritis en chronische hoofdpijn-lijders. Bij vergelijkende studies tussen MBI en traditionele CBT waren geen significante verschillen in outcome op te merken. (Rosenzweig et al., 2010)<sup>42</sup>

Andere meta-analyses van multiële RCT's (randomized controlled trials) tonen gelijkaardige verbeteringen bij patiënten tussen ACT (acceptance and commitment therapy) en de meer traditionele cognitieve gedragstherapie. (Wetherell et al., 2011)<sup>43</sup>

### 2.3. EVALUATIE VAN DE DOELTREFFENDHEID VAN DE AANGEBODEN THERAPIËN BIJ CHRONISCHE PIJN

De complexiteit van chronische pijn en de gevolgen ervan op het dagelijks functioneren zijn zodanig dat de intensiteit van de pijn niet de enige geanalyseerde parameter kan zijn.

De werkgroep IMMPACT (Initiative on Methods, Measurement and Pain Assessment in Clinical Trials) stelt voor om rekening te houden met volgende parameters:

- intensiteit van de pijn (visuele analoge schaal, gebruik van analgetica);
- fysiek functioneren;
- emotioneel functioneren;
- evaluatie door de patiënt van zijn verbetering en tevredenheid
- symptomen en bijwerkingen;
- dispositie van de patiënt: zijn therapietrouw en eventuele redenen voor stopzetting van de therapie voor het einde van de proefperiode.

Hiertoe werden verschillende meetschalen in de vorm van vragenlijsten opgemaakt. De groep IMMPACT wijst hierbij op problemen betreffende veelvuldige statistische testen die voor de patiënt zeer omslachtig zijn. Kortom, in het domein van chronische pijn is het evalueren van de resultaten van een therapie complex en vereist een registratie van talrijke gegevens gedurende een langere periode. De te evalueren domeinen zijn vastgesteld, maar er is momenteel geen wetenschappelijke consensus over de aanbevolen instrumenten. Er wordt gewezen op het belang van een globale analyse van de effecten van een geïntegreerde aanpak, eerder dan een analyse van een of andere therapie op zich. (Turk et al., 2008) <sup>44</sup>

## Hoofdstuk 3

# Specificiteiten in de verschillende deelaspecten van een biopsychosociale benadering van chronische pijn

### 3.1 Pijn-educatie

Naast educatie betreffende de aandoening van patiënten, tonen de huidige onderzoeksteams meer en meer de noodzaak en efficiëntie aan van educatie betreffende de pijn an sich, los van enige diagnose. (Van Oosterwijck et al., 2013)<sup>45</sup>

Het hoofddoel van pijn-educatie is een shift teweegbrengen in het concept van pijn als een teken van weefselschade of ziekte naar een concept van pijn als een teken van een aangevoelde nood om lichaamsweefsel te beschermen. (Moseley et al., 2015)<sup>46</sup>

Pijn-educatie verhoogt de kennis over neurofysiologische pijn-mechanismen en biedt biologische informatie die een biopsychosociale benadering van pijn verantwoordt en verklaren.

We hebben het vooral over perifere en centrale pijn-sensitisatie, de centrale rol van de hersenen die functioneren als een 'brain-matrix' in de beslissing of er al dan niet pijn geproduceerd wordt en de neurotransmitters en hormonen die hierin meespelen. Dit geeft een duidelijke evidence-based biologische verklaring van de psychosociale invloeden op pijn. (Nijs et al., 2011)<sup>47</sup>

#### ● Wat is pijn-educatie niet?

In de historische context van het biopsychosociale model en de snelle opmars van cognitieve gedragstherapeutische benaderingen als dominante niet-farmacologische behandelingen van pijn wordt pijn-educatie vaak begrepen als het aanleren aan patiënten hoe ze hun pijn kunnen controleren, hun gedrag aanpassen door het belang van bewegen uit te leggen, hun gedachten over hun pijn veranderen zodat ze er beter kunnen mee leven, naast een biologische uitleg over hun letsel of ziekte.

#### ● Wat is pijn-educatie wel?

– Een wetenschappelijke uitleg over pijn-fysiologie, gebaseerd op de meest recente inzichten in de neurowetenschappen.

– Aanleren dat pijn een over beschermende reactie kan zijn, doch pijn is altijd echt.

– Aanleren dat boodschappen van gevaar vanuit de weefsels langs het ruggemerg naar de hersenen gestuurd worden. De hersenen kunnen de volumeknop van deze gevaar-boodschap ter hoogte van het ruggemerg regelen.

– Aanleren dat dit gevaarsignaal-transmissie-systeem overgevoelig

kan worden, wat kan leiden tot meer gevaarsignalen. Het is echter altijd ons brein dat beslist of deze signalen omgezet worden in pijn of niet.

– Aanleren dat de brain-matrix een complexe interactie is tussen verschillende delen van ons brein die een veelheid aan informatie en kennis in de hersenen (gedachten, omstandigheden, emoties,...) samen analyseert met het binnenkomende gevaarsignaal en op basis van deze snelle complexe analyse beslist of het onbewuste gevaarsignaal omgezet wordt in een bewuste pijn-sensatie. Pijn is dus eerder een emotionele toestand dan een lokaal gevoel.

De onderzoeksgroep van Jo Nijs, VUB Brussel ([www.paininmotion.be](http://www.paininmotion.be)) is op het vlak van pijn-educatie een van de wereldwijde koplopers in wetenschappelijk onderzoek hieromtrent.

Zo ook de onderzoeksgroep van Lorimer Moseley, Sanson Institute for Health Research, University of South Australia (Explain Pain Revolution) en David Butler (Neuroscience Research Australia).

### **3.2 Psychotherapeutische benadering: CBT en ACT**

Williams, D.A.(2013). The importance of psychological assessment in chronic pain.<sup>48</sup>

**CBT** (Cognitive Behavioral Therapy) en **ACT** (Acceptance and Commitment Therapy) zijn de twee psychotherapeutische methodieken die op dit moment op de meest effectieve manier de verschillende psychosociale oorzaken van chronische pijn benaderen en aanpakken. (Edwards et al.,2016, Turk et al.2016) 8, 49

#### **● CBT: Cognitieve gedragstherapie**

Cognitieve gedragstherapie gaat uit van de veronderstelling dat emoties en gedrag grotendeels bepaald worden door onze ideeën, overtuigingen en percepties van de wereld rondom ons.

– EERSTE PIJLER: Volgens deze redenering kan behandeling dus tussenkomen in het opsporen en corrigeren van verkeerde cognities zoals automatische gedachten, catastroferen en copingstrategieën die pijn-gedrag kunnen in stand houden en zelfs versterken.

– TWEEDE PIJLER: Dit kan er onrechtstreeks voor zorgen dat onaangepast pijn-gedrag vermindert (bv.vermijdingsgedrag).

– DERDE PIJLER: Daarnaast wordt ingezet op het bevorderen van gezondheids-bevorderend gedrag.

De basis van cognitieve gedragstherapie bij pijn is het realiseren van stress-reductie door het promoten van een meer realistische en positieve appreciatie van situaties die initieel als zeer stressvol werden geïnterpreteerd ten gevolge van negatieve automatische gedachten.

Bv: ik ben een waardeloze oma want ik kan nog amper bewegen. Dat zorgt voor veel stress en pijngedrag, terwijl een meer realistische invulling kan zijn dat in het bos spelen met de kleinkinderen moeilijk is, maar dat een

boekje voorlezen mij nog steeds tot leuke en geliefde oma maakt.

Daarnaast kunnen ook relaxatietechnieken en visualisatie-technieken ingezet worden om stress-reductie en daaraan gekoppelde negatieve gedachten te controleren.

### ● **ACT: Acceptatie en betrokkenheidstherapie**

ACT is gebaseerd op mindfulness-based technieken. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) beoogt de toepassing van mindfulness meditatie met de bedoeling om alle innerlijke gewaarwordingen, inclusief gedachten, emoties en lichaamsgewaarwordingen te kunnen onbevangen ervaren en accepteren in het hier en nu. Dit laat toe om angstreacties voor en bij pijnopflakkingen te controleren. Het is dus een response-focused pijn coping strategie. (Hofman et al., 2008)<sup>50</sup>

ACT is ook gebaseerd op acceptance-based technieken. Deze technieken beklemtonen dat verandering van gedachten niet de focus van de behandeling moet zijn, in tegenstelling tot CBT. Eerder is het van belang om de manier waarop men omgaat met en reageert op deze gedachten te veranderen, zodat hun niet-helpende functie of slecht aangepaste gedachten vermindert.

Acceptatie gebaseerde technieken implementeren een meer gedragsgeoriënteerde aanpak en focussen op het veranderen van de functie van pijn, eerder dan op de symptomen van pijn. (Hayes et al., 2006)<sup>51</sup>

### ● **Het theoretisch model van ACT**

In ACT spreekt men over 'psychologische flexibiliteit': hoe hoger die flexibiliteit, hoe minder kans op psychische klachten (en hoe lager de flexibiliteit, hoe groter het risico op klachten). We werken aan zes vaardigheden om psychologische flexibiliteit te verhogen:

1. **Acceptatie**: ruimte maken voor emoties, gedachten, verlangens en impulsen in plaats van ze te verdringen of te vermijden.
2. **Defusie**: een gezonde afstand tot gedachten nemen.
3. **Contact met het hier en nu**: met je aandacht niet steeds in je hoofd zitten, bij het verleden of in de toekomst, maar bewust aanwezig zijn in het hier en nu.
4. **Observerende zelf**: een "veilige plek" creëren van waaruit je alles kan waarnemen; je verdringt je gevoelens en gedachten niet, maar je identificeert je er ook niet meer mee.
5. **Waarden**: vormen de rode draad in een ACT-therapie en gaan over wat je écht belangrijk vindt in het leven.
6. **Toewijding**: het vertalen van je waarden in concreet gedrag.

## 3.3. Sociale factoren die pijn beïnvloeden

### 3.3.a SOCIALE STEUN

Pijn beïnvloedt onze sociale interacties met anderen, en sociale interacties beïnvloeden onze pijn.

- **Positieve sociale ondersteuning** (verbaal en non-verbaal) leidt tot minder pijn en negatieve sociale interacties kunnen lichaamspijn doen verergeren.

Dit is een gegeven dat we impliciet wel allemaal weten: Een kind dat valt en liefdevol door z'n mama opgeraapt en getroost wordt, vergeet dadelijk zijn pijn. Een kind dat daarentegen valt en door vriendjes uitgelachen wordt zal veel meer en langer pijn hebben dan het eerste.

Dit is ook de conclusie van multiële review studies van de afgelopen decennia (Che et al.,2018, Krahe et al.,2013,) 52,53

- **Sociale uitsluiting** kan pijn doen toenemen of iemand meer gevoelig maken voor lichaamspijn.Het is een risicofactor voor chronische pijn bij gezonde personen

Sociale isolatie is een hoog risico-factor voor veel slechte gezondheidsuitkomsten, zo ook slecht pijn-herstel (Uchino, 2013) 54

Wetenschappelijk onderzoek toonde aan dat fysieke pijn en sociale pijn dezelfde neuronale wegen volgen in de hersenen (Sturgeon et al., 2016) 55

Voor sommige patiënten is het gevoel van eenzaamheid even pijnlijk als de lichaamspijn zelf.Bijgevolg is toename van sociale contacten en activiteiten soms een belangrijke component van het pijn therapie-plan.

We moeten dus bewust zijn van het effect van de sociale omgeving op de pijn en het herstel van onze patiënt, en als dit relevant is moeten we dit mee opnemen als deel van het therapie-plan.

### 3.3.b PIJN-COMMUNICATIE EN HET SOCIALE ANTWOORD HIEROP

- **Pijn-gedrag** zoals bepaalde houdingen aannemen of vermijden, activiteiten vermijden, grimassen trekken, hulpmiddelen zoals een kruk aanwenden... is een manier van pijn communiceren. Dit gebeurt grotendeels onbewust, maar kan ook soms bewust gecontroleerd worden.

Fordyce ontdekte in de jaren 70 dat niet alle sociale reacties op pijngedrag even helpend zijn (Edmond et al.,2015)56

Bij acute pijn kan een helpende sociale reactie van anderen zoals aandacht, emotionele ondersteuning en het overnemen van bepaalde taken zeer positief zijn voor het genezingsproces.

Bij chronische pijn zit het anders:

- Proactieve reacties zoals hulp aanbieden, taken overnemen, rust aanmoedigen en activiteiten vermijden zorgen voor een toenemend gevoel van angst en catastrofering, ze promoten vermijdingsgedrag en afhankelijkheid met passieve coping en een verminderde zelfredzaamheid.

Dit geeft een slechte prognose en kan chronische functiebeperking en pijn induceren en onderhouden.

– Faciliterende reacties die goed gedrag en inspanningen van actieve coping belonen promoten niet-vermijden en zorgen voor toenemend niet-ziek gedrag en een snellere genezing.

● **Als iemand zijn emoties omtrent de pijn uitdrukt**, dan zullen erkenning (validatie) en empathie helpen om de pijn en het ongemak te verminderen. Erkenning geven werkt verzachtend en vermindert de negatieve stemming van de patiënt. Deze stemmingsverbetering vermindert de pijn en het pijngedrag.

We spreken van een 'intimiteitsmodel': het uitdrukken van pijn wordt gezien als een poging om emotionele intimiteit te bekomen. Wanneer er geantwoord wordt met erkenning en empathie, dan verhoogt de intimiteit, verbetert de stemming en de voldoening in de relatie.(Cano et al, 2010)<sup>57</sup>

De sleutel voor empathische validatie van emotionele pijn-uitdrukkingen is actief luisteren, zorg en sympathie uitdrukken, bezorgdheid, affectie en aanmoediging maar NIET aanbieden om taken over te nemen, rust aanmoedigen of vermijdingsgedrag promoten en ook NIET noodzakelijk expertise aanbieden, advies of probleemoplossend reageren, tenzij daar om gevraagd wordt.

Het tegenovergestelde van erkenning, namelijk negatieve reacties zoals negeren, ontkennen, frustraties uiten, irritatie uitdrukken, kritiek geven... kunnen pijn en ongemak verergeren.

### 3.3.c DE THERAPEUTISCHE RELATIE

Het succes van iedere vorm van behandeling (biomedisch en therapeutisch) hangt af van enerzijds de therapie-vorm zelf en anderzijds een aantal gemeenschappelijke factoren zoals kenmerken van de patiënt zelf, kwaliteiten van de gezondheidswerker, de therapeutische relatie,..

Bij psychotherapeutische interventies is de rol van deze gemeenschappelijke factoren 4keer meer bepalend voor het therapie succes dan de specifieke therapievorm (Miciak et al.,2011)<sup>58</sup>

Dankzij inzicht in de neurowetenschappen kunnen we het effect van deze gemeenschappelijke factoren ook biologisch verklaren.

De kwaliteit van de therapeutische relatie heeft een invloed op

- de verwachtingen van de patiënt in het succes van de therapie;
- de deelname van de patiënt aan de therapie en zijn therapie-trouw;
- bij gevolg ook op het succes van de therapie;
- de tevredenheid van de patiënt over de therapie, los van het klinisch succes van de therapie.

(Hall et al., 2010)<sup>59</sup>



### **Evolutie en biologie van de therapeutische relatie:**

In de evolutie zien we een steeds complexer wordend antwoord op pijn, als gevolg van de activering van meer en complexere hersenstructuren.

In volgorde van complexiteit:

- wegtrekreflex van een pijnlijke stimulus: onbewuste reactie op niveau van het ruggemerg;
- wrijven of krabben: weghalen van een pijnlijke stimulus van het lichaam: onbewuste reactie op niveau van het ruggemerg;
- verzorging van het lichaamsoppervlak: niveau van de hersenstam;
- wederzijdse verzorging en sociale zorg: niveau van de cortex;
- zorg voor de zieke, medelevende zorg (compassionate care): mensen gaan op zoek naar een 'healer'.

In de interactie tussen de 'healer' en de patiënt ontmoeten 2 breinen elkaar:

- het brein van de patiënt waar vooral regio's gerelateerd aan hoop (verwachtingen) en vertrouwen geactiveerd zijn
- en het brein van de arts met geactiveerde regio's gerelateerd aan emotionele empathie "ik voel wat jij voelt" en regio's die perspectief nemen "ik begrijp wat jij voelt".

Deze wederzijdse interactie is essentieel voor een goede arts-patiënt relatie en een positieve outcome van de therapie. (Adler,H., 2002)<sup>60</sup>

Bij gebrek aan hoop en vertrouwen wordt de amygdala geactiveerd. De amygdala speelt een essentiële rol in de modulatie van nociceptie en pijn door activering van stress- en angst-mechanismen.

Wanneer er wel vertrouwen is, kalmeert de amygdala en wordt de posterieure superior temporale sulcus geactiveerd die instaat voor de regulatie van het hormoon oxytocine.. Oxytocine inhibeert de amygdala en verhoogt gevoelens van vertrouwen. (Benedetti F., 2013)<sup>61</sup>

Er is een dosis-afhankelijke relatie tussen oxytocine en pijn-perceptie. Oxytocine wordt vrijgegeven bij warm, interpersoonlijk contact. Dit bevestigt het belang van een vertrouwensvolle arts-patiënt relatie met sociale ondersteuning en verzorgend contact. (Joshua et al., 2013)<sup>62</sup>

### **3.3.d MAATSCHAPPELIJKE ASPECTEN VAN CHRONISCHE PIJN**

Vanuit een gezondheidseconomisch perspectief nemen chronische pijnpatiënten een zeer groot budget uit onze sociale zekerheid. Chronische pijn kost 11,6 miljard euro per jaar in België. Terwijl de medische kosten goed zijn voor 1,6 miljard euro, bedraagt de maatschappelijke rekening maar liefst 10 miljard. (Annemans, 2014)<sup>63</sup>

Een bevraging van de CM in 2001 toonde dat circa 50% van de chronische pijnpatiënten tussen 25 en 64 jaar door hun gezondheidstoestand niet in staat zijn permanent te werken. Meer dan één vijfde van de chronische

pijnlijders is niet meer aan de slag. Wie wel nog werkt, is dubbel zoveel afwezig op het werk.

Deze werkongeschiktheid heeft grote gevolgen voor het inkomen van mensen met chronische pijn en hun kansen op integratie in de samenleving.<sup>4</sup>

Dit zorgt voor een bilaterale negatieve en nefaste pijn-onderhoudende relatie tussen mens en maatschappij.

Vanuit een economisch perspectief en een puur bio-medische benadering van pijn worden chronische pijn-patiënten permanent opgejaagd en gedwongen om een biomedische oorzaak van hun pijn te bewijzen. Veel pijnpatiënten zijn verplicht om om de zoveel tijd hun medisch dossier opnieuw te stofferen met 'nieuw bewijsmateriaal' van hun aandoening. Dit leidt tot vaak veelvuldig herhalen van nieuwe technische onderzoeken en op puntstellingen, onder druk van controle- en adviserende geneesheren, met vaak toenemende focus op het fysieke met stress- en angstgeïnduceerde pijnversterking als gevolg.

Op 1 januari 2017 startte minister van volksgezondheid Maggie Deblock een reïntegratieprocedure voor langdurig zieken. Hierdoor worden langdurig zieken verplicht om zich in te schakelen in een reïntegratieproces in de arbeidsmarkt in een aangepaste job. Evaluatie na 1,5 jaar toonde aan dat bijna 70% geen aangepast werk vond en bijgevolg kon ontslagen worden wegens medische overmacht.

Het ABVV vindt dat de regering haar ontwerp grondig moet herzien. Want het minste dat men kan zeggen is dat het re-integratietraject voor zieke werknemers niet werkt. Momenteel heeft immers 67% van de werknemers in een re-integratieprocedure een beslissing D gekregen. Dat betekent dat de arbeidsgeneesheer heeft geoordeeld dat de persoon definitief ongeschikt is om eender welk werk in de onderneming uit te voeren. De gevolgen van een dergelijke beslissing zijn vaak dramatisch voor de werknemer. Met onmiddellijk ontslag als gevolg. (De jacht op chronisch zieken, ABVV)<sup>65</sup>

Sinds mei 2018 werd deze reïntegratiemaatregel nog verscherpt. Patiënten die onvoldoende meewerken in de procedure riskeren 5 tot 10% van hun ziekteuitkering te verliezen en wie niet meewerkt dreigt zijn ziekteuitkering zelfs volledig te verliezen. Het permanente mes op de keel die chronische pijnpatiënten hierdoor voelen verhoogt de stress, wat een rechtstreeks onderhoudende factor van chronische pijn betekent.

Langdurige werkonbekwaamheid omwille van chronische pijn jaagt mensen in armoede. Een inkomen uit ziekte of invaliditeit is vaak levensnoodzakelijk en de daartoe opgelegde bewijslasten van hun invaliditeit belemmert patiënten vaak onbewust om uit hun negatieve coping-cyclus te kunnen stappen en blijvend pijngedrag te produceren. Progressieve verbetering van hun functionaliteit betekent immers zeer snel het volledig terugsturen naar de arbeidsmarkt binnen het opgelegde reïntegratietraject van minister

Deblock. Dit is voor veel patiënten een onmogelijke en zeer bedreigende gedachte. Dit ondanks het feit dat de meerderheid van de chronische pijnpatiënten niet liever zou willen dan terug een actieve maatschappelijke plaats te krijgen. We zien dan ook dat veel pijnpatiënten zich binnen hun mogelijkheden engageren in vrijwilligerswerk.

### **3.4 Niet-specifieke effecten van groepstherapie**

(Newton-John T. et al. 2008)<sup>66</sup>

Een aantal factoren buiten de kenmerken van de therapie bepalen mee het succes van groepstherapie. We noemen ze de 'niet-specifieke effecten'.

Niet specifieke effecten worden belangrijker naarmate het goed georganiseerde groepsprogramma en de effectieve behandelmethode beter aangeboden wordt. Maw hoe beter de actieve behandelcomponenten, hoe meer invloed van de niet-specifieke behandel-effecten.

#### **De groepscohesie**

Yalom (1995)<sup>67</sup> beschrijft de Groepscohesie "group cohesiveness" als de belangrijkste curatieve factor in groepstherapie. Hij verwijst hiermee naar een aantal factoren die ontstaan wanneer een groep mensen samenkomen met een gemeenschappelijk doel, namelijk:

- gedeelde verwachtingen en doelen;
- wederzijds respect, begrip, aanvaarding, ondersteunende feedback en interactie;
- reality testing en
- indirect leren.

Groepsdeelnemers delen gemeenschappelijke ervaringen, kunnen elkaar observeren en zichzelf uitdrukken in een veilige en niet-bedreigende omgeving.

In de groep wordt een 'nieuw normaal' gecreëerd. Het wordt deelnemers in de groep mogelijk gemaakt zich te identificeren met een nieuwe positieve en collectieve identiteit waarbij functionele ongemakken en beperkingen niet langer abnormaal zijn. De verschillen in de groep worden overkoepeld door deze gedeelde identiteit, waardoor de pijn minder prominent en opvallend wordt en het stimuleert deelnemers in hun individuele transitie tot iemand die goed leeft met zijn/haar pijn.

Dit in contrast met de buitenwereld waar chronische pijn geconceptualiseerd wordt als de reden van isolatie en afwijking van de norm, gelinkt aan een gevecht van de zieke om zichzelf te situeren in een maatschappij die chronische pijn niet volledig begrijpt. (Finlay K.,et al.,2018)<sup>68</sup>

## Het groepsproces

- Wellicht de sterkste positieve beïnvloeder op het therapie-effect aangehaald door de deelnemers is het deel uitmaken van een groep op zich.

Chronische pijn is voor veel patiënten een eenzame ervaring. Sociale interactie is vaak gereduceerd ten gevolge van werkverlies; vrijetijdsbestedingen en hobby's raken gereduceerd, en familie-activiteiten worden verminderd. Ook als activiteit nog enigszins kan is sociale interactie vaak beperkt omwille van onbegrip en schrik voor de vraag "waar ben jij mee bezig?". Voor veel chronische pijnpatiënten is het enige sociale contact van betekenis contact met dichte familieleden en met gezondheidszorgverleners.

Er is dan ook vaak veel angst bij beginnende therapie-groepen op te merken. Voor vele deelnemers is het maanden of jaren geleden dat ze nog sociaal actief waren in een groep met vooral vreemde mensen.

Therapiegroepen evolueren spontaan naar een cohesieve staat. Deelnemers voelen zich niet alleen geaccepteerd, maar voelen ook begrip en erkenning voor hun moeilijke en pijnlijke levenservaringen met hun pijn. Het kan enorm ondersteunend zijn te merken dat frustraties omtrent doktershandelingen, periodes van hopeloosheid omtrent de toekomst en denigratie in de familie geen kenmerken zijn van een mislukte persoonlijkheid, maar gedeelde ervaringen zijn van mensen die chronisch pijn lijden.

Patiënten leren zeer snel dat ze in de therapiegroep met elkaar kunnen communiceren op een manier die niet mogelijk is buiten de pijngroep. In de groep moeten ze niet aan elkaar bewijzen dat hun aandoening echt is.

- De groep wordt ervaren als een voedende en groei-stimulerende omgeving, waarbij er een onuitgesproken consensus heerst om negatieve pijn-talk te vermijden, maar daaraan tegenovergesteld positieve praktische en emotionele sociale hulp en ondersteuning te bieden. Dit biedt terug toekomst perspectief voor de deelnemers door het aanleren van zelfzorg-strategieën en pijn-management vaardigheden via peer to peer learning.

Bovendien blijkt uit een neurobiologische studie dat zowel het krijgen als het geven van sociale ondersteuning zorgt voor een vermindering van pijn-gerelateerde neurologische activiteit.

Maar wat bijzonder is: enkel het geven (en niet het krijgen) van sociale steun is gelinkt aan een verminderde stress-gerelateerde hersenactiviteit in de voorste dorsale cingulaire cortex. Het geven van sociale steun is gelinkt aan een aantal positieve mentale en fysieke gezondheidsresultaten, meer specifiek een verminderd mortaliteitsrisico over 5 jaar, minder ziektedagen en een verminderde cardiovasculaire activiteit over een 24u periode.

2 neurobiologische verklaringen:

1° steun geven aan anderen beïnvloedt rechtstreeks neuronale hersenregio's betrokken in stress-reacties;

2° steun geven aan anderen beïnvloedt hersenregio's betrokken in sociale beloning en moederlijk zorgdragend gedrag. Deze regio's zijn gelinkt aan de amygdala die angst- en stressreacties reguleert. Angst wordt gereduceerd om aangepast zorgdragend gedrag te kunnen produceren in momenten van stress, wat een gezondheidsbevorderend effect heeft. (Inagaki K., Haltom K., et al., 2016)<sup>69</sup>

- De validatie van de pijn-ervaring door de groep is van cruciaal belang. Wat ze zelf ervaren is geen reflectie van hun eigen zwakheid maar is een gedeelde ervaring van alle chronische pijnlijders. Bovendien is de validatie van de pijn zelf ook cruciaal, vooral in een maatschappij waar pijn nog steeds beschouwd wordt als ofwel een evenredig gevolg van een biomedisch probleem of een psychisch probleem waarbij chronische pijnlijders moeten blijven hun 'ziekte' bewijzen, wat gepaard gaat met een groot stuk angst, frustratie en overdreven pijngedrag. Je kan je pijnniveau niet tonen aan iemand, je kan enkel tonen hoeveel pijn het doet door je ernaar te gedragen. Het ander uiterste is dat pijnlijders zichzelf beginnen in vraag stellen, net zoals dokters, werkgevers, verzekeringsmaatschappijen hen dat ook zeggen.

- De sociale vergelijkingstheorie stelt dat deelnemers in een groep de neiging hebben om zichzelf met de anderen te vergelijken zowel op- als neerwaards met de bedoeling hun gemoed te verbeteren en hun eigen overtuigingen te bevestigen.

Groepstherapie levert een aantal opwaardse vergelijkingsmogelijkheden: "Ik wil even fit, flexibel, hoopvol zijn als zij" en een aantal neerwaardse vergelijkingsmogelijkheden: "Gelukkig ben ik er niet zo erg aan toe als hij". Een belangrijke meerwaarde die niet mogelijk is in individuele therapie.

- Er installeert zich ook een zekere gedragsmodellering onder groepsleden. Deelnemers voelen zich niet alleen ondersteund en gevalideerd door de groep, ze kunnen ook leren van anderen en indirect gemotiveerd worden door anderen doorheen het gedeelde therapie-proces..

- Groepsdeelnemers worden aangespoord om hun ervaringen met de therapie-oefeningen met de anderen te delen, om feedback te geven op de inbreng van andere deelnemers of therapeuten, om hun eigen mening te geven over onderwerpen in de groep bediscussieerd,... Deze aansporingen kunnen leiden tot een aanzienlijke boost van hun zelfvertrouwen. Opstaan en spreken voor een groep van lotgenoten kan een kantelpunt betekenen in het rehabilitatie-proces. Het kantelpunt waarop ze hun eigen angst overwinnen en succes boeken.

## **Levensvaardigheden**

Het laatste domein van niet-specifieke effecten van groepstherapie is dat van het aanleren en voortonen van basale levensvaardigheden.

- Wie deelneemt aan een groepstherapeutisch proces engageert zich om zich aan te passen aan een zekere structuur. Altijd deelnemen, op tijd komen, een vaste dagplanning. Dit is een belangrijke stap voor veel chronische pijnpatiënten die vaak geen structuur in hun dag meer hebben, behalve de tijdstippen om pijnmedicatie in te nemen. Het indirect effect van deze structuur voor de deelnemers is een verhoging van hun activiteitsniveau, en verminderde rusttijd.
- Een goed opgevatte therapie-cursus kan leiden tot veralgemening van zijn effecten, niet enkel op de pijn. Gaande van het operante gedragstherapie-model waarbij pijnvermijdingsgedrag niet bekrachtigd wordt, maar gezond versterkend gedrag wel tot cognitieve therapie-strategieën waarbij destructieve negatieve gedachten omgebouwd worden tot constructieve, positieve en helpende gedachten. De therapeutische boodschap om verantwoordelijkheid op te nemen voor je levenssituatie en te zoeken naar verbetering van je levenskwaliteit, zonder noodzakelijkerwijze genezen te worden door een medische staf kan aanleiding geven om ook op andere levensdomeinen constructieve oplossingen te zoeken. Andere groepsleden kunnen hierbij veel moed geven.

## Hoofdstuk 4

# Huidige situatie: Aanpak van chronische pijn in België <sup>6</sup>

### 4.1. HOOGGESPECIALISEERDE AANPAK IN DE MULTIDISCIPLINAIRE REFERENTIECENTRA VOOR CHRONISCHE PIJN – DERDELIJNS GEZONDHEIDSZORG – SINDS 2005

**9 centra** hebben in 2005 met het RIZIV een proefconventie 'multidisciplinair referentiecentrum voor chronische pijn' afgesloten.

Toelatingscriteria van patiënten: minstens al 6 maanden lijden aan de behandelde pijn, met zware functionele repercussies, na mislukte tweedelijns behandelingen. De patiënten moet door eerste- en tweedelijns artsen zijn verwezen.

Het medisch kader moet bestaan uit minstens 4 geneesheren: een anesthesist, een specialist in revalidatie, een psychiater en een neuroloog of neurochirurg. Allen worden gefinancierd door hun nomenclatuur, de conventie betaalt 0,3 VTE (totaal voor het team) van het medisch administratief werk. De artsen moeten minstens halftijds werken voor het referentiecentrum, voltijds werken in de ziekenhuisstructuur en minstens 3 jaar ervaring hebben in de behandeling van chronische pijn.

Het kader van het niet-medische team moet in totaal minimum 4,75 VTE behalen, als volgt verdeeld: psycholoog (1 à 2 VTE), verpleger (0,5 à 1,5VTE), kinesitherapeut (0,5 à 1,5 VTE), maatschappelijk werker (0,25 à 1,5 VTE), ergotherapeut (0 à 1,5VTE) en apotheker (0,25 à 0,5VTE).

De therapeutische behandeling is beperkt tot 20 sessies van twee uur, individueel of in groep, verdeeld over een periode van 12 tot 24 maand

Er gebeurt gemiddeld 1 multidisciplinaire pijndiagnose voor 4 of 5 consulten.

### **Wanneer wordt er doorverwezen naar deze centra?**

Deze derde lijn is vooral belangrijk om zijn deskundigheid bij moeilijke gevallen. Ten tweede om zijn onderzoeks-, vormings- en onderwijsopdrachten.

Criteria voor doorverwijzing van MPT's (zie verder) naar referentiecentra:

- De complexiteit van het pijnprobleem en de omgevingsfactoren.

Wanneer de pijn alle registers van het leven van de persoon heeft ingenomen, met zwaar algofunctioneel onvermogen.

Geneesheren zeggen dat ze doorverwijzen naar een referentiecentrum wanneer ze de behoefte voelen om te worden geholpen bij de behandeling, wanneer ze vastzitten of psychologisch overrompeld zijn, wanneer ze de relevantie voelen van een universitaire expertise of wanneer de sociale context erg zwaar is.

- Behoeftte aan therapeutische benaderingen die enkel worden aangeboden in de referentiecentra.

Veel patiënten lijken doorverwezen te worden naar een referentiecentrum om van therapeutische middelen te genieten zoals psycho-educatieve groepen en het aanleren van zelfhypnose, of wanneer een indicatie voor een interventietechniek wordt gesteld en deze niet toegepast wordt in hun instelling.

De artsen wier structuur een MPT en een referentiecentrum omvat, zeggen dat ze het referentiecentrum voorbehouden voor patiënten die zij 'rijp genoeg' achten, klaar om in groepen te gaan, in staat om te profiteren van een meer gestructureerde en intensievere behandeling van het psycho-educatieve type. In dat geval worden elementen zoals de vraag van de patiënt, zijn verwachtingen ten aanzien van de behandeling, zijn motivatie tot verandering zijn wens om actief mee te werken aan de therapie in aanmerking genomen.

- Vraag om gericht advies

### **Moeilijkheden van de overbrenging naar een referentiecentrum:**

De geografische afstand maakt verplaatsingen noodzakelijk die de patiënten veel kosten, zowel in financieel opzicht als in termen van vermoeidheid. De wachtttermijnen "demotiveren soms de mensen". Bovendien is er vaak een gebrek aan continuïteit in de zorg omwille van de lange tijd tss de afspraken (2-3maand). Dit bemoeilijkt ook de therapeutische relatie en bijgevolg de therapietrouw.

## **4.2.DE MULTIDISCIPLINAIRE PIJN-TEAMS (MPT) – TWEEDELIJNS GEZONDHEIDSZORG**

### **4.2.a. Pilootprojecten**

36 MPT's worden in 2009 onder minister Onkelinx opgericht als pilootprojecten ter aanvulling op de 'referentiecentra voor de behandeling van chronische pijn', inclusief een doelstelling van secundaire preventie door middel van vroegtijdige toepassing van biopsychosociale behandelingsmodellen.

De financiering is gericht op de ondersteuning van de reeds bestaande pijnstructuren (de algologische functie in regionale ziekenhuizen – zie verder) voornamelijk door het verschaffen van de mogelijkheid om psychologen in dienst te nemen.

Het proefproject is beperkt tot acute ziekenhuizen en is niet bedoeld om multidisciplinaire pijnteams op te richten naar analogie van deze in de referentiecentra voor de behandeling van chronische pijn.



#### **4.2.b. De geografische spreiding van de teams**

Vier Teams in Brussel, 13 in Wallonië en 19 in Vlaanderen.

De dichtheid van de teams in elke regio is zeer variabel. De provincie die veruit de hoogste potentiële bevolkingsdichtheid per team heeft is Vlaams-Brabant (1 team voor meer dan 1 miljoen inwoners). Het andere uiterste is de provincie Luik met 5 teams voor hetzelfde bevolkingsvolume. Er zijn gemiddeld iets meer inwoners per team in het Vlaamse gewest ( 324.295 potentiële patiënten / team) dan in het Waals gewest (265.906 patiënten / team).

Acht van deze teams zijn gelocaliseerd in ziekenhuizen die ook over een RIZIV-geconventioneerd multidisciplinair referentiecentrum voor chronische pijn beschikken

#### **4.2.c: Samenstelling van de teams**

Het MPT team moet bestaan uit een geneesheer-specialist met bijzondere deskundigheid en minstens 3 jaar ervaring in de algologie, een klinisch psycholoog met ervaring in gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie van chronische pijn, een verpleegkundige met aanvullende deskundigheid in pijn en een ziekenhuisapotheker.

#### **4.2.d: Financiering van de teams**

Aanvankelijk wordt er in 2009 een forfaitair bedrag voorzien van 59.900 euro om 0,2 medische VTE, 0,5 VTE psycholoog en 0,2 VTE secretariaat te financieren.

In 2013 wordt dit opgetrokken tot 3,8 VTE als antwoord op het consensusrapport ter evaluatie van deze proefprojecten uitgevoerd in opdracht van het FOD volksgezondheid in 2011.

#### **4.2.e: Evaluatie**

Hoe worden deze pijnteams geëvalueerd in het consensusrapport van 2011, opgesteld dankzij een samenwerking tussen de volgende universiteiten: Université de Liège, Universiteit Antwerpen, UCL, Universiteit Gent, Katholieke Universiteit Leuven.

### **1/ HET TEAM EN DE INTERDISCIPLINARITEIT**

In 2011 zijn alle teams gelocaliseerd in de dienst anesthesie, waardoor de meeste artsen anesthesist zijn. De mediane werktijd gewijd aan de activiteiten in de algologie is 4 halve dagen per week. Het overgewicht van anesthesie lijkt bevorderlijk te zijn voor een meer technische activiteit. Er is een gebrek aan opgeleide algologen, te wijten aan de niet-erkenning van de titel algoloog, te wijten aan het gebrek van een certificatieopleiding in de pijn.

De meeste artsen zijn gekant tegen een systematisch beroep op de psycholoog. De eerste stap is het pijnprobleem controleren. Als gezien wordt dat het psychologisch probleem aanhoudt, verwijzen ze hen door. Veel teams hebben het hierdoor moeilijk om het aspect psycholoog te doen accepteren.

In 2011 zijn het merendeel van de psychologen zeer jong; 1/5 heeft

minder dan 1jaar anciënniteit; 1/3 heeft maximum 1 of 2 jaar ervaring in de algologie; 25/45 heeft geen enkele specifieke opleiding in de algologie gevolgd.

De werktijden zijn korter dan die van de artsen. 5 teams hebben minder dan een halftijdse psycholoog. De meesten zijn niet of weinig betrokken bij therapiegroepen en signaleren moeilijkheden om samenwerkingen op te bouwen en bepaalde projecten op te zetten zoals psycho-educatieve groepen. Ze zeggen te weinig middelen en opleiding te hebben en betreuren de afwezigheid van een gesprekspartner psycholoog, gespecialiseerd in pijn om klinische gevallen en wetenschappelijke onderwerpen te bespreken.

De frequentie en de duur van de medische vergaderingen is zeer variabel. In sommige teams is er geen multidisciplinaire vergadering. De redenen hiervoor zijn tijdsgebrek, gebrek aan interesse van de artsen voor de multidisciplinaire aanpak en de werkingsinfrastructuur waarbij er geen lokaal voorzien is voor het hele team. Er is een groot probleem in de communicatie tussen de verschillende disciplines. Men slaagt er ook niet in een bevredigende communicatie op te zetten met de verwijzende artsen.

## **2/ MOEILIKHEDEN ALS GEVOLG VAN DE ONDERFINANCIERING**

Onderfinanciering: de proefprojecten hebben financieel enkel toegelaten om psychologen aan de teams toe te voegen. De teams waarschuwen: *"geen nomenclatuur voor een algologische consultatie creëren zoals voor een psychiatrische consultatie... kan een pervers effect veroorzaken, nl. dat van de verleiding om de consultaties in te korten en over te gaan tot technische handelingen"*. De teams zeggen dat ze niet zo functioneren, maar geven toch toe dat de verleiding bestaat, wegens de druk van de beheerders. Dergelijke houding zou strijdig zijn met de werkingsfilosofie waar de meeste pijnteams prat op gaan.

Veel teams betreuren dat er een duidelijk gebrek is aan medewerking van directie van het ziekenhuis die totaal niets doet om de ontwikkeling van de pijnactiviteit te vergemakkelijken

De onderfinanciering vd pijnactiviteit leidt tot institutionele moeilijkheden, gebrek aan personeel, lokalen en opleiding van de teams op het terrein, moeilijkheden bij de toepassing van de interdisciplinariteit, overmaat aan werk en moeilijkheden om de patiënten volgens een biopsychosociaal perspectief te behandelen.

## **3/ TOEPASSING VAN EEN BIOPSYCHOSOCIALE BENADERING**

- Er is een gebrek aan een systemische visie op de persoon in zijn verschillende leef- en werkmilieus *"we zouden naar de werkplaats moeten kunnen gaan, de patiënt in zijn dagelijkse leven zien, bij zich thuis, zodat we hem kunnen helpen bij zijn stappen. Dat zou veel nuttiger zijn dan een opvolging in het ziekenhuis"*.

- De sociale pijler wordt door alle teams als de ontbrekende schakel van het biopsychosociale model beschouwd. Men uit behoeften in termen van beschikbare personen, het met elkaar in contact brengen van de

personen, organisatie van het werk in netwerkverband. Een maatschappelijk werker zou helemaal op zijn plaats zijn in dat verbanden

- Hoewel ze bewust zijn van het belang daarvan hebben weinig teams initiatieven genomen in termen van sociofamiliale en socioprofessionele begeleiding vooral omwille van het gebrek aan specifiek personeel en de ziekenhuiscontext.

- Van de verzorgers wordt naar hun zeggen verwacht dat ze een medische oplossing verschaffen voor een psychosociaal probleem waar ze weinig vat op hebben.

- De gedachte van een geneesheer is als volgt: *"Men verzorgt chronische pijnpatiënten in een ziekenhuisomgeving. Door de biopsychosociale benadering is er een vormfout in die zin dat men meteen een etiket van een medische behandeling op dit soort probleem plakt. Men heeft de behandeling van pijn meteen als een medisch en ziekenhuisprobleem gestructureerd in de ziekenhuisstructuren. Wanneer we echter onze ervaring met de jaren bekijken, merken we dat sociale, gedrags- en beroepsinteracties de belangrijkste elementen zijn en dat wij daar geen vat op hebben. Er is een soort van valsheid in geschrifte: men vraagt ons om de problematiek van een patiënt te verbeteren in aspecten waar wij geen toegang toe hebben."*

Een ander geneesheer ziet dat hij het *"nogal eens was met de idee om de pijnconsultatie uit de ziekenhuiscontext te halen"*.

De meeste verzorgers die de pijnproblematiek via een 'biopsychosociale benadering' aanpakken, hebben het moeilijk wanneer ze geconfronteerd worden met adviserende artsen of een RIZIV-structuur die een ander theoretisch model en criteria voor verbetering van de patiënt hanteren dan die van hen. *"Voor het RIZIV moet men de pijn, de consumptie van geneesmiddelen en het aantal consultaties verminderen en het werk hervatten. Het grote probleem is dat het RIZIV onvoldoende rekening houdt met de sociale problemen van de patiënten."*

- De duur van de opvolging in de teams is zeer variabel. Gelegen tussen 1 en 6 maanden. De opvolg afspraken hebben plaats met een variabele frequentie vaak 1 tot 2 ontmoetingen per maand. Afspraak bij de algoloog gemiddeld om de 2 à 3 maand. Over het eind van de opvolging wordt zelden duidelijk beslist. Een hoog percentage aan nieuwe patiënten suggereert een hoge turn-out en dus een opvolging van korte duur, wat incompatibel is met een correcte toepassing van het biopsychosociaal model.

Omwille van hun pijn verkeren veel patiënten in een moeilijke psychologische situatie, wat opvolging bemoeilijkt. Twee gedragsfactoren lijken verantwoordelijk te zijn voor heel wat therapeutisch falen. Ten eerste het gebrek aan therapietrouw dat gedeeltelijk verklaard wordt door de immense hoop die men in de behandelingen stelt en de snelle ontmoediging van de patiënten. Vervolgens de fysieke deconditionering van de chronische pijnpatiënten, versterkt door hun kinesiofobie.

De psychologen zeggen dat ze geconfronteerd worden met de afwezigheid van de vraag naar een psychologische behandeling. Het is

moelijk om te werken wanneer er niet echt een vraag van de patiënt is. Of zelfs de weigering van patiënten om te consulteren. De psychologische aanpak lijkt in die gevallen niet deel uit te maken van de verwachtingen.

Een aantal chronische pijnpatiënten zijn sociaaleconomisch benadeelde patiënten die niet de middelen hebben om alle voorgeschreven behandelingen te betalen, van wie sommigen een zeer uitgebreid maar zeer duur zorgaanbod hebben dat ze zich in sociaaleconomisch opzicht niet kunnen veroorloven.

De financiële impact van chronische pijn is niet te verwaarlozen. Pijn is altijd stiefmoederlijk behandeld. Geavanceerde pijnbehandelingstechnieken worden niet terugbetaald. Diabetici krijgen gratis consulten, pijnpatiënten niet. De enige maatregel die genomen werd voor chronische pijnpatiënten is de terugbetaling van paracetamol, die heel vaak ruimschoots onvoldoende is.

#### **4/ MOEILIJKE SAMENWERKING MET DE EERSTELIJNSZORGVRELENERS**

In de praktijk is het zeer moeilijk voor de gespecialiseerde structuren om lokale steunpunten te vinden die kunnen helpen bij de opvolging van de patiënten samen met de behandelende arts (huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen, apothekers...)

Deze moeilijkheid vloeit meer bepaald voort uit een basisopleiding op het gebied van chronische pijn die nagenoeg ontbreekt in de opleiding van de eerste en de tweede cyclus van artsen, psychologen, kinesitherapeuten of verpleegkundigen. Ze stellen vaak onaangepaste behandelingen voor. Op dezelfde wijze voelen veel psychologen zich slecht gewapend om patiënten te begeleiden bij wie de pijn een aanzienlijk lijden veroorzaakt of wortelt in een moeilijk levenstraject.

Anderzijds kan de opvolging van chronische pijnpatiënten als frustrerend worden beleefd, zowel door de huisartsen als door de specialisten. Pijn is geen objectiveerbaar symptoom, zijn fysiopathogenie is slecht gekend bij niet-specialisten en de complexiteit ervan heeft als gevolg dat het moeilijk is om de resultaten van therapeutische interventies te voorzien. De afwezigheid van een curatieve aanpak contrasteert met een opleiding die gericht is op actie. Deze patiënten zijn vaak ook heel veeleisend, evenredig met hun indruk niet ernstig te worden genomen.

Bovendien zijn de rollen, verwachtingen en beperkingen van eenieder onvoldoende gekend, in beide richtingen, wat diverse misverstanden veroorzaakt.

Ten slotte leiden de structurele problemen die de MPT en de referentiecentra ondervinden tot diverse moeilijkheden zoals wachttermijnen die incompatibel zijn met de behoeften van de huisartsen

De meeste teams zeggen dat ze zich bewust zijn van de noodzaak van meer samenwerking met de huisartsen. Huisartsen moeten beter geïnformeerd worden en gevormd in pijnzorg en hun betrokkenheid bij het zorginitiatief en de interdisciplinaire werking vergroten.

Verbeteringsmogelijkheden aangehaald door de teams:

- behoefte om een maatschappelijk werker op te nemen in het project;
- de psychologische activiteiten uitbreiden;
- de medische teams versterken met andere medische specialismen om een minder sterke 'anesthesie-kleur' te geven aan de pijnzorg door huisartsen-algologen in hun teams op te nemen. *"Een van de te verkennen mogelijkheden zou waarschijnlijk zijn dat de globale visie die een huisarts kan hebben, kan dienen en toegepast kan worden in het domein van chronische pijn"*. Kortom dat er ook huisarts-algologen komen.
- De organisatie van psycho-educatieve groepen die beantwoorden aan de verwachtingen van patiënten die personen willen ontmoeten die hetzelfde meemaken als hen.
- De dringende noodzaak van een verbetering van de universitaire opleiding en de noodzaak om aan de toekomstige verzorgers te leren om in interdisciplinariteit en met een biopsychosociale benadering te werken.

### **4.3. DE ALGOLOGISCHE FUNCTIE – TWEEDLIJNS GEZONDHEIDSZORG**

In 2009 wordt een parallel lopend pilootproject in 73 ziekenhuizen gelanceerd. Namelijk dat van een 'algologische functie'. Het betreft vooral een signaalfunctie die de zorgverleners sensibiliseert omtrent pijn, instaat voor de opvolging van patiënten en een pijnbeleid uitstippelt. Het gaat om een transversale functie.

De algologische functie moet bestaan uit een arts (bij voorkeur een anesthesist met kwalificatie in de algologie), een verpleegkundige die beschikt over een opleiding in de algologie en een ziekenhuisapotheker.

De financiering komt overeen met het loon van een halftijdse verpleegkundige

#### **Evaluatie**

Wat de specifieke opleiding in algologie betreft:

- 62% vd verpleegkundigen volgde een of meerdere opleidingen, 44% van hen heeft minder dan 5jaar ervaring in pijn.
- 94% van de verantwoordelijke geneesheren is anesthesist, waarvan slechts 69% een opleiding in de algologie gevolgd heeft.
- Soms wensen de algologisch verpleegkundigen samen te werken met andere verzorgers zoals kinesisten 14%, psychologen 12% en geneesheren 11%. Sommigen wensen geen samenwerking.

In de tijdverdeling gewijd aan de algologische functie zien we bij de verpleegkundige een mediaan van 5 uur per week patiëntenbegeleiding, 3 uur technische handelingen en 5 uur andere activiteiten zoals opvolging van analgesiepompen, deelname aan congressen en opleidingen, sensibilisatie van het verzorgend personeel.

Uit analyse blijkt dat de verpleegkundige zichzelf beschouwt als een tussenpersoon of bemiddelaar tussen de verzorgers en de patiënten. Ze formuleren heel wat moeilijkheden, met weinig voldoening als gevolg:

- gebrek aan tijd om aan pijn te besteden;
- gebrek aan vorming en sensibilisatie van de verzorgers op het vlak van pijnbeleid;
- gebrek aan respect en terughoudendheid ten aanzien van de algologische functie;
- gebrek aan middelen en beperkingen van het project.

Ten gevolge van tijdsgebrek wordt vooral tijd besteed aan acute postoperatieve pijn en kankerpijn tijdens hospitalisatie. Er blijft een tekort te zijn op het vlak van chronische pijn in de hospitalisatie. Sommige algologische verpleegkundigen werken met chronische pijn patiënten in de ambulante zorg. Een steeds terugkerend opmerking is het gebrek aan kennis van de actoren van de eerstelijnszorg inzake evaluatie en behandeling van pijn.

In 2013 wordt beslist om de pijnpompen uit het takenpakket te halen en als antwoord op het tijdsgebrek wordt ook de begeleiding van patiënten in ambulante zorg van de algologische functie weggehaald. Er worden algologische teams aanbevolen in ALLE ziekenhuizen.

#### **4.4. KCE – Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg – RAPPORT 23/11/2017 LAGE RUGPIJN EN RADICULAIRE PIJN: KERNELEMENTEN VAN EEN ZORGPAD <sup>70</sup>**

Een team van pijnspecialisten, aangevuld door experts en stakeholders formuleren hierin op basis van de laatste wetenschappelijke kennis de uitwerking van een zorgpad rond lage rugpijn.

Wat weerhoudt ik hieruit

- Om een biopsychosociale benadering te kunnen implementeren moet er gewerkt worden aan een betere interdisciplinaire samenwerking op de eerste lijn, zowel in de acute fase om chronische evolutie te helpen voorkomen als in de chronische fase om de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren.
- De eerstelijnszorg moet versterkt worden. Interventies door de tweede lijn worden enkel voorzien voor de meest ernstige gevallen.
- De centrale rol van de huisarts als zorgcoördinator en persoonlijke coach van de patiënt die zich ook moet bezighouden met hervalpreventie en mentale coaching.
- De rol van de kinesitherapeut, die beter opgeleid is dan vroeger in de

aanpak van rugpijn binnen een biopsychosociaal kader.

- Psychologen spelen een erg belangrijke rol bij de behandeling van rugpijn. Er zijn echter heel weinig psychologen te vinden die specifiek opgeleid zijn in pijnbeheer. Bovendien worden psychologen ook nog steeds niet terugbetaald.

In de aanbevelingen teneinde dit voorgestelde zorgpad te kunnen implementeren weerhoud ik de noodzaak om alle zorgverleners die betrokken zijn bij de aanpak van rugproblemen een opleiding te geven die belang hecht aan het biopsychosociale model (definitie van de pijn, rol van psychosociale factoren...) en de aanpak die vooral rekening houdt met de psychosociale factoren die het risico op chroniciteit voorspellen of chroniciteit geïnstalleerd hebben., empowerment van de patiënt door het aanleren van motivatie- en communicatietechnieken en interdisciplinair werken in netwerken. Gemeenschappelijke opleidingen voor huisartsen, kinesitherapeuten en andere zorgverleners moeten overwogen worden.

Fundamenteel werk moet worden opgestart op beleidsniveau om de percepties van het grote publiek en van de zorgverleners te veranderen.

#### **4.5. 6/12/2018: CONSENSUSVERGADERING VAN HET RIZIV OVER HET RATIONEEL GEBRUIK VAN OPIOIDEN BIJ CHRONISCHE PIJN <sup>71</sup>**

Op 22 mei 2019 publiceert de RIZIV op haar website het juryrapport betreffende de consensusvergadering van december 2018 inzake chronische pijn.

De visie dat eerst de biopsychosociale benadering en de niet-opioïde pijnstilling maximaal aangewend moeten worden vooraleer opioïde pijnstilling wordt overwogen, moet een belangrijk onderdeel zijn van de opleiding van toekomstige artsen. Ook aan de opvang, de aanpak en de behandeling van de chronische pijnpatiënt moet in het onderwijs meer aandacht worden besteed. Dit geldt ook voor de navorming van alle beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

## 4.6. OVERSCHOUWING HUIDIGE SITUATIE IN BELGIË

Chronische pijn wordt momenteel in België enkel volgens een biopsychosociaal multimodaal groepsgericht programma aangepakt in 9 derdelijns universitaire referentiecentra.

Dit zou volgens de huidige financiering vanuit de overheid moeten gerealiseerd worden door 5 VTE in 9 centra voor het hele land. Herinner u de cijfers uit hoofdstuk 1: Deze centra zouden 8,53% van onze bevolking met ernstige chronische klachten moeten verzorgen, concreet spreken we over 938.300 zieken.

In 36 tweedelijns multidisciplinaire pijnteams in acute ziekenhuizen wordt de multidisciplinariteit beperkt tot een anesthesist/algoloog, een verpleegkundige, een psycholoog en een ziekenhuisapotheker, waarbij vaak GEEN interdisciplinaire overlegvergadering plaatsvindt in het team. We spreken over een financiering van 3,8 VTE. Er heerst tekort aan ervaring en specifieke specialisatie in de benadering van pijn, vooral bij de psychologen in de teams. Een biopsychosociale benadering, hoewel algemeen erkend als gouden standaard, lijkt in deze settings vaak moeilijk realiseerbaar.

We constateren bijgevolg dat ondanks internationale en nationale wetenschappelijke richtlijnen die het belang van een multimodale biopsychosociale benadering van pijn in de verf zetten, de realiteit op de dagelijkse werkvloer in tweede en derdelijns-ziekenhuizen er een is die nog steeds vooral een biomedische invulling heeft met aan de zijlijn ondermaatse en vooral ruimschoots ongefinancierde pogingen om een biopsychosociale benadering te realiseren.

Op de eerste lijn heerst een groot gebrek aan kennis omtrent nieuwe inzichten in de neurobiologie van pijn en psycho-educatieve aspecten die een biopsychosociale benadering kunnen verantwoorden en motiveren naar de patiënt toe. Dit bemoeilijkt een correcte geëcheloneerde samenwerking met de gespecialiseerde centra, maar zorgt ook voor een immense lacune aan een adequate multimodale aanpak op het niveau van de eerste lijn.

Het KCE formuleert in een voorstel tot ontwikkeling van een zorgpad rond pijn in 2017:

- de centrale rol van de huisarts als zorgcoördinator in een multidisciplinaire aanpak;
- de belangrijke rol van artsen, verpleegkundigen, kinesisten en psychologen in de eerste lijn om met kennis van zaken een biopsychosociale benadering toe te passen in de aanpak, maar ook de secundaire preventie van chronische pijn bij risicopatiënten.
- de dringende noodzaak van educatie rond pijn, rond interdisciplinair samenwerken en rond biopsychosociale benaderingen in de universitaire opleiding van alle zorgkundigen en aangepaste navormingsmogelijkheden voor alle gezondheidszorgbeoefenaars met nadruk op de eerste lijn.



## DEEL 2. PRAKTIJKSTUDIE

### Multimodale groepstherapie voor chronische pijnpatiënten in de multidisciplinaire groepspraktijk

#### 2.1. ONTSTAANSGESCHIEDENIS

Mijn jarenlange ervaring als huisarts, werkend (liefst in overleg) binnen een interdisciplinair biomedisch kader met ziekenhuisspecialisten en kinesisten in de eerste lijn duwde mij in een machteloze situatie tegenover steeds terugkerende chronische pijnpatiënten. Het gaf me een gevoel van ontoereikende slechte geneeskunde waarbij een onnodige overvloed aan medisch technische onderzoeken en interventies hand in hand samenhang met een toenemende onvrede en hopeloosheid bij de patiënt. De psychologen die bij sommige patiënten aan de zijlijn mee hun rol speelden werden slechts in uitzonderlijke gevallen actief betrokken in de integrale benadering van de patiënt en zijn/haar pijnprobleem.

Anderzijds bleef mijn biopsychosociale insteek als leermodel binnen onze eerstelijnscentra van Geneeskunde voor het Volk en mijn opleiding tot integratief psychotherapeut mij motiveren om mijn patiënten alsnog vanuit een breder holistisch kader te ondersteunen in hun zoektocht naar een beter en gezonder leven.

Het kader van een twintig minuten durend individueel huisartsenconsult bleek niet geschikt en bood onvoldoende tijd. Daarom besloot ik bij wijze van experiment om een groepje van een zestal pijnpatiënten in de dokterspraktijk van Molenbeek samen te brengen om met voldoende tijd en ruimte :

- uitleg te geven over de biomedische mechanismen van pijn en chronische pijn in het menselijk lichaam, zodat ze zouden begrijpen waarom velen pijn hebben ondanks vrij geruststellende onderzoeken. **Pijneducatie.**
- enkele basisoefeningen voor **stressbeheer** aan te brengen en samen te oefenen. Ik denk aan hart-ademcoherentie, Jacobson relaxatie, mindfull movement, bloemsterkte-meditatie.
- enkele basisoefeningen uit de cognitieve gedragstherapie aan te brengen, teneinde catastroferen en automatische negatieve gedachten onder de loep te nemen en om te buigen tot meer positieve,constructieve gedachten. **Cognitieve gedragstherapie.**
- De deelnemers terug laten kiezen voor een positieve invulling van hun leven beantwoordend aan hun intrinsieke doelen en waarden, en los te komen van een slachtofferrol gedomineerd door de pijn die hun leven bepaalt. **Acceptance en commitment therapie.**
- In groep erkenning, **steun en ervaringen uitwisselen** vanuit mijn intrinsieke overtuiging dat wij mensen supersamenwerkers zijn en onze identiteit vormen in interactie met anderen.

Nadien breidde ik deze ervaring uit naar andere groepspraktijken van *Geneeskunde voor het volk*, met name in Schaarbeek, Hoboken, Seraing en

Herstal.

Ook binnen het kader van de *herstelacademie* organiseerden we een cursus rond leven met chronische pijn.

Pas veel later, in de opbouw van dit eindwerk kwam ik tot de vaststelling dat mijn spontane aanpak beantwoordde aan de internationale aanbevelingen omtrent aanpak van chronische pijn, tot op heden vooral uitgebouwd in de derde lijns gespecialiseerde referentiecentra, met alle gevolgen van dien qua toegankelijkheid en bereikbaarheid.

## 2.2. OPZET

### • Tussen februari 2018 en mei 2019 organiseerde ik 6 'pijncursussen' in verschillende groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk.

De cursus bestond uit een lessenreeks van 5 wekelijkse bijeenkomsten, met een duur van 2 tot 2,5 uur met een inhoudelijk vastgelegd programma door mij opgesteld, in samenspraak week per week met de deelnemers in de groep en zo mogelijk met een gezondheidswerker uit het team van de praktijk.

Ik had een inhoudelijk programma voor ogen, maar stemde mij in de concrete uitwerking hiervan af op de noden en kenmerken van de groep en de groepsleden. Elk groepslid is immers anders, en elke groep heeft andere groepsdynamieken die het proces van samen leren beïnvloeden.

De inhoud bleef in alle groepen bovenvermelde doelen nastreven, maar de manier waarop deze aangebracht werd evolueerde in de tijd, naarmate mijn kennis en ervaring toenam. (Voorbeeld inhoudelijk programma Hoboken – zie bijlage)

Wat betreft de inhoud van de pijneducatie baseerde ik mij oorspronkelijk op de pijneducatie van dr. Elan Schneider, voor patiënten via de website [www.retrainpain.org](http://www.retrainpain.org).

Ik maakte geleidelijk aanvullingen en verdiepingen die ik haalde uit de professionele retrain pain opleiding die ik tussen november 2018 en april 2019 online volgde ('Advanced training in biopsychosocial chronic pain rehabilitation') en het pijneducatie materiaal aangeboden door de internationale onderzoeksgroep [www.paininmotion.be](http://www.paininmotion.be) o.l.v. prof. Jo Nijs – VUB Brussel.

### • In het kader van de herstelacademie organiseerden we in Vilvoorde een cursus 'grip op chronische pijn'

Deze cursus bestond ook uit een 5-daagse lessenreeks (2 per week) van 2,5 uur voor een open publiek uit de regio.

Het cursusplan werd op voorhand opgemaakt in een werkgroep bestaande uit een medewerker van de CAW-Vilvoorde (psycholoog), twee ervaringsdeskundigen met name twee chronische pijnlijders geassocieerd

aan de herstelacademie, en mezelf. Aanvullend werd een cursusboekje gemaakt om mee te geven aan de deelnemers (Zie bijlage cursusplan + boekje)

De herstelacademie is een initiatief van CGG Ahasverus Halle-Vilvoorde, in samenwerking met CAW Vilvoorde en heeft als missie om vorming te geven aan mensen die willen werken aan hun eigen herstel om opnieuw of meer grip te krijgen op hun leven ([www.herstelacademie.be](http://www.herstelacademie.be)). Ze organiseert een divers cursusaanbod rond verschillende thema's, en dus nu op mijn voorstel en initiatief ook een cursus rond chronische pijn.

De herstelacademie is een aanbod dat op nulde en eerstelijns niveau wijkgericht wil werken aan gezondheid. De basisprincipes zijn gesteund op herstelgericht en krachtgericht werken. De gehanteerde aspecten van herstel (Dröes en Vreeswijk, 2012) beantwoorden aan de principes van een biopsychosociale benadering van ziekte en gezondheid.

De herstelacademie put zijn inspiratie uit het voorbeeld van de Recovery College in South West London-Nottingham, opgericht in 2005.

## 2.3. RECRUTERING VAN DE DEELNEMERS

### • Groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk

De verschillende pijncursussen stonden open voor patiënten uit de groepspraktijk die minstens 6 maanden aanhoudende pijn lijdten met een belangrijke impact op hun mentaal welzijn en hun dagelijks functioneren. Er werd geen selectie gemaakt op basis van pathologie.

Voorafgaand aan de cursus werd in een medische teamvergadering of ander overlegmoment op de verschillende praktijken uitleg gegeven over het opzet en doel van de cursus zodat alle gezondheidswerkers van de groepspraktijken mee waren met het concept van de cursus.

De recrutering gebeurde

- via een flyer in de wachtzaal en op de bureau's in alle dokterskabinetten;
- via een artikel in het patiëntenkrantje (Molenbeek, Hoboken);
- via individuele discussie tijdens de consultatie met de dokter, verpleegkundige, kinesist (Herstal en Seraing);
- via actieve motivatie en telefonisch contact door dokter, verpleegkundige of kinesist.

De uiteindelijke selectie van patiënten gebeurde door de artsen en/of verpleegkundigen (Schaarbeek) of kinesisten (Herstal) in de praktijk.

De patiënten dienden zich voor de volledige cursus in te schrijven en betaalden hiervoor 10 euro bij aanvang van de lessenreeks. Gezien we werkten met een gesloten groep werd erop aangedrongen dat alle deelnemers in principe aan alle lessen deelnamen.

De groep in Molenbeek verschilde van de groepen in de andere dokterspraktijken in die zin dat deze vooral bestond uit mijn eigen patiënten die hoofdzakelijk door mij persoonlijk werden gemotiveerd om deel te nemen aan de cursus, naast bijkomende info via onthaal en andere teamleden.

## ● Herstelacademie

De recrutering gebeurde hier:

- via een flyer breed verspreid in de wachtzaal van CGG, CAW, wijkgezondheidscentrum De Vaart, huisartsenpraktijk den Blink, de netwerkkanalen van de herstelacademie, en via mail gericht aan meerdere gezondheidswerkers en -initiatieven in Vilvoorde;
- via individueel aanspreken van cliënten binnen CAW en CGG.

## 2.4. DEELNAME EN OPKOMST

Op voorhand werd vastgelegd om de groepslessen te laten doorgaan met minimum 5 en maximum 8 deelnemers, onder vorm van een gesloten groep.

Alle groepen waren kwa pathologie (biomedische oorzaak van de chronische pijn) zeer gemengd.

Er waren deelnemers met:

- fibromyalgie
- polymyalgia rheumatica
- dunne vezel neuropathie
- lage rugpijn syndroom
- ziekte van crohn
- multipele gewrichtsklachten
- reumatoïde artritis

	Inschrij- vingen	Les 1	Les 2	Les 3	Les 4	Les 5	Extra
Molenbeek	6	6	6	6	6	6	Stagiair geneesk.
Schaarbeek 1	6	4	4	3	3	3	Sociaal ass. +stagiair
Schaarbeek 2	7	3	3	1	6	3	
Hoboken	7	5	3	3	2	3	psycholoog
Herstal	6	6	1	3	2	3	arts
Seraing	6	6	3	4	4	3	
Herstel- academie	5	4	4	3	4	3	Ervarings- deskundige
totaal	43	37					

Op een totaal van 43 ingeschreven mensen in het geheel van de 7 cursussen hebben er slechts 17 mensen (= 39,5%) alle lessen bijgewoond. Als we vertrekken van het totaal aantal aanwezigen op les 1 = 37 mensen, dan hebben we:

- . 46% volledige deelname (17/37 deelnemers)
  - . 32,4% deelname aan 3 van de 5 lessen (12/37 deelnemers)
  - . 21,6% deelname aan 2 of minder van de 5 lessen (9/37 deelnemers)
- Dit ondanks het feit dat we bij inschrijving aangedrongen hebben op

aanwezigheid in alle lessen, en de deelnemers ook bij aanvang betaald hebben voor de 5 lessen.

De reden van afwezigheid werd gepolst en telkens werd een praktische reden aangegeven en uitdrukkelijk aangegeven dat de afwezigheid niet te wijten was aan desinteresse en men graag verder deelnam.

- . vergeten
- . slechte weersomstandigheden
- . een andere samenvallende afspraak (meestal in het ziekenhuis)
- . zich de ochtend van de les te ziek voelen om uit bed te komen
- . een urgent probleem in de familie (oa ziek kind)

De groep met de meest voltallige aanwezigheid op alle lessen was de groep in Molenbeek. We moeten ons de vraag stellen of de therapeutische arts-patiënt relatie hierin een doorslaggevende rol speelt, aangezien deze groep bestond uit mensen die allemaal reeds meerdere jaren patiënt van mij waren als huisarts in de groepspraktijk.

## 2.5. EVALUATIE

Op het einde van elke lessenreeks (behalve groep 2 Schaarbeek) werd aan alle deelnemers gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen waarin gevraagd werd om per lesonderwerp een puntenscore te geven.

0 : dit vond ik niet belangrijk, dit mag weggelaten worden

1 : dit vond ik belangrijk, interessant, hier heb ik iets bijgeleerd

2 : dit vond ik heel belangrijk en essentieel, dit helpt mij in mijn verdere leven

Daarnaast werden een aantal open vragen gesteld:

- Heeft deze cursus beantwoord aan jouw verwachtingen? Zo niet, wat ontbrak er?
- Heeft deze cursus jou geholpen om je pijn beter te begrijpen en om in de toekomst zelf jouw pijn beter onder controle te brengen of te houden?
- Wat vind je van de duur van de cursus: 5 lessen is te kort, te lang... wat lijkt voor jou ideaal?
- Zou je hier een vervolg aan willen breien? Zo ja, op welke manier?
- Vind je de aanpak in groep een meerwaarde of zou je liever individueel begeleid worden?
- Hoe vond je de begeleiding?
- Heb je bedenkingen of suggesties voor de lesgever(s)?

*(Evaluatie van de groepen binnen Geneeskunde voor het Volk (behalve groep Schaarbeek 2)*

*Molenbeek, Schaarbeek 1, Hoboken, Seraing en Herstal:*

Van de 22 deelnemers in deze 5 groepen die 3 of meer keren aanwezig waren vulden 16 personen het evaluatieformulier volledig in.

## WAT KWAM IN DEZE 16 EVALUATIEFORMULIEREN NAAR BOVEN?

### a. Inhoudelijk bilan:

- Bij alle evaluatieformulieren scoorden alle thema's 1 of 2, er werd geen enkel lesonderwerp gescoord als niet belangrijk, en dus weg te laten.
- De kennismakingsronde met elkaar in les 1 werd overal als heel belangrijk en essentieel beschouwd
- De lesonderwerpen met **pijn-educatie** werden 76 keer gescoord.
- 8/76 (10,5%) scores waren 1 (belangrijk, iets bijgeleerd)
- 68/76 (89,5%) scores waren 2 (essentieel, dit helpt mij in mijn verder leven)

### • De lesonderwerpen met **cognitief-gedragstherapeutische insteek**

Werden 97 keer gescoord:

- Bedenk alle waardevolle/positieve aspecten uit je leven.
- Uittekenen van een levenscirkel in groene en rode taartstukken.
- Huiswerk: noteer elke avond 3 positieve dingen van de dag.
- Verhaal van het halfvolle / halflege flesje.
- Maatschappelijke invloeden, hoe denken anderen over onze pijn, ervaringen met controlegeneesheren
- Onze filters.
- 5G schema: destructieve gedachten ombuigen tot constructieve.
- Huiswerk: noteer een ervaring waarin je je gedachten hebt kunnen ombuigen.
- Welke gedachten zijn helpend.
- Positief inspirerende spreuken.
- Emoties: cognitieve / motorische en fysiologische component.
- Vrijheid in ons hoofd: de keuze tussen overwinnaar of slachtoffer.
- Huiswerk: noteer elke avond hoe je gedanst hebt in de regen.

21/97 (21,6%) scores waren 1 (belangrijk, iets bijgeleerd)

76/97 (78,4%) scores waren 2 (essentieel, helpt me in mijn verdere leven)

### • De lesonderwerpen met **mindfulness based oefeningen in stress-beheer en relaxatie**

Werden 50 keer gescoord:

- Ontspanningsoefening: lichaamsfocus op pijnvrije en pijnlijke zones.
- Inkleuren van figuurtje met pijnlijke en pijnvrije zones in ons lichaam.
- Ontspanningsoefening: visualisatie van een rustgevende, gelukzalige omgeving.
- Focussing-oefening: de kracht van de zonnebloem.
- Ademhalingsrelaxatie.
- Focusoefening: mijn veilige plek.
- Hart-ademcoherentie.

10/50 (20%) scores waren 1 (belangrijk, iets bijgeleerd)

40/50 (80%)scores waren 2 (essentieel, helpt me in mijn verdere leven)

- De lesonderwerpen met **acceptance and commitment insteek**

Werden 19keer gescoord:

- Mijn innerlijk kindje.
- Geweldloze communicatie.
- Huiswerk: mijn top5 waarden in mijn leven

3/19 (18%)scoorden 1

16/19 (82%) scoorden 2

Inhoudelijk bilan	Score 1: belangrijk, iets bijgeleerd	Score 2: essentieel, dit helpt mij verder
kennismakingsronde		100%
Pijn educatie	10,5%	89,5%
Cognitieve gedragstherapie	21,6%	78,4%
Mindfulness, stress-beheer, relaxatie	20%	80%
ACT	18%	82%

### **b. Algemene opmerkingen :**

Op alle evaluatieformulieren werd bevestigd dat de cursus voldeed aan de verwachtingen.

Op de vraag: heeft deze cursus jou geholpen om je pijn beter te begrijpen en om in de toekomst zelf jouw pijn beter onder controle te brengen of te houden:

Alle deelnemers formuleren dat de cursus hen heeft geholpen en dit om wisselende en multiple redenen onder andere meer inzicht in de pijn, in de rol van gedachten en gevoelens en in eigen gedrag, steun en begrip bij elkaar vinden, leren van elkaar, relativeren van eigen situatie t.o.v. situatie van andere deelnemers, wekelijkse inspanning om op tijd aanwezig te zijn.

De meeste deelnemers die 3 of meer keren aanwezig waren formuleren dat de pijn niet verminderd is, maar dat ze minder angst en minder catastroferende gedachten hebben, waardoor de pijn minder allesoverheersend is en meer als 'controleerbaar' aanvoeld wordt.

Alle deelnemers die elke keer aanwezig waren (5 lessen) formuleren uitdrukkelijk dat de lessenreeks hen geholpen heeft om positiever in het leven te staan, hun leven minder te laten bepalen door de pijn en met meer moed en vertrouwen naar de toekomst te kijken (17/37 deelnemers).

– Op de 16 ingevulde evaluatieformulieren vinden 3 mensen dat 5 lessen voldoende zijn. Deze drie mensen willen echter alle 3 wel op regelmatige basis bv. 1 keer per maand de groep terugzien.

13/16 mensen vinden een lessenreeks van 5 te kort en suggereren minstens 8-10 lessen

Slechts 2 mensen willen het hier bij houden, 14/16 mensen willen graag een vervolg breien aan de cursus onder de vorm van maandelijkse opvolgmomenten.

– Iedereen verkiest groepstherapie boven individuele therapie vooral o.w.v. het contact met de anderen, leren van de ervaringen van anderen, zich niet alleen voelen in zijn lijden.

1 iemand vermeldt dat ze het positief vindt dat de groep kwa pathologie gemengd is, dat de gemeenschappelijk gedeelde factor enkel "pijn" is. Ze probeerde enkele sessies in het verleden in een fibromyalgie-groep in de derde lijn, maar haakte daar snel af omdat ze angstig werd bij het zien van andere fibromyalgie-patiënten die er nog erger aan toe waren dan zij.

1 deelnemer vindt dat af en toe aanvullende individuele therapie om persoonlijke dingen uit te diepen goed zou zijn.

– opmerkingen over de setting en de lesgever(s)

unaniem positief

de uitleg was duidelijk en begrijpelijk

appreciaties voor mijn luistervaardigheden en positieve ingesteldheid

4 mensen benadrukken hoe fijn ze het vinden niet in het ziekenhuis te zijn, maar toch onder professionele begeleiding van een arts in hun eigen vertrouwde groepspraktijk waar ze zich thuis voelen met "une ambiance conviviale", verwijzend naar de koffie+gebak en kaars op de tafel

Algemene opmerkingen	ja	nee
Voldeed de cursus aan je verwachtingen	16/16 evaluatieformulieren	
Heeft de cursus je geholpen	16/16	
Is je pijn verminderd		16/16 pijn is niet meer aloverheersend, pijn is meer controleerbaar
Is 5 lessen voldoende	3/16	13/16 liever 8 à 10 lessen
Wil je graag verder doen met de groep	14/16 graag 1X/maand	2/16



Verkies je groepstherapie boven individuele therapie	16/16	1/16 individuele therapie kan aanvullend
--	-------	--

### **C.Quotes die in de loop van de lessen naar boven gekomen zijn**

“Grace au cours, je ne regarde plus le plafond grand yeux ouverts, je revis”

“j'ai enfin arrêté les antidouleurs la semaine passée, jusqu'à maintenant ça va, je gère”

“J'ai décidé de ne plus courir aux urgences quand je fais une crise de douleur, maintenant je gère moi-même. Je me tiens calme, je respire, je demande à mon mari et mes enfants de me laisser tranquille et après quelque temps ça passe. Je me sens beaucoup mieux maintenant.”

“Je me rends compte que je dois voir mon psychiatre, plutôt que l'hôpital”

“Je garde toujours le tournesol dans moi, et un tout grand merci pour ça, car ainsi j'aurais ma petite bulle de champs de fleurs pour m'aider”

“Le cours m'a bien servi à comprendre comment les douleurs jouent avec le cerveau. Etre ensemble me rappelle que je ne suis pas la seule à avoir des bobos. Il me sert à tenir bon et m'encourage à aller de l'avant”

2 patiënten lieten weten aan hun huisarts wat ze van de lessenreeks vond:  
-« Hyper positif », ça lui a fait un grand bien,

Elle fait tous les soirs en allant au lit la technique de respiration qu'on lui a apprise, elle trouve que ça fonctionne super bien

– Elle était très positif et se sent beaucoup plus forte par rapport à ses douleurs

### **d.Evaluatie van de open groep in Schaarbeek**

Deze groep kenmerkte zich door een grote afwisseling van de deelnemers. Niemand volgde de cursus volledig. Ik heb elke les heel veel zaken uit voorgaande lessen herhaald zodat alle aanwezigen telkens terug konden aanpakken. De inhoud was hierdoor kwantitatief minder divers en uitgebreid, maar door de vele herhalingen veel compacter.

Desondanks was de sfeer in de groep telkens zeer enthousiast en positief. Er was ondanks de grote wissel aan deelnemers een zeer ondersteunende groeps sfeer. Dit is vermoedelijk ook te wijten aan het feit dat een groot deel van de deelnemers elkaar reeds kenden door andere groepsactiviteiten in de groepspraktijk.

In de evaluatie van 4 van de 6 deelnemers kwam unanieme tevredenheid over de inhoud van de cursus met unanieme vraag om in groep hiermee verder te doen. Alle vier voelden zich gesterkt in het begrijpen van hun pijn en in de dagdagelijkse omgang met hun pijn.

### **e. Evaluatie van de herstelacademie**

Bij deze cursus werd op voorhand een vaste inhoud vastgelegd en uitgewerkt in een cursusboekje dat als leidraad gebruikt werd in de lessen. Sommige oefeningen bleken moeilijk hanteerbaar in de groep, waardoor we het cursusboekje niet steeds exact gevolgd hebben.

Een belangrijke meerwaarde was de samenwerking met de ervaringsdeskundige in het geven van de lessen. Zij had echt een voorbeeldfunctie voor de groep in positieve en constructieve omgang met haar pijn. Dit werd ook door de deelnemers op die manier geformuleerd in de evaluatie.

## **6. Beschouwingen**

### **1/Recrutering en aanwezigheid**

De recrutering gebeurde vooral door aanmoediging van de huisartsen, verpleegkundigen en kine in de dokterspraktijk. Op advies "ik denk dat dit jou echt kan helpen", vertrouwden patiënten op hun zorgverlener en schreven zich in. Veel deelnemers hadden niet echt een concreet beeld van wat er in de cursus aangeboden werd. Voor de rest waren er geen andere deelnemerscriteria.

Het is opvallend dat enkel de groep in Molenbeek vrijwel altijd voltallig aanwezig was, en nog steeds blijft in de maandelijkse opvolgsessies. De jarenlange arts-patiëntrelatie speelt hier ongetwijfeld in mee. Dankzij een persoonlijke uitleg door mij over de exacte inhoud en bedoeling van de cursus en het jarenlange vertrouwen waren de deelnemers van bij het begin ook al meer gemotiveerd om dit pad samen te bewandelen.

In Hoboken organiseerden we begin juni 2019 (na de cursus) een algemene informatieavond voor patiënten uit de praktijk rond chronische pijn. Tot onze grote verbazing kwamen hier 30 patiënten spontaan op af. De avond was vooral bedoeld als pijn-educatie. Deze avond werd achteraf bij mondelinge feedback door het merendeel van de deelnemers als zeer positief en helpend geëvalueerd. 5 deelnemers gaven hun naam op als geïnteresseerde in een nieuwe cursus.

Om een betere recrutering en engagement van de deelnemers te bekomen denk ik dat een voorafgaande info-avond waarin reeds een stuk pijn-educatie gegeven wordt en waarin duidelijk uitgelegd wordt wat de inhoud en het opzet van de cursus is in de toekomst tot betere resultaten kan

leiden. Dit bewerkstelligt een meer intrinsieke motivatie van de deelnemers op basis van eigen conclusies uit de info-avond.

Chronische pijnpatiënten zijn intrinsiek aan hun ziekte moeilijk te mobiliseren en weinig therapietrouw.

- vaak bepaalt de pijn van het moment of ze al dan niet kunnen deelnemen. Dit is net wat we via de cursus willen afleren.
- vaak hebben ze o.w.v. langdurige werkeloosheid nog weinig dagstructuur waardoor het een extra grote inspanning vraagt om zich wekelijks op een vast moment op tijd klaar te maken en zich te verplaatsen.
- vaak zijn pijnpatiënten sociaal vrij geïsoleerd geraakt o.w.v. hun fysieke beperkingen en hun mentale negatieve gemoedstoestand. Dit maakt het ook extra moeilijk om de motivatie, moed en durf op te brengen om zich tussen een groep mensen te begeven.

Alles wat drempelverlagend en motiverend kan werken moet bijgevolg ingezet worden.

- de vertrouwdheid en nabijheid van hun eigen dokterspraktijk
- de aanwezigheid van een gezondheidswerker uit de praktijk die de patiënten goed kent en een goede vertrouwensband heeft.
- zeer bewust inzetten op de opbouw van een sterke therapeutische relatie tussen mijzelf als groepsleider/lesgever/arts/therapeut en de deelnemers.
- inzetten op de opbouw van een vertrouwensrelatie en ondersteunende relatie tussen de deelnemers.

## **2/ Inhoudelijk programma**

Uit de evaluatie van de deelnemers blijkt dat de multifocale insteek zeer gesmaakt werd.

Alle verschillende invalshoeken namelijk de pijn-educatie, de cognitief-gedragstherapeutische insteek, de acceptance and commitment insteek, de relaxatie en mindfulness based stress-reductie scoren bij alle deelnemers als belangrijk en te weerhouden, en bij een +85% meerderheid als essentieel en belangrijk voor hun verdere leven.

Het globale inhoudelijke programma lag in grote lijnen vast, maar in elke groep heb ik de concrete inhoud les per les vrij flexibel aangepast in functie van

- de noden en vragen van de deelnemers en het geheel van de groep
- de snelheid van assimilatie van de theoretische pijn-educatie : noodzaak aan herhalen, verder bouwen op de vorige les, illustreren met concrete voorbeelden om het begrijpelijker te maken....
- de ervaringen in voorgaande lessen : bv. In sommige groepen waren de relaxatie-oefeningen een belangrijke meerwaarde voor alle deelnemers, in andere groepen niet
- de behoefte aan uitwisseling van eigen ervaringen van de deelnemers in de groep

Deze manier van werken liet toe om beter op maat van de groep te werken, en bevorderde de groepsrelatie en de therapeutische relatie. Het liet ook toe om mijn toenemende kennis op basis van de pijn-educatie cursus die ik aan het volgen was onmiddellijk te implementeren en de theorie dadelijk met de praktijk af te toetsen.

### **3/ het format van de cursus**

Een lessenreeks van 5 lessen van 2,5u met een wekelijks interval was een keuze die op weinig wetenschappelijke ervaring gebaseerd was.

De ervaring, de evaluatie van de deelnemers, en het literatuuronderzoek heeft mij geleerd dat 5 lessen te weinig is, en we in de toekomst beter opteren voor minstens 8 à 12 lessen.

In alle groepen werd door een meerderheid van de deelnemers aangegeven dat ze graag op langere termijn verder blijven deelnemen aan het groepsgebeuren in een tragere frequentie bv. 1keer/maand.

In Molenbeek zijn we hier sinds april 2018 reeds mee bezig. Een blijvend engagement en verdere opvolging in de groep zorgt voor het consolideren van de sociale contacten in de groep en het verder uitdiepen en inoefenen van de aangeleerde therapeutische adviezen.

Na 1jaar kijken de leden van de groep in Molenbeek echt uit naar hun bijeenkomst en vormt de groep een entiteit op zich. Dit biedt op zich verdere therapeutische mogelijkheden in het format van een "ongestructureerde groep". Dit wordt het onderwerp van een volgende thesis in het kader van mijn opleiding tot groepstherapeut. (Focus on Emotion, Leuven)

De naam die ze zichzelf in een whatsapp-groep gaven "les combattantes de Leen" spreekt voor zichzelf.

### **4/Resultaten**

Ondanks de vele trial and error fouten van een nieuw opgezet pioniersproject ben ik blij met het bekomen "resultaat".

Op een totaal van 43 ingeschreven patiënten waren 37 mensen aanwezig op de eerste les.

17 mensen (46%) waren aanwezig op alle lessen. Deze mensen zijn unaniem tevreden en voelen zich sterker en zelfzekerder in hun dagdagelijks leven met pijn. Ze hebben allen het gevoel meer controle te hebben over hun doen en laten, en dit minder te laten afhangen van hun pijn. Hun catastrofale gedachten zijn verminderd. De intensiteit van de pijn is niet altijd verminderd, maar wordt wel als meer genuanceerd en fluctuerend ervaren. Er is niet meer altijd evenveel pijn.

Dit is zeer hoopvol en indrukwekkend, als men bedenkt dat veel van deze mensen reeds meerdere jaren intensief medisch begeleid worden in het ziekenhuis zonder duidelijke verbetering van hun levenskwaliteit.

29 mensen (78,4%) was aanwezig op 3 of 4 van de 5 lessen.

## DEEL 3. CONCLUSIE EN PERSPECTIEVEN VOOR DE TOEKOMST

Een op vier belgen lijdt aan chronische pijn, dat is pijn die langer dan 6 maanden aanhoudt en een impact heeft op het dagelijks functioneren. Bij lager opgeleiden spreken we over 43% van de bevolking. De gemiddelde leeftijd van de chronische pijnpatiënt is 48 jaar.

Dit heeft immense economische en financiële gevolgen voor onze gezondheidszorg. In 2010 berekende de onderzoeksgroep van prof. Lieven Annemans dat chronische pijn in België op dat moment 11,6 miljard euro kostte. 9 Jaar later zijn de kosten exponentieel toegenomen. Deze totaal kost omvat zowel de medische als de maatschappelijke kosten en bedraagt evenveel als de kosten voor kanker, diabetes en hart- en vaatziekten samen.

Wetenschappelijk onderzoek wereldwijd levert sinds meerdere decennia torenhoge evidentie voor een multidisciplinaire multimodale aanpak vanuit een biopsychosociale invalshoek. De beste resultaten worden geboekt wanneer dit gebeurt in groepsverband. Dit is dan ook de internationale aanbeveling voor de aanpak van chronische pijn.

In België wordt deze wetenschappelijke aanbeveling erkend en werden er sinds 2009 minimale maatregelen genomen om deze biopsychosociale aanpak te ondersteunen. Concreet werden er in 36 tweedelijns ziekenhuizen psychologen aan de medische pijnteams toegevoegd, naast de 9 bestaande derdelijns universitaire referentiecentra voor pijn. Een correcte en efficiënte realisatie van een interdisciplinaire biopsychosociale aanpak blijft in deze centra zeer moeilijk haalbaar. Door een te grote vraag en een te klein aanbod als gevolg van een dramatische onderfinanciering is er te weinig tijd voor interdisciplinair overleg en is een intensieve opvolging van patiënten uitgesloten. Patiënten krijgen er gemiddeld om de 2 à 3 maanden een afspraak. Het groepsgericht werken gebeurt hoofdzakelijk in de 9 referentiecentra en is gereserveerd voor een zeer kleine selectie van patiënten. Bovendien is er een groot tekort aan professioneel opgeleide en ervaren psychologen en andere gezondheidswerkers in de algologie.

Aangezien er voor de pijnspecialisten geen aparte erkenning en nomenclatuur bestaat voor pijnconsulten binnen een biopsychosociale benadering (begrijp hieronder: lange gespreksconsultaties met tijd voor veel uitleg en verkenning van de psychosociale leefwereld van de patiënt), bestaat de vrees en de neiging om zich toch vooral op technische medische interventies te focussen.

Een vicieuze cirkel situatie waarbij het ongeloof in de effecten van een psychosociale benadering en een krampachtig vasthouden aan biomedische oplossingen bij de patiënten alleen maar aangewakkerd worden. Naast de hoge drempel en de hoge inspanningen die het voor chronische pijnlijders vraagt om zich te verplaatsen naar het ziekenhuis zorgt ook dit voor een lage therapietrouw met jammer genoeg het aanhouden en vaak versterken

van hun pijnklachten als gevolg.

Vanuit deze penibele situatie op de tweede en derde lijn worden de laatste jaren alle ogen en hoop gericht op een betere aanpak op de eerste lijn. In de aanbeveling van het KCE in 2017 met voorstel voor het opstarten van zorgpaden rond chronische rugpijn (naar analogie met bestaande zorgpaden voor andere chronische aandoeningen zoals diabetes en nierinsufficiëntie) wordt het grote belang van huisartsen, verpleegkundigen, kinesisten en psychologen in een multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn met klem benadrukt. Niet alleen in de aanpak, maar ook in de secundaire preventie van chronische pijn.

De huisarts is sleutelfiguur in het coördineren van de multidisciplinaire zorg en wordt erkend als de hulpverlener bij uitstek die het dichtst bij de psychosociale leefwereld van de patiënt staat. Huisartspraktijken zijn ook de ankerplaatsen waar patiënten ten alle tijde kunnen op terugvallen als de tweede of derde lijn ontoegankelijk is of niets meer te bieden heeft.

Tot op heden is er echter een groot gebrek aan kennis en opleidingsmogelijkheden inzake neurobiologische pijn-fysiologie, pijneducatie, toepassing van een biopsychosociale benadering en interdisciplinaire samenwerking. Het KCE beveelt dan ook aan dat hier dringend werk moet van gemaakt worden in alle geledingen van de opleidingen van gezondheidswerkers.

Mijn praktijkonderzoek waarbij chronische pijnpatiënten in groepen bijeengebracht werden in hun eigen vertrouwde dokterspraktijk en een multifocaal programma aangeboden kregen vanuit een biopsychosociale benadering is zeer hoopgevend en aanmoedigend, ondanks alle fouten en problemen van een pilootproject in zijn kinderschoenen.

Alle deelnemers die de lessenreeks volledig volgden (17 van de 37) waren unaniem positief en voelden zich nadien sterker en positiever, met een meer genuanceerde en minder catastroferende houding tegenover hun pijn. Alle aspecten van de cursus werden als positief en belangrijk geëvalueerd, zowel de pijneducatie, de cognitief-gedragstherapeutische inbreng, de acceptance and commitment insteek als de relaxatie en stressreducerende oefeningen. Wie de 5 lessen volledig afwerkte ervaaarde ook het gevoel van enkel nog maar het aperitief geproefd te hebben en dit graag in een meer langdurige groepsaanpak te willen verderzetten.

Onze dokterspraktijken van Geneeskunde voor het Volk, en in extensie alle andere forfaitaire eerstelijnscentra zoals de wijkgezondheidscentra en de *maison médicales* langs Franstalige zijde bieden alle voordelen en mogelijkheden om dit verder uit te bouwen en zodoende de internationale richtlijnen inzake aanpak van chronische pijn in de eerste lijn op efficiënte wijze te organiseren.

**1.** Sinds de oprichting van de dokterspraktijken van Geneeskunde voor het Volk is het onze visie om ziekte en gezondheid vanuit een biopsychosociaal perspectief te benaderen. In groot contrast met de biomedische specialistenwereld in de ziekenhuizen zit het bij ons als het ware in onze genen om niet alleen onze biomedische bril en stethoscoop te hanteren, maar ook heel de psychosociale familiale, werkgerelateerde en maatschappelijke leefwereld van onze patiënten in kaart te brengen en hiermee op verschillende niveau's aan de slag te gaan. (Visie en missie van Geneeskunde voor het Volk, 2009)<sup>72</sup>

Ziekte en gezondheid zijn geen individuele verantwoordelijkheid. Het neoliberale maatschappijmodel met haar torenhoge economische eisen maakt mensen ziek en plakt hen die dit onhoudbare ritme niet kunnen volgen en gekraakt moeten afhaken het label van zwakkelingen en profiteurs op het voorhoofd (Verhaeghe, 2013)<sup>73</sup>. In het verlengde hiervan is chronische ziekte met aanhoudende pijnklachten vaak een logisch en onoverkomenlijk gevolg.

**2.** Een groepstherapeutisch aanbod is een logische verdere stap in de realisatie van onze intrinsieke missie om onze patiënten te empoweren in een collectieve aanpak van hun gezondheidsproblemen, als antwoord op en alternatief voor een individuele aanpak waarbij patiënten afhankelijk gemaakt worden van een prestatie- en consumptiegerichte gezondheidszorg vanuit een puur biomedische insteek.

Ik zie het als een emancipatorisch proces waarbij onze patiënten vanuit een vertrouwde doch afhankelijke arts-patiëntrelatie kunnen groeien in een vertrouwensvolle groepsrelatie waarbij het groepsgebeuren zorgt voor wederzijdse sociale steun en erkenning bij lotgenoten die de kracht van de therapie en het mentaliserend vermogen van de arts ver overstijgt. In een laatste etappe zie ik deze pijngroepen onafhankelijk functioneren vanuit een solidaire groepscohesie. We zijn tenslotte allemaal *supersamenwerkers*, (Dr. Van Duppen, Hoebeke 2016)<sup>74</sup> en mijn geloof in de kracht en de noodzaak van sociale groepscohesie voor de gezondheid van elk individu geeft mij inspiratie en vertrouwen om hierop verder in te zetten.

**3.** Uiteraard zorgt het format van onze eerstelijns gezondheidscentra er voor dat wij het gewoon zijn om interdisciplinair samen te werken onder één dak. Onze patiënten zijn het gewoon om binnen de dokterspraktijk te kunnen beroep doen op artsen, verpleegkundigen, psychologen en in sommige van onze praktijken ook kinesisten. We organiseren op zeer regelmatige basis interdisciplinaire overlegmomenten en medische teams die het mogelijk maken om in teamverband onze patiënten zo goed als mogelijk integraal te kunnen omkaderen.

**4.** Wat betreft het verder uitwerken van een biopsychosociale multifocale groepsaanpak van chronische pijn hebben we met dit pilootproject zoals in de inleiding reeds aangehaald werd nog maar enkel het aperitief geproefd.

De hoofdschotel en het dessert hebben we in de toekomst nog verder uit te werken.

Ik denk hierbij aan het verder uitbouwen van de interdisciplinaire samenwerking in functie van de groepstherapie in de dokterspraktijk. De verpleegkundige, psycholoog, kinesist en sociaal assistent van de praktijk kunnen mee ingeschakeld worden in de uitwerking van deelaspecten van de groepstherapie. De verpleegkundige zou mee de pijneducatie kunnen geven, de psycholoog aspecten van de cognitieve gedragstherapie, acceptance and commitment therapie en het stress-beheer, de kinesist de mindful-movement oefeningen en de sociaal assistent aspecten van financiële, administratieve en maatschappelijke aard. Dit binnen het kader van een vaste groepsstructuur in een eerste fase begeleid door mezelf als groepstherapeut teneinde de groepscohesie te bewaken en te ondersteunen.

Ik denk dat we met onze 11 interdisciplinaire groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk een pioniersrol kunnen vervullen in de uitbouw van professionele goed georganiseerde pijnteams in onze eerstelijns gezondheidscentra. Dit kan bij uitbreiding naar alle andere forfaitaire eerstelijnscentra een doorbraak betekenen in de realisatie van een op wetenschappelijke evidentie gebaseerde, toegankelijke multimodale biopsychosociale groepsaanpak van chronische pijn, dicht bij de patiënten in hun eigen vertrouwde dokterspraktijk.

Uiteraard zal eerst werk moeten gemaakt worden van aangepaste bijscholingen rond biopsychosociale pijn rehabilitatie voor alle betrokken gezondheidswerkers in de groepspraktijk.

Als pionier, arts, psychotherapeut met bijkomend gespecialiseerd groepstherapie-certificaat en een certificaat in 'advanced training in biopsychosocial chronic pain rehabilitation' zie ik het als mijn uitdaging en verantwoordelijkheid om mijn kennis en ervaring te delen met collega's op het terrein als aanzet tot de uitbouw van professionele pijnteams in onze dokterspraktijken.

Naast de gezondheidswinst voor onze patiënten, laat ik de berekening van de economische winst en winst in de gezondheidszorguitgaven over aan onze federale gezondheidseconomen en bevoegde kabinet van volksgezondheid.

*Een toegankelijke eerstelijns groepspraktijk in elke wijk!* Geen lege slogan, maar een wetenschappelijk onderbouwde noodzaak voor ondermeer de uitbouw van een goede en toegankelijke begeleiding van de 2.970.000 belgen die chronisch pijn lijden.



## LITERATUUR

1. Langley PC. *The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union*. Curr Med Res Opin. 2011-02-27 (2)
2. *Gezondheidsenquête België*, Wetenschappelijk Instituut volksgezondheid - Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. 2008
3. *Gezondheidsenquête België*, Wetenschappelijk Instituut volksgezondheid - Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. 2013
4. *Pain Proposal: De huidige en toekomstige behandeling van chronische pijn verbeteren*. 2010
5. Delrue E.: *Chronische pijn kost 11,6 miljard euro per jaar*. De morgen 2012-01-23
6. Berquin A., Faymonville M.E., Deseure K., Van Liefferinge A.S., Celentano J., Crombez G., Vlaeyen J., Hans G.: *Aanpak van chronische pijn in België: Verleden, heden en toekomst, wetenschappelijk consensusrapport opgesteld ter evaluatie van de proefprojecten inzake chronische pijn, uitgevoerd in het kader van het programma voor chronische ziekten*. 2011
7. Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., Turk D.C.: *The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions*. Psychol Bull 2007. 133; 581-624
8. Day M., Thorn B., Burn J.: *The Continuing Evolution of Biopsychosocial Interventions for Chronic Pain*; Journal of Cognitive Psychotherapy 2012, Volume 26.2
9. Gatchel R., Fuchs R., Peters M., Turk D.: *The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain*; Scientific Advances and Future Directions, Psychological Bulletin 2007, Vol.133, No 4, pp 581-624
10. Edwards R., Dworkin R., Sullivan M., Turk D.: *The role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain*, The journal of Pain, 2016, Vol.17, No9
11. Dennis C., Turk D., Robert J., Gatchel R.: *Psychological approaches to pain management, a practitioners's handbook*, Third edition 2018
12. Blumer D., Heilbronn M.: *Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1982, pp 170; 381-406
13. Asmundson, G.J.G., Katz, J.; *Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. Depression and anxiety*, 2009 / 26, 898-901
14. Anderson K., Green C., Payne R., *Racial and ethnic disparities in pain: Causes and consequences of unequal care*, Journal of Pain, 2015 / 10, pp 1187-1204
15. Goubert L., Vlaeyen J.W.S., Crombez G., Craig KD.: *Learning about pain from others. An observational learning account*. Journal of Pain, 2011/ 12, pp 167-174
16. Henschke N.K., Ostelo R.W., Van Tulder M.W., Vlaeyen J.W., Morley S.K., Assendelft W.J., et al: *Behavioural treatment for chronic low-back pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010 / 7, CD002014
17. Crombez G., Eccleston C.K., Van Damme S.K., Vlaeyen J.W., Karoly P.K., *Fear-avoidance model of chronic pain: The next generation*. Clinical Journal of Pain, 2012/ 28, pp 98-102
18. Okifuji A.K., Turk D.C.: *The influence of the psychological environment in pain comorbidities*. In M.S Giamberardino & T.S.Jensen (Eds.), *Pain comorbidities: Understanding and treating the complex patient*, 2012, Seattle, WA: IASP Press
19. Burns J.W., Glenn B.K., Bruehl S.K., Harden R.N., Lofland K., *Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: A replication and extension of a cross-lagged panel analysis*. Behaviour Research and Therapy, 2003 / 41, pp 1163-1182
20. Arnstein P.: *The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain*

patients. Disability and Rehabilitation, 2000 / 22, pp 79-801

21. Seminowicz D.A., Davis D.: *Cortical responses to pain in healthy individuals depends on pain catastrophizing*, Pain, 2006, pp: 120, 297-306
22. Benyon K., Hill S.K., Zadurian N., Mallen C.: *Coping strategies and self-efficacy as predictors of outcome in osteoarthritis: A systematic review*, Musculoskeletal Care, 2010 / 8, 224-236
23. Merskey H.K., Bogduk N., *Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, Pain, 1986 / 3, S1-S225
24. Lumley M.A., Cohen J., Borszcz G.S., Cano A., Radcliffe A.M., Porter L.S., et al.: *Pain and emotion: A biopsychosocial review of recent research*. Journal of Clinical Psychology, 2011 / 67, pp 942-968
25. Okifuji A.K., Turk D.C., Sherman J.J.: *Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed?* Journal of Rheumatology, 2000 / 27, pp 212-219
26. Crombez G., Eccleston C., Van Damme S.K., Vlaeyen J.W., Karoly P.: *Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation*. Clinical Journal of Pain, 2012 / 20, pp 98-102
27. Bruehl S., Burns J.W., Chung O.Y.: *Pain-related effects of trait anger expressions: Neural substrates and the role of endogenous opioid mechanisms*, Neuroscience Biobehavioral Review, 2009 / 33, pp 475-491
28. Keefe F., Beupre P., Rumble M., Kelleher S., Van Denburg A., *Group Therapy for patients with Chronic pain, Psychological approaches to pain management*, third edition, 2018, chapter 10, pp 205-229
29. British Pain Society: *A practical guide for the provision of chronic pain services for adults in primary care*. 2004
30. British Pain Society: *Recommended guidelines for pain management programmes for adults*. 2007
31. Sanders S.H., Harden R.N., Vicente PJ: *Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients*. Pain Practice 2005 / 5, pp 303-315
32. Cherkin D.C., Sherman K.J., Balderson B.H., Cook A.J., Anderson M.L., Hawkes R.J., et al: *Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial*. Journal of the American Medical Association, 2016 / 315 (12), pp 1240-1249
33. Lamb S.D., Hansen Z., Lall RK, Castelnovo E., Withers E.J., Nichols V., et al.: *Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: A randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis*. Lancet, 2010 / 375, pp 916-923
34. Morley S., Eccleston C., Williams A.: *A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavioral therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache*. Pain, 1999 / 80 (1-2), pp 1-13
35. Daltroy L.H., Liang M.H.: *Patient education in the rheumatic diseases: A research agenda*. Arthritis and Rheumatism, 1988 / I (3), pp 161-169
36. Goepfing J., Arthur M.W., Baglioni A.J., Brunk S.E., Brunner C.M.: *A reexamination of the effectiveness of self-care education for persons with arthritis*, Arthritis and Rheumatism, 1989 / 32 (6), pp 706-716
37. Risendal B., Dwyer A., Seidel R., Lorig K., Katzenmeyer C., Coombs L., et al.: *Adaptation of the chronic disease self-management program for cancer survivors: Feasibility, acceptability, and lessons for implementation*. Journal of Cancer education, 2014 / 29 (4), pp 762-771
38. Butler D.S., Moseley G.L.: *Explain pain* (ev., updated, 2nd ed.) 2013, Adelaide City West, South

Australia: Noigroup

39. Arthur A.R., Edwards C., *An evaluation of support groups for patients with long-term chronic pain and complex psychosocial difficulties*. European journal of Psychotherapy and Counselling, 2005 / 7 (3), pp 169-180
40. Brown L.A., Gaudiano B.A., Miller I.W.: *Investigating the similarities and differences between practitioners of second- and third-wave cognitive-behavioral therapies*. Behavior Modification, 2011 / 35 (2), pp 187-200
41. Purdy J.: *Chronic physical illness: A psychophysiological approach for chronic physical illness*. Yale journal of Biological Medicine, 2013 / 86 (1), pp 15-28
42. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J., Jasser S.A., Beasley D.: *Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice*. Journal of Psychosomatic Research, 2010 / 68 (1), pp 29-36
43. Wetherell J.L., Afari N., Rutledge T., Sorrell J.T., Stoddard J.A., Petkus A.J., et al.: *A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain*. Pain, 2011 / 152 (9), pp 2098-2107
44. Turk DC, Dworkin R.H., McDermott M.P., Bellamy N., Burke L.B., et al.: *Analyzing multiple endpoints in clinical trials of pain treatments: IMMPACT recommendations. Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials*. Pain, 2008 / 139, pp 485-93
45. Van Oosterwijck J., Meeus M., Paul L., De Schryver M., Pascal A., Lambrecht I., Nijs J.: *Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia: a double-blind randomized controlled trial*. Clin J Pain, 2013 / 29, pp 873-882
46. Moseley L., Butler D.: *Fifteen years of explaining Pain: The Past, Present, and Future, critical Review*, The journal of Pain, 2015 / 16 (9), pp 807-813
47. Nijs J., Van Wilgen P., Van Oosterwijck J., Van Ittersum M., Meeus M.: *How to explain central sensitization to patients with unexplained chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines*, Manual Therapy, 2011 / 16, pp 413-418
48. Williams D.A., *The importance of psychological Assessment in chronic pain*, PubMedPMID, 2013-04-11; 368(15);1388-97
49. Turk DC., Fillingim R.B., Ohrbach R., Patel K.V.: *Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain*. J Pain, 2016,17: T21-T49
50. Hofmann S.G., Admundson G.J.: *Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?* Clinical Psychology Review, 2008 / 28(1), pp 1-16
51. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A., Lillis J.: *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*, Behaviour Research and Therapy, 2006 / 44 (1), pp 1-25
52. Che X., Cash R., Ng S., Fitzgerald P.A.: *Systematic review of the Processes underlying the Main and the Buffering Effect of Social Support on the Experience of Pain*, Pain, 2018 / 34 (11), pp 1061-1076
53. Krahé C., Springer A., Weinman J.A., Fotopoulou A.: *The social Modulation of Pain: Others as predictive Signals of Salience- a systematic Review*, Front Hum Neurosc, 2013 / 7, p 386
54. Uchino B.: *Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying links to Disease Outcomes*, Journal of Behavioral Medicine, 2006 / 29 (4), pp 377-387
55. Sturgeon J., Zautra A., *Social pain and physical pain: Shared paths to resilience*, Pain Management, 2016, jan 6 (1), pp 63-74
56. Edmond S., Keefe F.: *Validating pain communication: Current state of the science*, Pain, 2015 / 156 (2), pp 215-219

57. Cano A., Williams A., *Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy*, Pain, 2010 / 149 (1), pp 9-11
58. Miciak M., Gross D.P., Joyce A.: *A review of the psychotherapeutic 'common factors' model and its application in physical therapy: the need to consider general effects in physical therapy practice*, Scandinavian journal of caring sciences, 2011 / 10, pp 1471-6712
59. Hall A.M., Ferreira P.H., Maher C.G., Latimer J., Ferreira M.L.: *The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review*, Phys Ther. 2010, aug.90 (8), pp 1099-110
60. Adler H., *The Sociophysiology of Caring in the Doctor-patient Relationship*, J.Gen intern Med. 2002 nov, 17 (11), pp 883-890
61. Benedetti F., *Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship*, Physiol Rev, 2013 / 93, 1207-1246
62. Joshua A., Rash MS., et al.: *Oxytocin and Pain, A systematic Review and synthesis of Findings*, Clin J Pain 2013
63. Annemans L., *De prijs van uw gezondheid. Is onze gezondheid in gevaar*, Tielt, 2014
64. Ziekenzorg CM, MCP, *Ruggensteun, 't Lichtpuntje. Bevraging bij mensen met chronische pijn*, februari 2001
65. [www.ABVV.be](http://www.ABVV.be), *Het ABVV veroordeelt "de jacht op zieke werknemers"*, persbericht, dinsdag 8 mei 2018
66. Newton-John T., Geddes J.: *The non-specific effects of group-based cognitive-behavioural treatment of chronic pain*, Chronic Illness, 2008 / 4, pp 199-208
67. Yalom I., edn: *The theory and practice of group psychotherapy*, 4th edn. New York, Harpers Collins, 1995
68. Finlay K., Peacocke S., Elander J.: *Developing successful social support: An interpretative phenomenological analysis of mechanisms and processes in a chronic pain support group*, Psychology & Health, 2018, 33:7, pp 846-871
69. Inagaki T., Haltom K., et al.: *The neurobiology of giving versus receiving support: The role of stress-related and social reward-related neural activity*, Psychosom Med., 2016, mai, 78(4), pp 443-453
70. Jonckheer P., Desomer A., Depreitere B., et al.: *Lage rugpijn en radiculare pijn: kernelementen van een zorgpad-Synthese*, Health Services Research (HSR), Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 295As. D/2017/10.273/84
71. <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/consensusvergaderingen-juryrapport.aspx>
72. <http://gvhv-mplp.be/docs/gvhv-visietekst.pdf>
73. Verhaeghe P.: *Het einde van de psychotherapie*, 2017, De bezige Bij
74. Van Duppen D., Hoebeke J.: *De super samenwerker*, 2016, EPO

## GROEPSCURSUS : GRIP OP LANGDURIGE PIJN

Groepspraktijk Geneeskunde voor het Volk Hoboken

olv Leen Vermeulen (huisarts en psychotherapeut) en Rody Verhage (psycholoog)

Deze cursus richt zich tot alle patiënten die minstens 6 maanden of langer kampen met aanhoudende pijnklachten op een of meerdere plaatsen in hun lichaam.

Het maakt niet uit welke diagnose of welke verklaring men al dan niet aan jouw pijnklachten heeft gegeven.

### Doel van de cursus:

- Onder lotgenoten ervaringen en erkenning kunnen uitwisselen. Zich begrepen voelen
- We spenderen veel tijd aan een begrijpelijke uitleg over de functie van pijn en hoe pijn zich na verloop van tijd als een chronisch signaal blijft manifesteren, ook als het letsel of de ziekte al lang zou moeten genezen zijn.
- Je pijn begrijpen laat toe om er zelf terug controle over te krijgen. We onderzoeken hoe je zelf je herstel kan bevorderen.
- We bekijken samen hoe gedachten en gevoelens je pijn kunnen beïnvloeden
- We doen samen ademhalingsoefeningen, relaxatieoefeningen en oefeningen omtrent gedachten en gevoelens

### Data:

- maandag 14 januari 10-12.30
- maandag 21 januari 10-12.30
- maandag 28 januari 10-12.30
- maandag 4 februari 10-12.30
- maandag 11 februari 10-12.30

WE WERKEN MET EEN GESLOTEN GROEP VAN 6-8 MENSEN. JE SCHRIJFT IN VOOR DE 5 LESSEN. HET IS BELANGRIJK DAT JE ELKE KEER AANWEZIG BENT, want de inhoud bouwt verder op de vorige bijeenkomst. **INSCHRIJF JE IN VIA JE HUISARTS OP DE CONSULTATIE**



“Het leven vraagt ons niet om te wachten tot de storm over is, maar wel om te leren dansen in de regen”

LES 1 : 14 januari 2019

## 1/ AFSPRAKEN

de WAAW-code

W We luisteren naar elkaar en praten niet door elkaar

A Alle menen zijn gelijkwaardig, we roddelen niet over anderen

A Alles wat hierin vertrouwen verteld wordt, blijft binnen de groep

W We steunen elkaar door dik en dun, niets kan dat veranderen

- niet vroeger weglopen
- stipt stoppen
- alle lessen volgen
- iedereen is vrij om te vertellen wat hij wil, alles kan, niets moet
- pauze halverwege

## 2/KENNISMAKING

– 5 minuten speed-daten per 2 : wie is mijn buur, welke pijn, hoe lang, welke verwachtingen van de cursus

– voorstelling Rody en Leen

## 3/BEDOELING VAN DE CURSUS

Pijn-educatie: pijn begrijpen, ons lichaam beter begrijpen, een plaats geven aan pijn, er vat op krijgen, er beter mee omgaan. We kunnen niet beloven om jullie helemaal pijnvrij te maken

## 4/ ONTSPANNINGSOEFENING

Lichaamsfocus op adem en op pijnvrije en pijnlijke zones

## 5/Inkleuren van figuurtje met pijnlijke en pijnvrije zones in ons lichaam

## 6/ PAUSE

## 7/PSYCHOEDUCATIE

- functie van pijn
- ons zenuwstelsel als pijnregulatie-stelsel: hoe ontstaat acute en chronische pijn
- wat is het verschil
- het begrip SENSITISATIE



GRIP OP PIJN  
cursus HOBOKEN Geneeskunde voor het Volk

“Het leven vraagt ons niet om te wachten tot de storm over is,  
maar wel om te leren dansen in de regen”

LES 2 : 21 januari 2019

### 1/AFSPRAKEN

Waaw-code

We luisteren naar elkaar, en praten niet door elkaar

Alle mensen zijn gelijkwaardig, we roddelen niet over elkaar

A Alles wat hier in vertrouwen verteld wordt, blijft binnen de groep

W We steunen elkaar

- niet vroeger weglopen
- stipt stoppen
- alle lessen volgen
- iedereen is vrij om te vertellen wat hij wil, alles kan, niets moet
- pause op vraag, zoniet halverwege

### 2/HERHALING

Wat is er bij gebeven uit vorige les?

Het begrip SENSITISATIE

**3/Inkleuren** van onze pijnlijke en pijnloze lichaamszones: hoe zitten we er vandaag bij ?

### 4/ ONTSPANNINGSOEFENING

Mindfull movement

**5/PSYCHOEDUCATIE:** Hoe kan het brein onze pijn beïnvloeden

Bij afferente STIMULATIE stuurt het brein pijnversterkende stoffen/hormonen naar het ruggemerg waardoor het signaal dat daar toekomt versterkt wordt en de pijn erger wordt

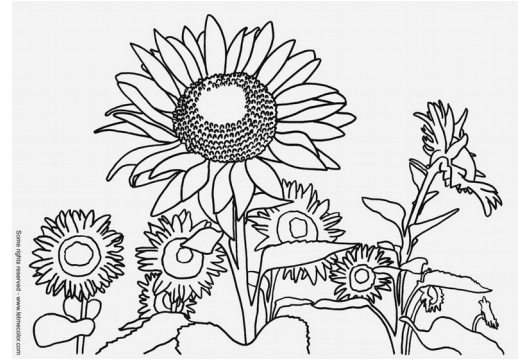
Bij afferente DIMINUTIE stuurt het brein pijn dempende stoffen/hormonen naar het ruggemerg waardoor het signaal dat daar toekomt verminderd wordt en de pijn minder wordt

Per 2 10 min breinstormen, eigen voorbeelden

- verwachtingen
- bedreiging – angst – motivatie voor beschermend gedrag(vermijden)
  - angst voor pijn, angst voor weefselbeschadiging, angst voor pijnimpact op levenskwaliteit
- zorgen : waarom heb ik pijn? Welke gevolgen? Wat als ? : doemdenken/veralgemenen
- doel conflict : levensdoelen ingeperkt door pijnvermijding
- emoties
- omgevingsfactoren/stress
- vermoeidheid

**6/ Huiswerk:** Bedenk alle waardevolle/positieve aspecten uit je leven ( iets wat je doet/bent omdat je het belangrijk vindt en waar je energie/genot/plezier uit haalt )

Hoeveel tijd neemt dit in in je leven ? Hoeveel zou je willen dat het inneemt? Waardoor wordt de rest van de tijd ingenomen?



“Het leven vraagt ons niet om te wachten tot de storm  
over is,  
maar wel om te leren dansen in de regen”

LES 3 : 28 januari 2019

## 1Afspraken

## 2/ HERHALING

- les 1: sensitisatie
- les 2: afferente stimulatie en diminutie

## 3/AANVULLINGEN VORIGE LES

- voorbeelden van hoe ons brein onze pijn beïnvloedt
- welke fysiologische mechanismes:
  - A/ pain modulatory pathway: pijn-regulatie systeem:
    - prefrontale cortex : afscheiding van endogene opioïden (endorfine), cannabinoiden (anandamide)
    - hypothalamus : aanmaak van oxytocine
    - ruggemerg
  - B/brain's reward network: bij het anticiperen op pijn vermindering
  - nucleus accumbens: afscheiden van dopamine, serotonine, opioïden,
  - C/ anxiety pathway:
    - pijn verwachten – verhoogde angst: hersenstam zorgt voor afscheiden van CCK
    - CCK blokkeert de werking van opioïden

Al deze neurotransmitters en hormonen die een rol spelen in de pijn vermindering vanuit onze hersenen zijn dezelfde chemische stoffen die een rol spelen in ons geluksgevoel

Een positieve mindset, verhoogt ons geluksgevoel, en vermindert onze pijnklachten waardoor onze levenskwaliteit en ons geluk toeneemt

## 4/ONTSPANNINGSOEFENING

visualisatie van een rustgevende, gelukzalige omgeving

## 5/terugkoppeling huiswerk les 2: waardevolle/positieve aspecten uit je leven

uittekenen in een levenscirkel: Hoe groot is het stuk taart ? Wat zit er in de andere stukken taart?

Hoe zou je willen dat je taart er uit zag? Welke stukken groter? Kleiner? Andere stukken?

Focus op belangrijke positieve doelen in je leven die jouw geluksgevoel kunnen verbeteren en als aangename bijwerking zal je pijn verminderen en je levenskwaliteit verbeteren.

## 6/Huiswerk les 3: Noteer elke avond 3 positieve dingen van de dag





GRIP OP PIJN  
cursus HOBOKEN Geneeskunde voor het Volk

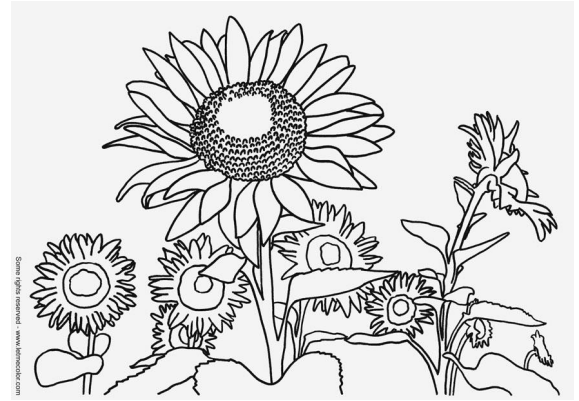
“Het leven vraagt ons niet om te wachten tot de storm over is, maar wel om te leren dansen in de regen”

LES 4 : 4 februari 2019

1/Afspraken

**2/HERHALING**

- les 1: sensitisatie
- les 2: afferente stimulatie en diminutie
- les 3: alle hormonen en neurotransmitters die een rol spelen in de pijn vermindering vanuit onze hersenen zijn dezelfde chemische stoffen die een rol spelen in ons geluksgevoel met name: oxytocine, serotonine, dopamine, noradrenaline...



**3/HET GROENE FLESJE**

Wat voel je bij het eerste verhaal? Welke emotie? Welk gevoel in je lichaam?  
Voel je een verschil in je lichaam bij het tweede verhaal?

**4/TERUGKOPPELING HUISWERK:**

3 positieve dingen per dag

**5/DE TAART VAN ONS LEVEN**

- zien we vooral de groene stukken of vooral de rode?
- Kan ik erkentelijk en dankbaar zijn voor de positieve zaken in mijn leven of wordt alles overschaduwed door een veralgemeende emotionele en fysieke pijn?
- Kunnen we de groene stukken groter maken? Wat is daar voor nodig? Welke levendoelen stel ik mezelf om de kwaliteit van mijn leven te verbeteren?
- Een positieve mindset in onze dagelijkse bezigheden verhoogt de vrijstelling van oxytocine, serotonine, dopamine,.... Verhoogt dus ons geluksgevoel en heeft een algemeen pijnverminderend effect

Je kan beter overdreven positief en hoopvol zijn, overtuigd van het positieve effect van wat je van plan bent te doen, dan nuchter “realistisch” of pessimistisch. Laat je nooit ontmoedigen

**6/MAATSCHAPPELIJKE INVLOEDEN**

Hoe beïnvloedt dit onze gedachten ? Ons gedrag? Onze pijn ?

**6/CONSTRUCTIEVE VERSUS DESTRUCTIEVE GEDACHTEN**

Welke gedachten zijn helpend en welke niet ?

Hoe je gedachten ombuigen zodat ook je gevoel ,je gedrag en je pijn mee de positieve kant ombuigt

**7/Huiswerk les 4: Noteer een ervaring waarin je je gedachten hebt kunnen ombuigen**

“weten is niet genoeg, we moeten het toepassen  
willen is niet genoeg, we moeten het doen “

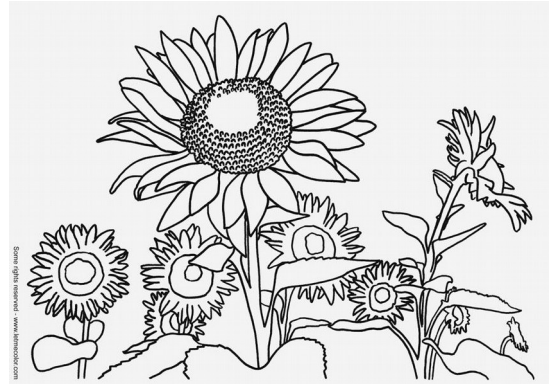
GRIP OP PIJN  
cursus HOBOKEN Geneeskunde voor het Volk

“Het leven vraagt ons niet om te wachten tot de storm over is, maar wel om te leren dansen in de regen”

LES 5 : 11 februari 2019

1/ HERHALING:

Les 3: hormonen en neurotransmitters die een rol spelen in de vermindering van pijn vanuit onze hersenen zijn dezelfde chemische stoffen die een rol spelen in ons geluksgevoel



Les 4: De bril waardoor we kijken en de wereld die we ervaren observeren bepaalt hoe we ons voelen en gedragen. Deze “filter” kan vooral negatieve of vooral positieve ervaringen/interpretaties doorlaten. Hoe kunnen we nu de productie van gelukshormonen zelf aanwakkeren? Door onze gedachten te observeren en automatische gedachten (die vaak negatief zijn) in vraag te stellen en om te buigen tot constructieve, helpende gedachten. Zo stellen we onze filter bij met een positieve mindset met een rechtstreekse invloed op onze pijn.

5G's: gebeurtenis – gedachte – gevoel – gedrag – gevolg

2/TERUGKOPPELING HUISWERK:

Een ervaring waarin je je gedachten hebt kunnen ombuigen

3/WELKE GEDACHTEN ZIJN HELPEND

om mij een beter gevoel te geven en zodoende mijn pijn te verminderen (door centrale pijn inhibitie tgv gelukshormonen)

4/ EVALUATIE

