

Multidisciplinaire aanpak van chronische pijnklachten heeft langetermijneffect

I.M.J. Crouchs, V. Wittevrongel, M.H. Hoofs

De resultaten van multidisciplinaire behandelprogramma's voor chronische pijnklachten zijn in de literatuur tot op heden voornamelijk beschreven met een maximale follow-upduur van 1 jaar.^{1,2}

In dit onderzoek worden de resultaten gepresenteerd van de multidisciplinaire programma's bij Winnock. De deelnemers hebben diverse chronische pijnklachten zoals specifieke lage rugklachten en nek- en schouderklachten. We wilden nagaan of de deelnemers die positief reageerden op het programma, ook op de lange termijn hun positieve verandering weten vast te houden. Het functioneren van de deelnemers gemeten voorafgaand en vier maanden na afloop aan het programma is vergeleken met dat drie tot vier jaar later. We waren benieuwd naar een globale indruk en hebben geen vergelijking gemaakt tussen de diagnosegroepen onderling.

De onderzoekspopulatie bestaat uit 531 personen die hebben deelgenomen aan een multidisciplinair behandelprogramma en waarvan het werkherlevingspercentage vier maanden na afronding van het programma tussen de 75% en 100% van hun contracturen ligt. De deelnemers kregen

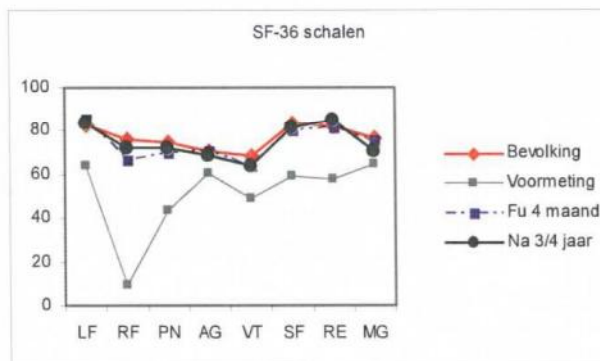
twee vragenlijsten toegezonden: de SF-36 en een enquêteformulier dat betrekking heeft op werk, verzuim, gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en vragen die verband houden met veranderingen in hun denkwijze en algemeen functioneren. Van in totaal 251 deelnemers zijn data verkregen.

De kwaliteit van leven en het niveau van gezondheidsgerelateerde beperkingen, zoals gemeten met de SF-36, is grotendeels genormaliseerd naar het niveau van de gemiddelde Nederlandse bevolking³ (zie figuur 1).

Van de respondenten blijkt 95% ($n = 238$) nog werkzaam te zijn; slechts 2% ($n = 5$) is niet meer werkzaam vanwege de aanmeldingsklacht. De gemiddelde verzuimduur is sterk afgenomen; voorafgaand aan de training was dit gemiddeld 27,6 weken en drie tot vier jaar later is dit gemiddeld 2,8 weken ($SD = 7,4$) in het jaar voorafgaand aan de meting. Dit komt overeen met het landelijke gemiddelde. Bij slechts 17,9% ($n = 45$) is het verzuim gebaseerd op de aanmeldingsklacht.

Een ruime meerderheid van de respondenten maakt geen gebruik meer van gezondheidszorgvoorzieningen voor de aanmeldingsklacht: geen medische specialist of huisarts door 78% ($n = 195$) en geen paramedicus 66% ($n = 165$). Op het gebied van medicijngebruik blijkt dat 83,3% ($n = 209$) van de respondenten de afgelopen drie maanden niet of een enkele keer medicatie heeft gebruikt vanwege de aanmeldingsklachten. Van alle respondenten geeft 83% ($n = 204$) aan anders met de aanmeldingsklachten om te gaan naar aanleiding van de training.

Bij de beoordeling van de gepresenteerde resultaten dienen een aantal kanttekeningen geplaatst te worden. In de eerste plaats is de respons laag (47,3%). De responsgroep is gemiddeld 3 jaar ouder dan de non-responsgroep ($p < 0,05$). Er zijn echter tussen beide groepen geen significante verschillen gevonden in geslacht, de oorspronkelijke verzuimduur, de SF-36-scores bij voor- en nameting en vier maanden na beëindigen van de training, noch in het aantal uren werkherleving vier maanden na beëindigen van de training, waardoor we kunnen aannemen dat de responsgroep redelijk representatief is. Ten tweede ont-



Figuur 1. SF-36-profielen tijdens drie meetmomenten en het profiel van de Nederlandse bevolking:

Voormeting: profiel bij meting voorafgaand aan de training;

Fu 4 maand: profiel bij meting vier maanden na einde van de training;

Na 3/4 jaar: profiel bij meting drie tot vier jaar na einde van de training.

LF: Lichamelijk functioneren; RF: rolbeperkingen (fysiek probleem); PN: pijn; AG: algemene gezondheidsbeleving; VT: vitaliteit; SF: sociaal functioneren; RE: rolbeperkingen (emotioneel probleem); MG: mentale gezondheid.

breekt een controlegroep (onbehandeld of placebo). Hierdoor is het niet mogelijk te bepalen in hoeverre factoren buiten de training en begeleiding van invloed zijn op de resultaten op de langere termijn. Ondanks de genoemde kanttekeningen zijn de beschreven resultaten bemoedigend.

LITERATUUR

1. Vendrig AA, Akkerveeken PF van. Werkhervattingsresultaten van multidisciplinair programma Rug AdviesCentrum. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2000; 8: 99-104.
2. Koopman FS, Edelaar M, Slikker R, et al. Effectiveness of a multidisciplinary occupational training program for chronic low back pain: a prospective cohort study. Am J Phys Med Rehabil 2004; 83: 94-103.

3. Aaronson NK, Muller M, Cohen FDA, et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 health survey in community and chronic disease populations. J Clin Epidemiol 1998; 51: 1055-1068.

PERSONALIA

Drs. I.M.J. Crouchs is psycholoog bij Winnock Breda.

Drs. V. Wittevrongel is fysiotherapeut en bewegingswetenschapper bij Winnock Groningen.

Drs. M.H. Hoofs is fysiotherapeut en bewegingswetenschapper bij Winnock Nieuwegein.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: valere.wittevrongel@winnock.nl.

BOEKBESPREKING

Waarom ik altijd gelijk heb.

Eric Rassin. Schiedam: Scriptum, 2007, 173 pp.

Dit boek gaat over tunnelvisie bij beoordelen ofwel confirmatiebias. Dit is het verschijnsel dat iedereen bij een beoordeling ertoe neigt een eerste oordeel, hoe vluchtig ook, niet meer bij te stellen. Dat dit op een onbewust niveau gebeurt, maakt het fascinerend. Bijvoorbeeld alleen al de volgorde waarin de informatie aangeboden wordt, beïnvloedt de eerste mening en daarmee het eindoordeel. Rassin beschrijft wel negen manieren waarop dit tot stand komt en wat de gevolgen in de praktijk kunnen zijn. Zeker ook de medische praktijkvoorbeelden zijn illustratief. Vervolgens trekt hij het breder en beschrijft hij enkele andere vertekeningen in het denkproces, zodat hij besluitvorming als een rampgebied betitelt. Overigens is confirmatiebias in het dagelijks leven niet altijd erg, misschien is er wel een doel mee gediend, maar het staat waarheidsvinding wel in de weg. Het laatste hoofdstuk is mogelijk het meest interessante: is er nog iets tegen te doen? Hoewel een moeilijke zaak, komt hij toch met een 4-stappenplan om de confirmatiebias in te perken. Als rechtspsycholoog is voor Rassin het justitiële apparaat een bron van inspiratie. De

verzekeringsgeneeskundige praktijk heeft een aantal parallellen daarmee en het boek vind ik daarvoor uiterst relevant, maar eigenlijk ook voor ieder oordelend mens. Vooroordelen sturen dankzij confirmatiebias op een vooroordeelbevestiging aan. Maar ook wie volstrekt objectief aan een beoordeling begint, wordt door confirmatieprocessen wellicht van een juiste beoordeling afgehouden. Voor wie denkt dat de intentie om zuiver te oordelen daarvoor volstaat, is het boek een openbaring. Voor wie denkt dat hij of zij er niet gevoelig voor is: confirmatiebias is een universele menselijke eigenschap. Wel kan de mate verschillen en het boek levert een vragenlijst waarmee u uzelf kunt testen. Voor wie ook iets wil doen om zo afgewogen mogelijk te oordelen, biedt het boek een 4-stappenplan dat mijns inziens goed toepasbaar is. Het boek is vlot geschreven en leest als een spannende roman. Al lezende probeert je eigen verstand met ingehouden adem zijn eigen blinde vlekken te zien.

Pieter Out