Samenwerking tussen de huisarts en de pijnkliniek: er is nog werk aan de winkel

Alexandre Mendonça Dantas, UGent

Promotor: Pauline Boeckxstaens, UGent

Co-promotoren: Marij Sercu, Sam Schelfout, Venessa Van Eeckhoven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 - 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context: 19% van de Europese bevolking lijdt aan chronische pijn; 40% à 78% is niet tevreden over hun behandelingen. Huisartsen voelen zich vaak onbekwaam en gefrustreerd bij het opvolgen van deze patiëntengroep. Pijnklinieken bestaan sinds WO II. Literatuur bevestigt dat zowel de eerste lijn als de pijnklinieken ontevreden zijn over de samenwerking. De pijnklinieken ervaren doorverwijzingen van huisartsen als onduidelijk geformuleerd, als "ik draag de patiënt over". Huisartsen ervaren teruggestuurde patiënten vaak als 'onvoldoende geholpen'.

Doel van dit onderzoek

1) Hoe bekijken Gentse huisartsen en de Gentse pijnklinieken elkaars rol in de behandeling van pijn, wat verwachten ze van elkaar, hoe ervaren ze hun onderlinge samenwerking

2) Hoe denken beide partijen de samenwerking te kunnen optimaliseren?

Methode: kwalitatieve analyse van semigestructureerde focusgroepgesprekken en individuele interviews met Twee Gentse huisarts-LOK-groepen en met de vier Gentse pijnklinieken.

Resultaten: Uit de huisartseninterviews blijkt dat de huisartsen patiënten vaak doorverwijzen naar de pijnkliniek wanneer zij vastzitten; dat er een zeker gebrek aan vertrouwdheid is met de werking en gang van zaken in een pijnkliniek; dat er positieve ervaringen zijn maar dat de verwachting van een multidisciplinaire patientenaanpak vaak niet wordt ingelost zoals ondermeer bij taalproblemen; Als verbeterpunten halen de huisartsen ondermeer aan: tijdige en multidisciplinaire verslagbrieven vanuit de pijnkliniek, advies rond werkonbekwaamheid.

Pijnartsen meldden dat bij een doorverwijzing door huisartsen, er vaak geen duidelijke vraagstelling is geformuleerd. Voorts vragen ze dat de huisarts de pijnpatient goed voorbereidt op de pijnkliniek om onrealistische verwachtingen te vermijden, en dat de huisarts een belangrijke rol heeft in de zorgcoördinatie: farmacovigilantie, bewaker van over-onderzoek. De pijnartsen erkennen dat het multidisciplinaire aanpakmodel moeilijk toepasbaar is in de praktijk om meerdere patiënten en logistieke redenen.

Conclusie: Zowel Gentse huisartsen als pijnartsen vinden dat er op meerdere vlakken ruimte is voor verbetering in hun onderlinge samenwerking, wat bevestigd wordt in de literatuur. Er is verder onderzoek nodig naar meerdere thema's die naar boven werden gebracht door dit onderzoek, zoals de toepassing van het multidisciplinaire model.

Inleiding

Pijn wordt gedefinieerd door de International Association for the Study of Pain (IASP) als een onplezierige sensorische en/of emotionele ervaring die in verband wordt gebracht met actuele of potentiële weefselbeschadiging[1]. Geschat wordt dat 19% van de Europese bevolking lijdt aan chronische pijn (tabel 1). Een derde van die groep beschouwt de pijn als aanzienlijk; de helft van hen geeft aan dat ze constant pijn ervaren[2]. Van die 19% pijnpatiënten geeft 40% à 78% aan niet tevreden te zijn met hun behandeling[2, 3]. Ze hebben het gevoel dat hun artsen zich eerder focussen op de onderliggende oorzaken en hun pijnklachten veronachtzamen[4].

Onderzoek toont dat huisartsen zich vaak gefrustreerd voelen bij het opvolgen van pijnpatiënten[5]. Deze frustraties zijn voornamelijk te wijten aan een gebrek aan opleiding over chronische pijn, vrees voor opioïd-afhankelijkheid en angst voor de juridische gevolgen wegens het voorschrijven van analgetica.[6]. Om die redenen zouden huisartsen patiënten doorverwijzen naar pijnklinieken[7].

Pijnklinieken zijn in het leven geroepen in de Verenigde Staten na de Tweede Wereldoorlog door de anesthesist John Bonica. Hij kwam vaak in contact met oorlogsveteranen die aan chronische pijn leden en werd zelf geconfronteerd met moeilijkheden om die gevallen aan te pakken. Bonica besefte dat het uitwisselen van ervaringen met andere collega's en disciplines het behandelen van complexe pijnpatiënten wel faciliteerde[8].

Terminologielijst – Tabel 1
Acute pijn: duurt max 3m. Geassocieerd met echte weefselschade of met een dreiging tot weefselschade[12].
Chronische pijn: duur > 3m. • Chronische primaire pijnsyndromen: de pijn staat op de voorgrond. Kunnen niet beter worden verklaard door een andere chronische pijnconditie[13]. • Chronische secundaire pijnsyndromen: de oorzaak van de pijn staat op de voorgrond. Duidelijk gekoppeld aan een onderliggende oorzaak[13].
Nociplastische pijn: pijn die ontstaat door veranderde nociceptie, ondanks het ontbreken van duidelijk bewijs van daadwerkelijke of dreigende weefselschade[14].
Multidisciplinaire pijnaanpak: multimodale behandeling, geboden door een multidisciplinair team dat samenwerkt zowel bij de beoordeling als bij de behandeling met behulp van een gedeeld biopsychosociaal model[12].
Pijneducatie: patiënt aanleren hoe chronische pijn ontstaat, wat het inhoudt, welke factoren er een rol bij spelen en welke de mogelijke doestellingen zijn voor de behandeling.
Technische handelingen: procedures die gebeuren in de pijnklinieken ogend op pijnbestrijding. Vb: epidurale infiltraties, facetdenervaties, perifere zenuwblokkades.

Literatuur bevestigt dat zowel de eerste lijn als de pijnklinieken ontevreden zijn over de samenwerking[9]. Huisartsen zijn gefrustreerd omdat ze vaak patiënten teruggestuurd krijgen zonder dat die

geholpen zijn[10]. Anderzijds zouden huisartsen patiënten doorsturen naar pijnklinieken hopend op een overdracht van hun patiënt[5]. Als zo een doorverwijzing inderdaad geen duidelijke doelstellingen heeft kunnen pijnartsen moeilijk tegemoetkomen aan onduidelijke verwachtingen.

Gent telt vier pijnklinieken, elk gesitueerd in een van de vier Gentse ziekenhuizen. Van die pijncentra hebben er twee een overeenkomst voor 'de oprichting van een multidisciplinair centrum' afgesloten met de Federale Overheid[11]. Deze overeenkomst heeft een impact op de kosten voor de patiënt: hij/zij moet geen remgeld betalen voor consultaties bij de psycholoog en/of kinesist binnen het multidisciplinair pijncentrum.

Doelstelling van ons onderzoek

1) hoe Gentse huisartsen en de Gentse pijnklinieken elkaars rol in de behandeling van pijn bekijken, wat ze van elkaar verwachten en hoe ze hun onderlinge samenwerking ervaren

2) hoe beide partijen denken de samenwerking te kunnen optimaliseren

Methode

Deze studie omvat een thematische analyse van semigestructureerde focusgroepsgesprekken en interviews, met enerzijds teams van de 4 Gentse pijnklinieken en anderzijds de huisartsen van 2 Gentse LOK-groepen.

De Deelnemers

Twee LOK-groepen van huisartsen werden in groep geïnterviewd. Die lokgroepen werden aangeleverd door twee collega's van de praktijk waar de onderzoeker werkt. De ene lokgroep bestond uit tien deelnemers, de andere uit vijf deelnemende huisartsen. Deze vijftien artsen vormden samen een gevarieerde steekproef qua leeftijd en interesses.

Alle vier de pijnklinieken waren bereid mee te werken: drie teams zijn geïnterviewd als focusgroep: één bestaande uit twee pijnartsen en één pijnverpleegkundige, één bestaande uit twee pijnartsen en een huisarts in opleiding die stage deed in de desbetreffende pijnkliniek, en één bestaande uit vier pijnartsen. In één pijnkliniek werd, omwille van logistieke redenen, het focusgroepgesprek vervangen door twee individuele interviews met twee pijnartsen.

De interviews

De focusgroep- en individuele interviews werden afgenomen door de onderzoeker, aan de hand van een semigestructureerde interviewgids (zie bijlage 1 en 2). De interviewgids werd in de loop van de interviews aangepast met informatie verkregen in de voorgaande interviews

Een informed consentformulier (zie bijlage 3) werd met de deelnemers doorgenomen en alle deelnemers hebben het document ondertekend. De interviewafname liep tussen 14 september 2023 en 13 december 2023.

Thematische analyse

De gesprekken zijn opgenomen, woordelijk getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd en gecodeerd. Aan de hand van zowel de geanticipeerde topics van de interviewgids als van nieuwe topics aangebracht door de geïnterviewden zelf werd een thematisch code-raamwerk opgesteld. De twee interview categorieën (huisarts/ pijnspecialist) werden apart van elkaar geanalyseerd.

De verdere codering van de interviewdata aan de hand van het thematisch raamwerk gebeurde met het softwarepakket NVivo 11 Pro. Eerst werden de huisartsengesprekken verwerkt en vervolgens die van de pijnspecialisten.

De Ethische Commissie UZGent keurde de studie goed onder het nummer 11821.

Resultaten

Huisartsengroepen

Uit de focusgesprekken kwamen er 6 belangrijke thema's naar boven.

<u>Kennismaking/ Vertrouwdheid met Pijnklinieken</u>

De wijze waarop huisartsen in aanraking kwamen met pijnklinieken bleek divers te zijn. Oudere huisartsen vermeldden veelal dat zij tijdens hun professionele loopbaan bekend raakten met deze instellingen, terwijl jongere huisartsen zeiden dat hun kennismaking plaatsvond tijdens hun studies Geneeskunde. Een aantal jongere huisartsen benadrukten dat de opleiding rond pijn en pijnbestrijding erg summier was en dat de daadwerkelijke kennismaking met de pijnkliniek pas plaatsvond eens ze in de praktijk stonden, waarbij zij het verschil tussen theoretische kennis en praktijkervaring benadrukten. Volgens hen zou de benadering van pijn in de praktijk minder multidisciplinair (zie tabel 1) zijn dan wat zij tijdens hun medische opleiding leerden.

<u>Gemis aan kennis omtrent de concrete werking van de pijnkliniek</u>

Hoewel vele huisartsen bekend waren met het therapeutisch aanbod (zoals multidisciplinaire benadering, technische handelingen, medicatieadvies), gaven ze ook aan onvoldoende bekend te zijn met het concreet functioneren van de pijnkliniek, bvb. niet precies weten naar welke specialisten zij hun patiënten konden doorverwijzen voor welke procedures.

<u>Doorverwijzing naar de Pijnkliniek; discrepantie qua verwachtingen</u>

Een aantal huisartsen gaven aan patiënten door te verwijzen wanneer zij zelf vastliepen in de pijnbehandeling. Hun verwachtingen varieërden sterk: van diagnostische uitwerking tot een multidisciplinaire aanpak. Andere redenen voor doorverwijzing waren meer gericht: een technische handeling (zie tabel 1) en/of medicatie-advies. Het valt de huisartsen wel op dat in de pijnklinieken de multidisciplinaire aanpak minder frequent aan bod komt dan verwacht. Ze vonden dat sommige patiënten in een te interventionistisch pad belandden terwijl volgens hen hier een biopsychosociale aanpak nodig was en zij een multidisciplinair traject voor ogen hadden. Die trend leek vaker te gebeuren bij patiënten die niet voldoende Nederlands kunnen. Het verdict "Niet in aanmerking komen voor een multidisciplinair traject" frustreerde de huisartsen, vooral omdat ze nauwelijks informatie krijgen over hoe ze dan zelf verder met die patiënten in de eerste lijn moeten omgaan.

Q1 (HA lokgr 1, V, 32 jr)…ik heb wel een aantal goede ervaringen maar ook weer een aantal ervaringen dat je iemand doorstuurt voor echt een multidisciplinaire [aanpak] en dan lukt dat niet of je krijgt dan een antwoord van "die komt toch niet in aanmerking". Eum dat ik denk van "tgoh, niet in aanmerking?" Het is toch echt wel een chronische pijnpatiënt.

<u>Aarzelen om door te verwijzen naar de pijnkliniek</u>

Huisartsen benoemden hiervoor enkele redenen. Naast de vrees voor een te

eenzijdige interventionele benadering zoals hierboven beschreven, meldden huisartsen dat sommige patiënten weer onderzoeken en doorverwijzingen naar andere specialisten ondergingen terwijl dit niet de vraag was. Sommige huisartsen uitten ook hun bezorgdheid over hypermedicalisering en het gebruik van opioïden bij patiënten met chronische pijn.

Positieve kanten van patiënten-opvolging in de pijnkliniek

Volgens meerdere huisartsen bood een multidisciplinaire aanpak in een pijnkliniek aanzienlijke voordelen: bij enkele patiënten zou een dergelijk traject leiden tot een manifeste verbetering van hun functionering. Andere huisartsen benoemden vooral een diagnostische verheldering, een medicatieadvies, een technische handeling als winstpunten. Enkele huisartsen merkten op dat doorverwezen patiënten zich au serieux genomen voelen, wat een positieve invloed kan hebben op hun therapietrouw. Ook bleken sommige patiënten meer open te staan voor een multidisciplinaire aanpak indien dit advies van pijnartsen zelf kwam. Een goede relatie tussen patiënt en pijnarts werd ook beschouwd als een meerwaarde.

Verbeterpunten in de samenwerking volgens Huisartsen

Volgens enkele huisartsen duurt het soms te lang alvorens zij een verslag ontvangen van de pijnkliniek. Sommigen suggereerden dat, wanneer sprake van een multidisciplinair traject, de verslagbrieven naast het medisch aspect ook info van de kine en psycholoog zouden moeten bevatten, naar analogie met andere multidisciplinaire diensten. Huisartsen benadrukten verder dat de wachttijd voor een eerste afspraak vaak lang is, al erkenden zij ook het probleem van overbezetting in pijnklinieken. Daarentegen bleken de wachttijden voor louter technische handelingen best mee te vallen na bespreking met de pijnarts. Tenslotte misten sommige huisartsen een advies van pijnklinieken met betrekking tot arbeidsongeschiktheid.

Pijnklinieken

Hier kwamen 7 belangrijke thema's naar boven.

Het therapeutisch aanbod van de Gentse pijnklinieken

De Gentse pijnklinieken bieden alle vier zowel algemene consultaties als technische handelingen aan. Bij drie op de vier centra kan de huisarts rechtstreeks een specifieke technische handeling aanvragen. Eén centrum daarentegen verkiest een voorafgaand consult om te controleren of deze specifieke interventie voor deze patiënt wel geïndiceerd is.

Wat de multidisciplinaire pijnaanpak betreft: drie pijnklinieken bieden deze service binnen het pijncentrum aan.

Graag een goede verwijsbrief van de huisarts

Meerdere pijnartsen wezen op het belang van een goede doorverwijsbrief, met relevante klinische gegevens: anamnese, klinisch onderzoek, voorafgaande technische onderzoeken, biopsychosociale elementen en medicatielijst. Meerdere pijnartsen gaven aan dat de medicatielijst vaak niet klopt. Sommige pijnartsen zeiden dat een duidelijke vraagstelling ('waarom stuur ik de patiënt door') ontbrak. Eén pijnspecialist vond het belangrijk om alle pijnmedicaties te vermelden die tot op heden bij de patiënt geprobeerd zijn, incl. doseringen en reden waarom het gestopt is.

Q2 (Pijnarts, V, 45 jr) Het is soms ook onduidelijk wat de vraag van de huisarts is. Soms krijgt ge een verwijsbriefje waarop staat "graag uw onderzoek en advies", of "graag uw advies en behandeling". Tja... wat willen ze zelf allee... er zijn heel wat huisartspraktijken die wel multidisciplinair werken met psycholoog en met andere zaken. Allez, wat is onze rol daarin? Ja... dat dat dan inderdaad ook wel een duidelijkere vraag mag zijn…

<u>Onrealistische verwachtingen van de doorverwezen pijnpatiënt</u>

Meerdere pijnartsen gaven aan dat patiënten vaak onvoldoende ingelicht worden over het doel van de doorverwijzing. Ze komen soms op consultatie hopend op nieuwe verklaringen voor klachten die in feite al uitgewerkt zijn. Of ze komen met de onrealistische verwachting van genezing voor de chronische pijnproblematiek. Sommige pijnartsen vinden het belangrijk dat de huisarts de patiënt inlicht dat de focus van pijnconsultaties ligt op pijncontrole en verbetering van de levenskwaliteit. Volgens hen zouden de desbetreffende patiënten hierdoor misschien meer open staan voor een multidisciplinair pijntraject.

Wat de afdeling technische handelingen betreft: in alle interviews zeiden de pijnartsen dat er hier vaak verwarring ontstaat. Soms komen patiënten voor een gewone consultatie en verschieten ze dat er een technische handeling voor hen staat ingepland. Omgekeerd zijn er patiënten die komen in de verwachting van een technische handeling maar een gewoon consult krijgen. Volgens de specialisten zorgt dit voor veel frustratie en heeft het een negatieve impact op de opvolging. Volgens hen als er zulke misverstanden gebeuren, is het meestal met patiënten die door huisartsen zijn doorverwezen. Indien een huisarts enige twijfel heeft of een patiënt in aanmerking komt voor een technische handeling, dan zien de pijnartsen die patiënten liever eerst zelf op consultatie. Enkele pijnartsen zien een verplichting tot consultatie voorafgaand aan een technische handeling als een must, maar dat zou volgens hen de wachttijden nog meer doen toenemen.

<u>De opinie van pijnartsen over de aanpak van chronische pijn door huisartsen</u>

Meerdere pijnartsen vonden dat huisartsen de juiste principes hanteren bij de medicamenteuze behandeling van chronische pijn. Eén pijnarts daarentegen vond dat huisartsen de medicamenten voor chronische en neuropatische pijn niet goed kennen, vooral dan op vlak van dosering. Sommige pijnartsen voegden toe dat sommige huisartsen zware opioïden voorschrijven bij chronische pijnpatiënten, maar dan gaat het meestal over oudere huisartsen en is het een dalende tendens.

<u>De rol van de huisarts bij chronische pijn patiënten/ pijnbegeleiding volgens pijnartsen</u>

Sommige geïnterviewde specialisten zeiden dat ze verwachten dat de huisarts ook zelf pijneducatie (zie tabel 1) geeft. Dit omvat: uitleg geven over het ontstaan van chronische en nociplastische pijn (zie tabel 1), de impact van mentale gezondheid op de pijnklachten en het belang van fysieke activiteit. Desondanks zeiden ze dat ze begrijpen dat het niet gebeurt in de eerste lijn door gebrek aan tijd en financiering

Enkele pijnartsen zeiden dat de huisarts een belangrijke rol heeft in de zorgcoördinatie en farmacovigilantie. Ze gaven als voorbeeld: opioïden die in het ziekenhuis gestart worden in post-chirurgische scenario's en zomaar door de huisarts verdergezet worden, wat tot

opioïdeafhankelijkheid leidt. Een jonge pijnarts zei dat er een flinke kostenbesparing gerealiseerd kon worden in de zorg indien de huisarts goed op de hoogte zou zijn van alle specialistische onderzoeken en behandelingen van zijn patiënten. Ze gaf het voorbeeld van patiënten waarbij er meerdere onnodige MRI's zijn gebeurd voor rugklachten. Al voegde zij toe dat het moeilijk is voor de eerste lijn om deftig zorgcoördinatie uit te voeren gezien het gebrek aan tijd en financiering

Tussentijds pijnarts-huisarts overleg tijdens de opvolging

Bijna alle pijnartsen zeiden dat ze een verslag sturen naar de huisarts na elke consultatie of technische handeling.

Bijna alle pijnartsen zeiden weinig zelf naar huisartsen te bellen. Ze zouden het wel doen bij moeilijke gevallen waarbij er meer info over biopsychosociale omstandigheden nodig is. Sommigen zeiden dat ze wel vaak opgebeld worden door huisartsen, meestal met een vraag of een patiënt baat zou kunnen hebben bij een welbepaalde technische handeling en of die patiënt er een snelle afspraak voor zou kunnen krijgen.

De meerderheid van de geïnterviewde pijnartsen zegt bijna nooit tussentijdse informatie te krijgen van huisartsen. Ze missen daardoor info over belangrijke gebeurtenissen (medicatiewijzingen, psychosociale veranderingen, consultaties bij andere specialisten) die een impact kunnen hebben op chronische pijn: volgens hen worden ze hiervan bijna altijd door de patiënt zelf op de hoogte gebracht.

Hoe ziet de pijnarts zijn rol als voorschrijver naar de huisarts toe

Alle geïnterviewde pijnartsen zeiden dat ze liefst zelf de medicamenteuze aanpassingen doen en dat dan ook als dusdanig in het verslag naar de huisarts communiceren. Volgens hen is dit efficiënter en spaart het een consultatie uit in de overbelaste eerste lijn. Eén geïnterviewde team zei evenwel dat het de gewoonte was van enkele pijnartsen om geneesmiddelenbijstellingen voor te stellen aan de behandelende huisarts via hun verslagbrief.

Meerdere pijnartsen zeiden dat zij soms helemaal geen medicatie opstarten voornamelijk dan bij patiënten met opioïden afhankelijkheid & polyfarmacie of indien expliciet gevraagd door de doorverwijzende arts. Eén pijnarts vertelde nare ervaringen te hebben met het adviseren van medicatie in de verslagbrief; soms kwamen patiënten terug voor een opvolgingsconsult zonder dat de voorgestelde medicatie was gestart omdat de huisarts er niet akkoord mee ging.

Het multidisciplinair behandelingstraject: grote kloof tussen theorie en praktijk

Volgens meerdere pijnartsen is het model in kwestie soms moeilijk toepasbaar, voornamelijk omwille van financiële redenen en mankrachttekort.

Q3 (Pijnarts, V , 45 jr) Het probleem is dat er een groot verschil zit tussen het theoretisch model en het praktisch model. Dat biopsychosociaal model wordt nu al 20 jaar gepredikt, maar in de praktijk is dat zeer moeilijk haalbaar. Allez, we spreken af met psychiaters, met psychologen maar, als puntje bij paaltje komt is het van "ja, het is eigenlijk te duur, een psycholoog is niet terugbetaald". Een kiné-revalidatie bestaat uit vijftien sessies en dan is het basta...

De ingesteldheid van de patiënt speelt volgens de geïnterviewde specialisten ook een rol. Er zijn patiënten die niet openstaan voor een multidisciplinair traject

en om die reden teruggestuurd worden naar de eerste lijn. Volgens een andere specialist zou de kloof tussen theorie en praktijk ook komen door het feite dat er te weinig pijnartsen zijn, en dat ze maar 25 euro per consultatie krijgen terwijl ze soms meer dan dertig minuten bezig zijn met een complexe patiënt. Hij voegt eraan toe dat technische handelingen financieel meer opleveren dan consultaties en dat dit ook een rol bij zou spelen. Voorts gaven bijna alle geïnterviewde pijnartsen aan dat een taalbarrière een grote hinderpaal is voor een multidisciplinaire opvolging: een multidisciplinair pijntraject aanbieden is het niet mogelijk bij patiënten die geen Nederlands spreken. De grootste uitdaging zou de psychologische component zijn. Er is volgens hen geen kwaliteitsvol psychologische zorg mogelijk met een tolk. Wat de medische consulten betreft, zeiden de geïnterviewde pijnartsen dat deze wel lukken in het Engels, Frans of met een tolk. Eén pijnarts zei evenwel dat hij de taalbarrière als een groot probleem ervaart. Volgens hem hangen chronische pijnconsulten vaak af van het uitleggen van moeilijke begrippen zoals nociplastische pijn. Hij twijfelt eraan of elke tolk alles op de juiste manier kan vertalen.

Discussie

Samenvattend blijkt dat beide partijen erkennen dat er ruimte voor verbetering is in hun onderlinge samenwerking. Pijnartsen en huisartsen identificeren diverse knelpunten, gaande van wederzijds gebrekkige informatieoverdracht, onduidelijkheden in de verwijsbrieven en in de verwachtingen van doorverwezen patiënten.

<u>De therapeutische verwachtingen van de huisarts naar de pijnkliniek toe</u>

Een opvallende bevinding in de focusgesprekken met de huisartsen is dat hun verwachtingen en verwijsredenen naar de pijncentra weinig omlijnd en soms tegenstrijdig werden geformuleerd: ze wensten wel of juist geen verdere diagnostische uitwerkingen, wel aanpassing van medicatie maar geen hypermedicalisering. Ze stelden ook veel hoop in de multidisciplinaire aanpak. Maar hun voornaamste prikkel voor een verwijzing lijkt toch te zijn: “ik zelf weet niet meer wat doen.”

De geïnterviewde pijnartsen lijken dit gewaar te zijn en laken in deze studie de ‘onbestemdheid’ van de verwijsvraag van de huisarts. Ze vragen expliciet om een meer gerichte formulering.

De literatuur toonde reeds aan dat huisartsen voornamelijk doorverwijzen naar pijnklinieken om hun patiënt over te dragen[7]. Ons onderzoek bevestigt dit maar het lijkt ons eerder dat huisartsen patiënten naar pijncentra doorsturen gemotiveerd door machteloosheid.

<u>Hoe de kennis van de huisarts omtrent het reilen en zeilen van de pijnkliniek vergroten?</u>

Huisartsen gaven ook aan weinig zicht te hebben op de praktische werking van de Gentse pijnklinieken. De auteur heeft daarom de websites van deze centra geraadpleegd en vond er vooral grondige informatie voor het publiek. Een samenvattende webpagina of een folder met gerichte informatie voor professionelen (i.c. huisartsen) zou hier een aanwinst kunnen zijn. De inhoud zou moeten omvatten: uitleg over het functioneren van de pijnklinieken, over hun aanbod, over welke artsen welke handelingen voeren en welke technische handelingen rechtstreeks door de huisarts kunnen geboekt worden. Wij vonden hierover geen literatuurreferenties.

Wat kan nog beter in de eerste lijn volgens de pijnartsen

Al vergoelijken de pijnartsen de huisartsen wegens overbelasting van de huisartspraktijken, toch wijzen ze op een aantal verbeterpunten. Naast een meer richtinggevende verwijsvraag brengen ze naar voor: farmacovigilantie, tijdige pijneducatie en toezicht op onnodige/ te vaak herhaalde onderzoeken. Ook wijzen de pijnartsen op het belang van een tussentijdse briefing indien er zich belangrijke veranderingen zouden voordoen in het leven van een doorgestuurde patient met een mogelijke impact op diens pijntraject.

Verschillende pijnartsen waren van mening dat huisartsen voldoende weten over de medicamenteuze behandeling van chronische pijn. Niet elke pijnarts was daar mee akkoord. Dit laatste wordt bevestigd in de literatuur: de huisarts voelt zich niet vertrouwd genoeg met de therapeutische opties[15] en voelt zich niet zeker in de begeleiding van chronische pijnpatiënten[5]. Ook in onze kwalitatieve studie suggereren de huisartsen dat er meer moet worden ingezet op de aanpak van chronische pijn tijdens de opleiding geneeskunde.

Ook de patiënten komen met onduidelijke/onrealistische verwachtingen naar de pijnkliniek; kan de huisarts de patiënt hier beter op voorbereiden?

De pijnarts komt vaak in contact met patiënten die hopen op een miraculeuze oplossing voor hun chronische pijn problematiek of die totaal niet voorbereid zijn op wat hen te wachten staat. In onze kwalitatieve studie wijten de pijnartsen dit deels aan een onvoldoende voorbereiding van de patiënt en suggereren dat de huisarts dit op zich zou nemen en uitleggen dat de focus van de pijnkliniek ligt op pijncontrole én op verbetering van de levenskwaliteit. De noodzaak van een voorbereidende rol van de huisarts hierin is ook aangehaald in de literatuur[16].

Rechtstreeks te boeken technische handelingen door de huisarts

Ons onderzoek suggereert dat alle pijnklinieken die de mogelijkheid bieden om technische handelingen door externe zorgverleners in te plannen, vinden dat dit met de huisartsen niet optimaal verloopt. Het lijkt hen zinvoller dat, als een huisarts een technische handeling wil laten uitvoeren, de patiënt zelf eerst op consultatie komt. Daartegenover staat: nog langere wachttijden. Wij konden daar geen literatuur over vinden. Dit is een werkpunt waar zowel de huisartsenverenigingen als pijnklinieken moeten over nadenken en misschien kan een jaarlijks symposium een oplossing zijn.

Opstart/ wijziging medicatie: uit te voeren door de pijnarts zelf of doorsluizen naar de huisarts?

Ook dit kwam aan bod in de interviews met de pijnartsen. De hamvraag die zich hier stelt is: wat is het veiligste. Vermits we geen advies hierover vonden in de literatuur, zijn wij van mening dat de pijnarts de medicatiewijziging best zelf uitvoert en niet als een advies formuleert, om misverstanden en slechte opvolging te voorkomen. De literatuur toont aan dat het aantal overdosissen bij gebruik van opioïden groter is als er twee voorschrijvers zijn in plaats van één voorschrijver[17]. Ook dit is dus een werkpunt waar zowel de huisartsenverenigingen als pijnklinieken moeten over nadenken.

Multidisciplinaire aanpak van pijn: tal van hinderpalen

Zowel de pijnartsen als de huisartsen vinden dat er een grote kloof is tussen

theorie en praktijk. Huisartsen krijgen vaak patiënten terug die niet in aanmerking blijken te komen voor een multidisciplinair traject, wat tot frustratie leidt. Deze frustratie bij de huisarts is ook beschreven in de literatuur en zou voornamelijk liggen aan het ontbreken van verdere tools voor de huisarts om deze patiënt verder te begeleiden[10].

Volgens de pijnartsen is het onmogelijk een patiënt multidisciplinair te benaderen als die er niet open voor staat. Dit is ook beschreven de literatuur[18]. Voorts is er de taalbarrière en tal van logistieke problemen zoals te weinig personeel, te weinig terugbetaalde sessies met een psycholoog of met een kinesist enz.

Beperkingen van het onderzoek

Deze studie is klein en laat daarom geen veralgemeningen toe. Wij merken dat de huisartseninterviews minder gedetailleerde informatie opleverden dan de pijnarts-interviews. Er zijn hier meerdere verklaringen voor. Vooreerst werden de pijnklinieken geïnterviewd na de huisartsen, waardoor de interviewgids werd verrijkt en er meer gerichte vragen aan de pijnartsen konden worden gesteld. Daarnaast had de auteur nog weinig interviewervaring en daardoor misschien te weinig diepgang toen hij de focusgroepengesprekken met de huisartsen voerde. Ten slotte werden er maar twee LOK-groepen met in het totaal 15 huisartsen geïnterviewd, wat mogelijks wat weinig was.

Conclusie

Uit ons onderzoek blijkt dat de samenwerking tussen huisartsen en pijnklinieken verbeterd kan worden. Huisartsen ervaren frustraties vanwege een gebrek aan kennis over pijnbehandeling, terwijl pijnklinieken kampen met onduidelijke verwijsbrieven en onrealistische verwachtingen van patiënten. Huisartsen willen meer duidelijkheid over de werking van pijnklinieken en betere communicatie over behandelingen. Pijnklinieken benadrukken de noodzaak van gerichte verwijsbrieven en patiëntenvoorbereiding. Dit is een klein studie om conclusies te laten trekken maar wij hopen toch dat het als deuropener kan werken voor verder onderzoek.

Referenties

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. PAIN. 2020 Sep;161(9):1976-82.

2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006 May;10(4):287-333.

3. Pain Alliance Europe. Survey on chronic pain 2017. Diagnosis, treatment and impact of pain. https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2017/ 12/PAE-Survey-on-Chronic-Pain-June-2017.pdf

4. Hadi MA, Alldred DP, Briggs M, Marczewski K, Closs SJ. 'Treated as a number, not treated as a person': a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. BMJ Open. 2017 Jun;7(6):e016454.

5. Purcell N, Zamora K, Tighe J, Li Y, Douraghi M, Seal K. The Integrated Pain Team: A Mixed-Methods Evaluation of the Impact of an Embedded Interdisciplinary Pain Care Intervention on Primary Care Team Satisfaction, Confidence, and

Perceptions of Care Effectiveness. Pain Medicine. 2018 Sep 1;19(9):1748-63.

6. Liddy C, Smyth C, Poulin PA, Joschko J, Sheppard M, Keely E. Supporting Better ErrAccess to Chronic Pain Specialists: The Champlain BASE ™ eConsult Service. J Am Board Fam Med. 2017 Nov;30(6):766-74.

7. Lakha SF, Yegneswaran B, Furlan JC, Legnini V, Nicholson K, Mailis-Gagnon A. Referring patients with chronic noncancer pain to pain clinics: survey of Ontario family physicians. Can Fam Physician. 2011 Mar;57(3):e106-12.

8. Meldrum ML. A capsule history of pain management. JAMA. 2003 Nov 12;290(18):2470-5.

9. Rodríguez JE. Working with Pain Clinics and Other Consultants Concerning Low Back Pain. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2012 Sep;39(3):547-52.

10 Toye F, Seers K, Barker KL. Meta-ethnography to understand healthcare professionals' experience of treating adults with chronic non-malignant pain. BMJ Open. 2017 Dec;7(12):e018411.

11.https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/pijnlijstzkhcentrummulti.pdf

12. https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/ pain-managementcenter/chapter1/#:~:text=Acute%20pain%20is%20pain%20that,can%20last%20for%20several%20years.

13. Treede R, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). PAIN. 2019 Jan;160(1):19-27

14. https://www.iasp-pain.org/resources/terminolo-gy/

15. Slatman S, Mossink A, Jansen D, Broeks J, van der Lugt P, Prosman GJ, et al. Factors used by general practitioners for referring patients with chronic musculoskeletal pain: a qualitative study. BMC Prim Care. 2022 May 24;23(1):126.

16. NICHOLAS M. When to refer to a pain clinic. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2004 Aug;18(4):613-29.

17. Chua KP, Brummett CM, Ng S, Bohnert ASB. Association Between Receipt of Overlapping Opioid and Benzodiazepine Prescriptions From Multiple Prescribers and Overdose Risk. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2120353.

18. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. Manual Therapy. 2010 Jun;15(3):220-8

Bijlage 1

Vragenlijst – LOK groepen HA

A) Eerst een algemene verkenning van *wat huisartsen weten/kennen/voelen* bij het woordje 'pijnkliniek'
-IJs brekende vraag: wat weten, kennen, voelen jullie bij het woordje Pijnkliniek?
->Verdere detailvragen:
- Hoe leerde jij de pijnkliniek kennen? In je opleiding? Al doende?
- Weet je wat ze allemaal aanbieden? Wat zijn de therapeutische mogelijkheden?
- Is de pijnkliniek voor jullie een meerwaarde? Wat ervaren jullie als positieve kanten, negatieve aspecten van deze discipline?
- Wat heb je tot nog toe geleerd van de pijnkliniek?

B) Meer gericht peilen naar het concrete verwijsgedrag van de huisartsen
- Wanneer verwijst u een patiënt naar een pijnkliniek?
- Wat verwacht u van de verwijzing in kwestie?
- Wat denkt u dat de therapeutische mogelijkheden zijn als een patiënt de pijnkliniek terechtkomt?
- Voor welke redenen zou u een chronische pijnpatiënt NIET doorverwijzen naar een pijncentrum?

C) Peilen naar het therapeutisch gedrag van de pijnkliniek ter attentie van de door jou doorverwezen patiënt
- Merkt u een aanpassing in het medicatiebeleid van uw patiënten eens ze ook door een pijnkliniek opgevolgd beginnen te worden?
- Hebben jullie de ervaring het gevoel dat aan het medicamenteus pijnbeleid sleutelt?

D) Om te eindigen: vragen over de communicatie tussen de Gentse pijnklinieken en de huisarts
- Krijgt u voldoende feedback van pijnklinieken omtrent het pijnbeleid van uw patiënten'?
- Kan u vlot overleggen met de artsen van de pijnkliniek?
- Hoe kan de communicatie tussen de Gentse pijnklinieken en huisartsen beter worden?

Bijlage 2

Vragenlijst – Pijnklinieken

Algemene verkenning

1) Gevoelens bij “pijn aanpak in de eerste lijn”
2) Welke soort consultaties
3) Behalve medische consulten: wat bieden jullie aan?
4) Kennen HA je aanbod?

Verwijsgedrag

5) Verwachtingen ivm doorverwijzing van een huisarts?
6) Doorverwijzing van een huisarts: op tijd, laattijdig of vroegtijdig?

Aanpak

7) Huisartsen: denken pijnartsen dat ze van voldoende kennis beschikken over chronische pijn?
8) Eerste consultatie van een patiënt die vanuit de eerste lijn komt: herkennen pijnartsen een patroon van medicaties die afgebouwd/gestopt moeten worden? Patroon van medicaties die in de eerste lijn zouden gestart moeten zijn (en niet gestart geweest zijn)?

Communicatie

9) Kan de communicatie tussen de eerste lijn en jullie pijnkliniek beter? Hoe?
10) Worden jullie gebeld door huisartsen?
11) Bellen jullie zelf naar hen? Welke zijn de grenzen om dat meer te doen?
12) Bij medicamenteuze aanpassingen: doen pijnartsen dat zelf of stellen ze het voor aan de eerste lijn?
13) Drempels om HA’sen uit te nodigen naar jullie multi-overleg?

Bijscholingen

14) Hoe beslissen jullie welke thema’s?

Andere

15) Patiënten die onvoldoende Nl kunnen tijdens een consult: wat doen jullie?
16) Nog andere dingen om te delen?

Bijlage 3

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Wat weten Gentse huisartsen over pijnklinieken? Hoe kan de samenwerking tussen ze geoptimaliseerd worden?

Beste

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier onderaan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Artsen krijgen over het algemeen weinig inzicht inzake pijngeneeskunde tijdens hun basisopleiding. De hypothese van deze studie is dat huisartsen daarom beperkt zijn in hun kennis over de therapeutische mogelijkheden in een pijnkliniek. Als gevolg hiervan is het mogelijk dat de eerste lijn te weinig en of te laat patiënten doorverwijst naar de Vlaamse pijncentra.

Daarenboven bestaan er meerdere soorten consultaties afhankelijk van de pijnkliniek. De wachttijd verschilt afhankelijk van het type consultatie. Indien een huisarts bijvoorbeeld een procedure voorschrijft voor de pijnkliniek UZ Gent, moet hij de patiënt in kwestie verwijzen voor een technisch consult. Als die huisarts daarentegen een vol therapeutische aanpak verwacht van het centrum in kwestie voor zijn patiënt, is er een doorverwijzing voor een algemeen consult nodig. De wachttijd voor een technische consultatie is daar significant korter dan voor een algemeen pijnconsult. Daardoor is het mogelijk dat de patiënt langer dan nodig moet wachten om behandeld te worden.

De eerstelijnsgemeenschap heeft ook weinig inzicht over wat de pijnkliniek van hen verwacht bij het doorverwijzen van een pijnpatiënt.

Hopend op meer informatie omtrent deze kwestie willen Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens, dr. Marij Sercu, dr. Sam Schelfout, dr. Venessa Van Eeckhoven en dr. Alexandre Mendonça Dantas een kwalitatief onderzoek uitvoeren naar de ideeën van huisartsen over de pijnklinieken. Zo ook willen ze peilen naar de verwachtingen van de Gentse pijnklinieken in verband met de doorverwijzing van een huisarts. De bedoeling is om huisartsen en pijnartsen te interviewen in focusgroepen. Na de data analyse zal er mogelijks een

aanbeveling gedaan worden om het doorverwijzen naar de Gentse pijncentra te optimaliseren.

Daarom vragen wij uw toestemming om u te interviewen in een focusgroep en uw antwoord te gebruiken voor dit wetenschappelijk onderzoek. In het bijzonder zijn we geïnteresseerd in onderstaande gegevens.

1) Indien u huisarts bent:

-Wanneer verwijst u een patiënt door naar een pijnkliniek?

-Wat verwacht u van de verwijzing in kwestie?

-Wat denkt u dat de therapeutische mogelijkheden zijn als een patiënt in de pijnkliniek terechtkomt?

-Hoe kan het doorverwijzen naar een pijnkliniek geoptimaliseerd worden?

2) Indien u pijnarts bent:

-Welke soorten consultaties bestaan er in het pijncentrum waar u werkzaam bent?

-Wat verwacht u van een doorverwijzing omtrent een patiënt die van de eerste lijn komt?

-Hoe kan het doorverwijzen van een patiënt door een huisarts naar het pijncentrum geoptimaliseerd worden?

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. De verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Uw deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een meer efficiënt doorverwijzen van pijnpatiënten.

4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten met zich mee voor u, maar biedt u ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN DE GEGEVENS BETREFFENDE UW DEELNAME

Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.

De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

6. CONTACT

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens

Dr. Marij Sercu

Dr. Sam Schelfout

Dr. Venessa Van Eeckhoven

Dr. Alexandre Mendonça Dantas

Adres: Campus UZ-Gent, Ingang 42, 6de verdieping, Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent.

E-mail: Dantas.Alexandre@UGent.be; Pauline.Boeckxstaens@UGent.be; Sam.Schelfout@uzgent.be; Venessa.VanEeckhoven@uzgent.be; Ellis.VanDaele@UGent.be.

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem in tot deelname aan de studie. ☐

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	☐
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	☐