

Cognitief-gedragsmatige aanpak brengt mensen in beweging

Herstellen met pijn

Kees Venselaar, GZ-psycholoog, RealHealth/Sint Maartenskliniek Nijmegen, eveneens werkzaam in de eerste lijn

Correspondentieadres:
info@keesvenselaar.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Shutterstock

Een operatie of pijnbestrijding: bij 80 procent van de mensen met chronische lagerugpijn zet het geen zoden aan de dijk. Ze moeten ermee leven. De Sint Maartenskliniek biedt een training van twee weken waarin zij grip leren krijgen op hun pijn, conditie en functioneren.

In de Sint Maartenskliniek in Nijmegen zien de orthopedisch chirurgen veel mensen met benigne chronische lagerugpijn. Per week gaat het om zo'n 50 nieuwe patiënten. Vaak betreft het een second opinion bij mensen die elders al consulten en behandelingen achter de rug hebben. Van hen komt slechts een op de tien in aanmerking voor een operatie, en eveneens 10 procent voor pijnbestrijding. Dit betekent dat voor acht van de tien mensen tot voor kort geen behandeling beschikbaar was. De orthopedisch chirurgen vonden dit erg onbevredigend en gingen op zoek naar nieuwe, aanvullende behandelmogelijkheden.

Zaagtandfenomeen

Patiënten met chronische rugpijn weten meestal niet hoe ze met die pijn toch enigszins

Patiënten weten vaak niet hoe ze met pijn enigszins normaal kunnen functioneren

normaal kunnen functioneren. In afwachting van het verdwijnen van de klachten door een medische behandeling, doen ze bij perioden te veel. Daardoor gaat hun conditie achteruit. Omdat de klachten dan te hevig worden,

doen ze vervolgens een tijdje rustig aan, wat bijdraagt aan het verder verslechteren van de conditie. Dit zogenaamde zaagtandfenomeen leidt op lange termijn tot een gestage afname van de conditie. Daarnaast is een deel van de mensen ook angstig de lichamelijke beschadiging of de pijn te verergeren door actief te zijn (bewegingsangst). Ook dit leidt tot een afname van de conditie – in het algemeen of voor een bepaalde activiteit. Bij acute klachten, zoals een gescheurde enkelband of een gebroken been, en een beperkte rustperiode is dit niet zo erg. Bij chronische klachten leidt conditionele afbouw echter tot een gestage achteruitgang in het functioneren. Dit betekent dat de pijn bij een steeds lager activiteitsniveau optreedt. Omdat mensen voelen dat ze in een jaar tijd flink hebben ingeleverd ('vorig jaar kon ik nog twee uur wandelen, nu nog maar één'), wordt de gedachte bevestigd dat er iets goed mis is. Vaak betekent dit een nieuwe gang naar de dokter en een nieuw verzoek om beeldvormend onderzoek; nu zal immers 'wel duidelijk worden dat er echt iets niet klopt'. Toch wordt dan bijvoorbeeld op een MRI-scan vaak geen verschil gevonden met eerder onderzoek. Daarmee blijft voor de patiënt onduidelijk wat de oorzaak is van de afname in het functioneren.

Aan de slag

Sinds de jaren zeventig bestaan er programma's om patiënten te leren met hun klachten om te gaan en tegelijkertijd weer conditie op te bouwen. Kenmerkend hiervoor is dat de aandacht niet is gericht op het verminderen van de pijn,



maar op het veranderen van het gedrag als er pijn is. Dit vergt voor de meeste mensen een grote omslag in hun denken. Waar hun hoop was gericht op de specialist die hen van de klachten ging afhelpen, moeten ze nu zelf aan de slag.

Cognitief-gedragsmatige programma's waarin gedachten en gedrag in samenhang worden aangepakt, zijn bewezen effectief. Pijnmanagementprogramma's gebaseerd op deze principes zijn voor Nederland niet nieuw. Helaas is dit type behandeling slechts beperkt beschikbaar. In de somatische zorg zijn dit soort cognitieve gedragstherapeutische programma's ongebruikelijk; de geestelijke gezondheidszorg weet weer niet zo goed raad met de somatische aspecten. Dit staat in schril contrast met het aantal mensen met chronische lagerugpijn. Volgens RIVM-cijfers bezoeken jaarlijks 1,6 miljoen mensen met deze klachten de huisarts, met een gemiddelde van twee consulten. In 90 procent van de gevallen lukt het niet om een duidelijke diagnose te stellen en is er weinig perspectief op een effectieve medisch-technische behandeling.

Hotel

Het RealHealth Institute in Londen heeft ervaring met het trainen van mensen met chronische pijnklachten, zodat zij met hun klachten weer normaal kunnen functioneren. Het instituut ontwikkelde voor de Nijmeegse Sint Maartenskliniek een groepstraining (maximaal 10 deelnemers) op basis van cognitief-gedragsmatige principes. Nieuw voor Nederland is dat de groep gedurende twee trainingsweken in een hotel verblijft. Met opzet is gekozen voor een plek

buiten de kliniek. Dit benadrukt dat het niet om een behandeling door medisch specialisten gaat, maar een training die pas resultaat heeft na toepassing van het geleerde.

Het programma omvat 'ziekenhuisverplaatste' zorg en valt zodoende onder de gewone ziekenhuisfinanciering. De orthopedisch chirurg van de Sint Maartenskliniek is als poortspecialist volledig verantwoordelijk voor deze niet-operatieve interventie. Potentiële deelnemers worden door hem doorverwezen en blijven tijdens de training onder zijn verantwoordelijkheid. De orthopedisch chirurg stelt van tevoren de diagnose, of er geen indicatie is voor een chirurgische ingreep en gaat na of de rug ondanks de vaak hevige pijn min of meer

Het gaat om het veranderen van de gedachte over pijn



SAMENVATTING

- Mensen met benigne chronische lagerugpijn zijn gebaat bij het aanpassen van hun gedrag aan de veranderde situatie.
- Hoe sneller ze dat doen, hoe beter; na enkele weken met klachten treden er immers al veranderingen in de belastbaarheid op.
- De belastbaarheid verslechtert bij te veel of te weinig doen.
- In een 10-daagse cursus leren mensen met vaak al jarenlang bestaande klachten om hun belasting zo te kiezen, dat ze hun belastbaarheid weer opbouwen.
- In plaats van af te wachten tot er hulp komt, kunnen ze nu zelf hun functioneren verbeteren.

normaal belastbaar is. Voor de training komen alleen mensen met chronische lagerugpijn in aanmerking die zijn uitgediagnosticeerd en -behandeld in het reguliere medische circuit. Ook moeten ze gemotiveerd zijn om met hun gedrag aan de slag te gaan. Exclusiecriteria zijn een leeftijd onder de 20 of boven de 65 jaar, ernstige psychiatrische problematiek en onvoldoende belastbaarheid van de rug.

Slechte dagen


In veertien dagen leren de groepsleden op een zodanige manier actief te zijn, dat ze hun conditie weer opbouwen. De training bestaat uit twee gelijke delen, gericht op het fysieke en het mentale functioneren. Kern van het programma is dat de deelnemers op goede en slechte dagen hetzelfde doen. Een goede planning is hierbij essentieel. Het niveau van de verschillende activiteiten (zitten, staan, strijken, hardlopen, koken et cetera) moet dan wel zo worden gekozen, dat het ook op mindere dagen te behalen is. Ook moeten mensen leren om op goede dagen niet meer te doen dan gepland. Als het niveau goed is gekozen, kunnen patiënten vanaf daar hun conditie opbouwen en hun activiteiten wekelijks en stapsgewijs uitbreiden.

Voor de meeste mensen is de gedragsverandering die hiervoor nodig is moeilijk. Hierbij gaat het om het veranderen van de ideeën en gedachten over de pijn. Dit gebeurt door informatie te geven (over de rug, pijn, medicatie et cetera) en de gedachten te beïnvloeden door bepaalde activiteiten en bewegingen weer uit te voeren. De training van twee weken is succesvol als mensen zover zijn dat ze dit aandurven en oppakken. Het totale programma duurt eigenlijk een jaar; mensen moeten thuis met het geleerde aan de slag. Een maand en een jaar na de training komen ze terug om te laten zien welke vooruitgang ze hebben geboekt.

Ziektewet

Zowel patiënten als verwijzers denken nog wel eens dat deelnemers na de 14-daagse training zijn genezen. Dat is niet het geval. De vooruitgang in het functioneren wordt stapje voor stapje opgebouwd in de weken en maanden erna. Als mensen vijf jaar langzaam achteruit zijn gegaan, is opbouwen tot een redelijke conditie in één jaar een heel mooi resultaat. Deelnemers die al maanden in de Ziektewet zitten, kunnen na de training dus niet meteen volledig aan de slag. Wel biedt het pijnmanagementprogramma perspectief op een verantwoorde terugkeer naar werk.

De Sint Maartenskliniek werkt nu twee jaar met het pijnmanagementprogramma. Totaal 28 groepen hebben de training van twee weken doorlopen. Hiervan hebben 11 groepen het gehele programma afgerond, inclusief de terugkomdag na een jaar. Bij de deelnemers (n=87) is het fysieke functioneren verbeterd en zijn beperkingen en bewegingsangst sterk afgenomen. Dit blijkt onder meer uit de scores op de Oswestry Disability Index (ODI), die wijzen op een duidelijke afname van de beperkingen tussen het begin en het eind van de training: in twee weken van een score van 40 naar 32 (schaal 0 – 100). Een opvallend resultaat: het is immers niet mogelijk om in zo'n korte tijd conditionele vooruitgang te boeken, maar wel om de eigen gedachten en percepties te veranderen. Dit verklaart dan ook de uiteindelijke werkelijke conditionele vooruitgang, die daarna inzet. Na een jaar is de ODI-score namelijk verder gedaald naar 25.

Ondanks het feit dat pijnafname niet het doel is van de training, is er door de conditionele vooruitgang ook sprake van een lagere score wat betreft het ervaren pijnniveau: na een jaar van 5,4 naar 3,5 op een schaal van 0 tot 10. De gunstige resultaten zijn een indicatie van de mogelijkheden die mensen met chronische lagerugpijn hebben om grip te krijgen op hun functioneren, en daarmee op hun klachten. 



Verwijzingen naar nationale en internationale websites met aanvullende informatie over chronische rugklachten, pijn en pijnbestrijding vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Daar staat ook de literatuurlijst



Literatuur

- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
- Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J, Yu L, Barker K, Collins R. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. *British Medical Journal* 2005; 330: 1233-8.
- Smeets R. Active rehabilitation for chronic low back pain: Cognitive-behavioral, physical or both? Proefschrift. Eindhoven/Maastricht, 2006.
- Asmundson G, Vlaeyen J, Crombez G. Understanding and Treating Fear of Pain. Oxford, Oxford University Press, 2004.