

De psycholoog als pijnbehandelaar

De rol van de psycholoog: waar staan we en waar willen we naartoe

Dr. H. Samwel,¹ Dr. L. Zonneveld,² Dr. D. Stronks,³ Drs. J. Reitsma -Lutjes,⁴ Drs. P. Koetsier⁵

Samenvatting

De onderzoeksliteratuur laat zien dat psychologische factoren een belangrijke rol spelen bij het proces van chronificatie van pijn en de ervaren pijnintensiteit. Tegelijk wordt vastgesteld dat psychologen die werken binnen de Nederlandse chronische pijnzorg op dit moment niet goed georganiseerd zijn en dat er mede daarom geen consensus bestaat over een overkoepelende visie op de rol van de psycholoog in de zorg voor patiënten met chronische pijn. Dit heeft tot gevolg dat de samenwerking met andere disciplines in de pijnzorg niet optimaal is wat een negatief effect heeft op de kwaliteit van zorg.

In 2021 heeft het Netwerk Pijnpsychologen (in oprichting) daarom het initiatief genomen om een visie te ontwikkelen en daarmee op de langere termijn via het participeren in, en ontwikkelen van multidisciplinair pijnonderwijs de visie vorm te geven binnen de zorg. Het onderhavige artikel is de weerslag van dit initiatief en het perspectief dat het netwerk voor ogen heeft.

I Inleiding

"Pijn is van iedereen en tegelijkertijd van niemand", zo is te lezen in het *Rapport Chronische pijn 2011*, van de Regieraad Kwaliteit van Zorg onder leiding van Frank J.P.M. Huygen, bijzonder hoogleraar Anesthesiologie aan het Erasmus MC. De geneeskunde wordt in toenemende mate geconfronteerd met mensen met pijn waar een medisch-technische benadering niet toereikend is. Nederland telt meer dan 2 miljoen mensen met pijn die langer aanhoudt dan zes maanden.¹ In vergelijking met andere aandoeningen zoals diabetes, kanker en coronaire hartziekten, zijn zowel de prevalentie als de maatschappelijke kosten van aanhoudende pijn hoger.^{1,2} De WHO heeft chronische pijn met ingang van 2022 geclassificeerd als onafhankelijke diagnose. Aanhoudende pijn wordt daarmee niet langer beschouwd als symptoom van een aandoening maar als een op zichzelf staande ziekte, "a disease in it's own right".³

Het langdurig ervaren van pijn heeft enorme invloed op het dagelijkse leven van een mens en op diens gezondheid. De aanhoudende pijn, als stresstoestand, heeft bijvoorbeeld een grote impact op de stemming. Depressie is de meest voorkomende comorbiditeit bij pijn. Studies laten verschillende cijfers zien maar tonen aan dat tot bij 85% van de mensen de pijn vergezeld wordt door een depressieve grondstemming.⁴ Hoe erger de ervaren pijn, des te groter de mate van depressie. Mensen die lijden aan aanhoudende pijn en depressie vertonen een slechtere prognose zowel voor pijn als voor de depressie dan ieder van deze condities apart. De studie van Campbell et al toont aan dat deze groep mensen tweemaal vaker dan gemiddeld signalen van suïcidaal gedrag vertoont en/of

een suïcidepoging onderneemt. Er zijn sterke aanwijzingen dat de aanhoudende pijn zelf de risicofactor is voor suïcide. Racine stelt dat de mentale verslagenheid, hooploosheid, het gevoel ander tot last te zijn en nergens meer bij te horen, factoren zijn die geassocieerd zijn met (ideatie over of pogingen tot) suïcide. En juist deze gevoelens en gedachten komen vaak bij mensen met aanhoudende pijn voor.^{5,6}

Ongeveer 2 à 3% van de ruim twee miljoen mensen met aanhoudende pijn, loopt vast in de diagnostiek- en/of behandelfase. Ondanks de wisselwerking tussen lichaam en psyche bij pijn blijft deze groep vaak naar antwoorden zoeken in de biomedische gezondheidszorg. Zelfs als deze zorg geen verdere antwoorden meer biedt, wat de ervaren machteloosheid vergroot.⁷ De psychologische zorg functioneert vaak als een "last-resort" wanneer eerdere (vaak biomedisch of paramedische) behandelingen onvoldoende effectief waren en de patiënt nog altijd pijn ervaart, (maatschappelijk) disfunctioneert met vaak een hoge lijdensdruk en ervaren onbegrip.

Om de lijdensdruk voor de patiënt, zijn sociale omgeving en de maatschappij vroegtijdig te verminderen is het van wezenlijk belang dat zowel bij subacute alsook bij aanhoudende pijn in de diagnostische fase zowel biologische alsook psychologische en sociale factoren onderzocht worden om de wisselwerking ervan te kunnen herkennen en tijdig in het behandelbeleid mee te nemen. Alleen deze zorgstrategie is in overeenstemming van de Zorgstandaard Chronische Pijn en doet recht aan het inmiddels breed gedragen biopsychosociale model voor pijn als theoretisch kader.⁸

Empirische evidentie voor het biopsychosociale model als theoretisch kader.

Vóór de jaren zestig werd chronische pijn in de eerste plaats als een medisch probleem beschouwd. Een probleem dat (dus) een biomedische behandeling vereist, bijvoorbeeld een medicamenteuze of een chirurgische. Meer en meer bleek echter dat de effectiviteit van deze biomedische interventies veel te wensen overliet. Voor verschillende van deze interventies bestaat qua werkzaamheid onvoldoende empirische evidentie. Daarnaast bleek dat sommige medische handelingen zelfs tot (extra) schade leidden die de pijnintensiteit versterkten, oftewel iatrogene schade tot gevolg hadden.^{9,10}

Vanaf het einde van de jaren zestig begonnen psychologen verklaringsmodellen uit hun vakgebied toe te passen op de pijn ten einde chronische pijn beter te leren begrijpen. Een groeiend aantal studies toonde de invloed en impact aan van psychosociale factoren op de pijn

1. Klinisch psycholoog en Programmaleider: Revalis Clinics voor Chronische pijn en vermoeidheid. 2. Klinisch psycholoog: Amsterdam UMC, afd. Medische Psychologie, afdeling Anesthesiologie, poli Pijn geneeskunde. 3. Onderzoeker / psycholoog: EMC, afdeling Pijn geneeskunde. Recent gepensioneerd. 4. Gezondheidszorgpsycholoog: vrijgevestigd. 5. Cognitief gedragstherapeut / psycholoog NIP: vrijgevestigd.

en op de coping met de pijn.^{11,12,13,14,15} De psychosociale variabelen omvatten onder anderen angst, stemmingsstoornissen, psychotrauma, economische ongelijkheid, interpersoonlijke en culturele omgevingsfactoren. Ook pijn-gerelateerde psychosociale variabelen blijken pijn te beïnvloeden, zoals catastrofen ten aanzien van pijn, verwachtingen ten aanzien van het pijnbeloop en pijn-gerelateerde coping.¹⁶ De brede klinische steun voor het begrijpen van chronische pijn met behulp van het biopsychosociale model ten opzichte van het biomedische model werd hiermee ook empirisch sterk verankerd.

Niet alleen begonnen psychologen hun vakgebied in te zetten om chronische pijn te begrijpen, maar ook om deze te behandelen. Verschillende psychologische interventies werden ontwikkeld op basis van de verbinding tussen psychologische theorieën en het biopsychosociale model. Er werden gedragsinterventies ontwikkeld vanuit het operante conditioneringsmodel door Wilbert Fordyce en zijn collega's eind jaren 60 en begin jaren 70.^{17,18} Daarnaast werden cognitieve pijninterventies ontwikkeld aan de hand van het Cognitie (Gedrags) model.^{19,20,21,22,23,24} Vooral het werk van Dennis Turkis belangrijk geweest omdat hij de cognitieve en gedragsinterventies met elkaar verbond en daarmee de effectiviteit versterkte.²⁵

Hierdoor ontstond er een paradigma verschuiving, namelijk van één dat chronische pijn puur vanuit een biomedisch perspectief beschouwt (een "ziektemodel")¹⁸ naar één dat pijn vanuit een biopsychosociaal perspectief benadert. Deze biopsychosociale benadering beschrijft pijn als een multidimensionale, dynamische integratie tussen biologische, psychologische en sociale factoren die elkaar wederzijds beïnvloeden.^{26,27} De Zorgstandaard Chronische Pijn (2017) stelt dan ook: "Gegeven de complexiteit van de pijnresponse en de overgang naar chroniciteit is het van belang dat pijn wordt beschreven en behandeld op basis van het biopsychosociale model. Een belangrijk uitgangspunt van dit biopsychosociale model is dat het ontstaan, het beloop en de beleving van chronische pijn worden beïnvloed door omgeving, cognities, emoties, verwachtingen, fysieke gesteldheid en gedrag. Andersom beïnvloedt chronische pijn het psychologisch welzijn en de sociale relaties. Aangrijpingspunten voor behandeling of preventie van chronische pijn moeten dan ook geïdentificeerd worden met behulp van een inventarisatie van mechanische en neurobiologische processen en het in kaart brengen van cognitieve, emotionele, gedragsmatige en contextuele factoren."

De empirische evidentie voor de invloed van psychosociale factoren op pijn neemt in de laatste decennia verder toe bijvoorbeeld door het onderzoek naar de effectiviteit van interventies op basis van cognitieve gedragstherapie, medische hypnose, mindfulness en op acceptatie gebaseerde modellen.²⁸

2 De organisatie van de pijnzorg

Ondanks de ambitie en aanbeveling om pijn vanuit het biopsychosociale model te diagnosticeren en te behandelen blijkt dit in de praktijk moeilijk te realiseren. Recente studies tonen aan dat zowel huisartsen als paramedici slechts in geringe mate psychosociale factoren als gespreksonderwerp introduceren, terwijl bij deze disciplines vaak de pijnzorg voor patiënten met pijn start.^{29,30,31,32}

Logischerwijs dient de eerste stap van een arts te zijn om pijn verklarende acute medische aandoening te di-

agnosticeren, te behandelen en/of uit te sluiten. Parallel hieraan zou de arts echter ook de psychosociale factoren ervan in kaart moeten brengen. Artsen voelen zich echter niet alleen onvoldoende competent om psychosociale factoren te bespreken, hun gedragsmatige interventies blijken aanhoudende lichamelijke klachten op de langere termijn ook onvoldoende te beïnvloeden.³³ Ook fysiotherapeuten hebben het idee onvoldoende vaardigheden te hebben en/of te kunnen verwerven om succesvol de psychosociale factoren te adresseren, terwijl het KNGF recent aangaf dat ook fysiotherapeuten een signalerende functie hebben.^{32,33} Het resultaat is, dat de (pijn-gerelateerde) psychosociale factoren en coping strategieën in de huidige pijndiagnostiek onvoldoende onderzocht en/of opgemerkt worden. En daar waar ze opgemerkt worden, worden ze nog te weinig geïntegreerd binnen het behandelbeleid.

Een passende oplossing zou kunnen zijn om de psycholoog eerder in de pijnzorg te betrekken, in plaats als "last resort". Ons inziens zou de psycholoog in de eerste lijn als diagnosticus en -op indicatie- als behandelaar vanaf de subacute fase betrokken moeten worden. De psycholoog is competent en opgeleid in het onderzoeken en beïnvloeden van psychosociale factoren.

3 De psycholoog en pijn

De psycholoog heeft kennis en kunde in de diagnostiek en behandeling van psychosociale factoren die kwaliteit van leven hinderen. Deze kennis en kunde worden echter met name ingezet in de geestelijke in plaats van de somatische gezondheidszorg. Dit wordt pijnlijk zichtbaar als we kijken naar de curricula Psychologie, het psychologische zorgveld en de verwijzingsmogelijkheden naar psychologische pijnzorg.

- Beperkte pijnpsychologische opleidingsmogelijkheden

Uit een Amerikaans observationeel onderzoek bleek dat een derde van de psychologische curricula niet meer dan 4 cursussen aan pijneducatie besteedt.³⁴ Slechts 28% van de curricula besteedde 11 uur of meer aan pijneducatie. Als gevolg hiervan voelden 55% van de psychologen zich niet zeker over de behandeling van mensen met aanhoudende pijn. Volgens Darnall e.a. zijn er ook andere primaire barrières die hinderen om pijnpsychologie binnen de pijnzorg te laten functioneren, zoals het ontbreken van een systeem om gekwalificeerde therapeuten te identificeren, schaarste aan therapeuten met pijntraining, gemis aan accreditatie voor huidige cursussen rond pijn, beperkt bewustzijn van de psychologische behandelingsmodaliteit en slechte verzekeringsdekking.³⁵

De situatie in Nederland lijkt niet wezenlijk te verschillen van die in Amerika. Ook binnen de Nederlandse curricula Psychologie is er zeer weinig aandacht voor pijn als zelfstandig studieonderwerp. Ook in de postdoctorale opleidingen en cursussen in de psychologie is er slechts fragmentarische aandacht voor het versterken van zowel kennis alsook therapeutische vaardigheden op het gebied van aanhoudende pijn. Internationale pijncongressen missen vaak de accreditatie voor psychologen.

- Gefragmenteerd psychologische zorgveld binnen de pijnzorg

Binnen de eerstelijnszorg werken de meeste psychologen, vaak met een eigen of gedeelde praktijk. Zij zijn meestal gericht op GGZ-problematiek, zoals depressie, angst-

stoornissen of persoonlijkheidsproblematiek. De meeste psychologen zien dan ook maar enkele patiënten met pijn per jaar. Het is dus nu niet lonend om zich daarin specifiek te scholen. De psychologen die dagelijks patiënten zien met pijn bevinden zich vooral in de tweede en derde lijn, zoals medisch psychologen binnen de ziekenhuizen (zeker binnen een pijnteam) en binnen de revalidatiezorg. Zij scholen zich vaak intern via supervisie en het opdoen van veel leerervaringen. Dit weerspiegelt de tweedeling in de zorg, waarin somatische en geestelijke gezondheidszorg vaak van elkaar gescheiden zijn. Dit is onwenselijk voor de zorg in het algemeen, en voor de (psychologische) pijnzorg in het bijzonder. Dit belemmert onderlinge uitwisseling van kennis en professionalisering van het pijnspecialisme.

We kunnen niet anders dan concluderen dat het biopsychosociale model onvoldoende uitgewerkt is in de gezondheidszorg.

- *Beperkte verwijsmogelijkheden naar psychologische pijnzorg*

Vanuit bovenstaande volgt vanzelf dat de mogelijkheden om mensen met chronische pijn vanuit de tweede- en derdelijns pijnzorg (terug) te verwijzen naar de eerstelijns pijnzorg beperkt zijn. De huisartsen weten vaak niet naar welke psycholoog zij hun patiënten met pijn binnen de eerstelijnszorg kunnen verwijzen. Dit zou ertoe kunnen leiden dat ze verwijzen naar een pijnteam in de tweedelijnszorg, terwijl de patiënt adequaat behandeld had kunnen worden in de eerste lijn.

4 Netwerk Pijnpsychologen – de start

In het algemeen, en ook onder psychologen, is er in de praktijk te weinig kennis over pijn. De groep van psychologen die wel expertise heeft ontwikkeld is te weinig zichtbaar, klein in aantal en profileert zich onvoldoende in de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van chronische pijn. Daarmee blijft de rol van de psycholoog binnen de pijnzorg onderbelicht, zowel voor de eigen alsook voor de andere disciplines.

Om de psycholoog zichtbaar te maken in een versnipperd veld, om wetenschap en theorie beter met de praktijk te verbinden, om het werk van de psycholoog binnen de pijnzorg te professionaliseren en om tegemoet te komen aan de expertisewens van andere pijnprofessionals hebben Jolanda Reitsma, Pauline Koetsier en Willy van Zanten, als pijnpsychologen, het initiatief genomen om een netwerk van pijnpsychologen op te richten. Dit netwerk verspreidt kennis onder de eigen beroepsgroep en wil een aanspreekpunt zijn voor alle zorgprofessionals die vragen over de psychologische pijnzorg hebben. Een dynamisch netwerk, dat zich voortdurend ontwikkelt, een bijdrage levert aan de wetenschappelijke ontwikkelingen en deze ontwikkelingen onder de aandacht brengt. Een netwerk met de missie om wetenschappelijke inzichten toe te passen en te bevorderen en knelpunten in de pijnzorg aan het licht te brengen.

Om dit netwerk zinvol en duurzaam op te zetten zijn een aantal doelen geformuleerd:

1. Pijnpsychologen met zowel expertise in de patiëntenzorg als in de wetenschap bij het Netwerk Pijnpsychologen betrekken.
2. Het organiseren van een Pijnmeeting met psychologen die actief zijn in de pijnzorg om ze bij het netwerk te betrekken en het draagvlak te vergroten.

3. Het definiëren van een visie vanuit expert opinie over de plaats van de psycholoog binnen de pijnzorg en het borgen van voldoende expertise in de praktijk.

In paragraaf 5 worden de resultaten van deze doelen uitgewerkt.

5 Netwerk Pijnpsychologen – het vervolg

Doel 1

Om ervoor te zorgen dat het draagvlak voor het opbouwen van een landelijk Netwerk Pijnpsychologen vergroot werd en dat in het netwerk een weerspiegeling zou zijn van zowel de wetenschappelijke kant als de klinische praktijk van pijn, zijn Han Samwel, Dirk Stronks, Marlies den Hollander en Lyonne Zonneveld gevraagd om zich bij het netwerk aan te sluiten. Zij zijn allen gepromoveerd op een studie over psychologische factoren bij chronische pijn en hebben daarnaast veel klinische ervaring binnen de pijnzorg. Zij kunnen hierdoor de verbinding tussen wetenschap en klinische praktijk vormen.

Doel 2

Op 3 juni 2021 hebben de initiatiefnemers in Almere een Pijnmeeting georganiseerd. Hiermee betrokken ze 34 geïnteresseerde psychologen met allen ervaring binnen het pijnveld bij het Netwerk Pijnpsychologen. Tijdens de Pijnmeeting discussieerden de pijnpsychologen onder leiding van Han Samwel aan de hand van vier stellingen over de inhoud en organisatie van het vakgebied Pijnpsychologie. Deze discussie leidde tot een formulering van de inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten van het Netwerk Pijnpsychologen, waarvoor draagvlak bij de aanwezigen was.

Doel 3

De discussies rondom de onderstaande vier stellingen tijdens de Pijnmeeting leidden tot de volgende visie over de plaats van de psycholoog binnen de pijnzorg en het borgen van voldoende expertise. Deze visie is tevens het uitgangspunt voor het Netwerk Pijnpsychologen.

Stelling 1: *Pijn is onderhevig aan leerprocessen. Ons zenuwstelsel is adaptief. Dus kan pijn ontleerd worden.*

Consensus over dit inhoudelijk uitgangspunt:

Ons zenuwstelsel is plastisch. Het pijnsysteem is deels onderhevig aan leerprocessen. Dat pijn geheel ontleerd kan worden, lijkt ons inziens niet bewoerd te kunnen worden. Er is consensus over de stelling dat een deel van de verergering van pijn toe te schrijven is aan leerprocessen. De psycholoog is bij uitstek de persoon die deze leerprocessen in kaart brengt bij patiënten en uitleg hierover geeft aan patiënten, naasten van patiënten en andere zorgprofessionals. Het lijkt zinvoller om de beïnvloeding van deze leerprocessen, in plaats van rechtstreekse pijnreductie, als doel op te nemen in het behandelplan. Wetenschappelijk onderzoek laat vooralsnog bescheiden behandel-effecten zien op pijnreductie, ook al wordt in behandeling ingestoken op deze leerprocessen. Een interessante vraag hierbij blijft: wat is pijnreductie? Wat is er veranderd als er pijnreductie wordt gerapporteerd?

Er is consensus over de aanname dat leerprocessen invloed hebben op de ontwikkeling van chronische pijn. Chronificatie van pijn kan echter ook niet uitsluitend verklaard worden vanuit leerprocessen. In een biopsychoso-

ciale aanpak van pijn past het onderzoeken en beïnvloeden van leerprocessen als onderdeel van een diagnostiek en pijnbehandeling. Mensen leren van ervaringen, dus ook van ervaringen met pijn zowel ten positieve als ten negatieve. Ander (gezond) gedrag bijleren (in plaats van iets óntleren) lijkt bij te kunnen dragen aan pijnvermindering en/of verbeteren van functioneren, en in ieder geval aan vermindering van het lijden aan de pijn.

Stelling 2: *Een speciale pijnpsycholoog is niet nodig. Iedere psycholoog kan pijn behandelen.*

Consensus over dit organisatorisch uitgangspunt:

Een 'pijnpsycholoog' heeft toegevoegde waarde binnen de pijnzorg. De naam 'pijnpsycholoog' kan vertrouwen geven aan potentiële patiënten en/of verwijzers en maakt hen beter vindbaar voor patiënten en/of verwijzers. Een 'pijnpsycholoog' heeft, naast voldoende ervaring met mensen met pijn, kennis van het pijn (-systeem) en van biopsychosociale processen die van invloed zijn op pijn, van richtlijnen rond pijn (ook van andere disciplines) en, tot op zekere hoogte medische kennis om de taal van andere disciplines (en patiënten) te kunnen spreken. De pijnpsycholoog is gericht op samenwerking en levert een bijdrage aan een multidisciplinair of interdisciplinair behandelplan, waarbij pijneducatie een belangrijke behandelinterventie is en de basis vormt van de gezamenlijke taal (en narratief) tussen de verschillende disciplines.

Het Netwerk Pijnpsychologen onderschrijft het speerpunt van P.A.i.N. om te streven naar een generalistische basisopleiding voor alle disciplines samen. Hiermee wordt het mogelijk dat alle disciplines die actief zijn binnen de pijnzorg pijneducatie kunnen geven, die in overeenstemming is met de Zorgstandaard Chronische Pijn. Zolang deze generalistische opleiding ontbreekt en het pijnonderwijs in universitaire en BIG-opleidingen ontoereikend is, is het nodig dat de pijnpsycholoog post-master cursussen en pijnscholing van en samen met andere disciplines volgt of dat er (interdisciplinaire) cursussen vanuit de werkvloer ontwikkeld worden.

Stelling 3: *De taak van de psycholoog is om gedragsverandering te faciliteren die ondanks de hulp van andere disciplines niet of onvoldoende tot stand komt.*

Consensus over dit inhoudelijk en organisatorisch uitgangspunt:

Het faciliteren van gedragsverandering is één van de specialisaties en taken van de psycholoog. De pijnpsycholoog dient daarom vroegtijdig en niet als 'last resort' ingeschakeld te worden bij het traceren en behandelen van niet-helpend pijngedrag. Dit gedrag hoeft niet ten alle tijden geproblematiseerd te worden en/of te voldoen aan een stoornisdefinitie. Het normaliseren van gedrag en vergroten van het gedragsrepertoire leiden ook tot preventieve en/of doelmatige zorg.

Een andere belangrijke reden om de psycholoog vroegtijdig in de diagnostiek, indicatie en behandeling te betrekken is het uitdragen van het biopsychosociale model. In de westerse maatschappij en ook in de huidige geneeskunde overheerst nog een biomedische kijk op pijn. Biopsychosociale factoren zouden door alle disciplines signaleerd en onderkend moeten worden. De psycholoog draagt bij aan de bewustwording en bijstelling van de biomedische visie naar een biopsychosociale visie op

pijn. Wanneer pijnzorg beschouwd wordt vanuit het biopsychosociale model dan heeft het 'fysieke' aspect evenveel prioriteit als de psychosociale aspecten.

Stelling 4: *Reductie of verdwijnen van pijn zou het kerndoel van de behandeling van de psycholoog moeten zijn.*

Consensus over dit inhoudelijk uitgangspunt:

Wanneer de veronderstelling is dat chronische pijn wijst op een afwijkend herstelproces waarin verschillende factoren het proces beïnvloeden, dan wordt eigenlijk verondersteld dat het werken aan deze factoren effect sorteert op de ervaren pijn. Wetenschappelijke evidentie laat echter zien dat bescheidenheid ten aanzien van pijnreductie op zijn plek is. Daarom is het beter om in de pijnzorg voorzichtig te zijn met stellige beloftes rondom pijnreductie.³⁶ Het lijkt in ieder geval paradoxaal om pijnreductie als rechtstreeks doel van behandeling op te nemen. Ook omdat pijnreductie als primair doel de pijn naar de voorgrond en onder de aandacht brengt, terwijl het doel is om de pijn op de achtergrond van iemands leven te brengen. De pijnpsycholoog draagt impliciet bij aan pijnvermindering door het verbeteren van zelfmanagement met een hoger welbevinden en functioneren als gevolg.

Met deze uitgangspunten als startpunt kunnen we de gemeenschappelijke grondvisie verder uitwerken, die voor andere disciplines verheldert en inzichtelijk maakt wat de rol van de pijnpsycholoog is binnen de pijnzorg op het gebied van educatie, diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en wetenschappelijk onderzoek.

6 Netwerk Pijnpsychologen – de toekomst

Voor de toekomst wil het Netwerk Pijnpsychologen de visie vanuit expert opinion verder uitwerken en uitdragen om daarmee de kwaliteit van pijnzorg te verbeteren en doelmatiger te maken en de rol van de psycholoog hierin te verhelderen en te versterken.

Een en ander zou moeten leiden tot een interdisciplinaire screening en parallelle samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals in de pijnzorg bij een afwijkend beloop van de pijn en/of het functioneren. Dit uitgangspunt heeft praktische en financiële uitdagingen: zorgen voor voldoende kennis over pijn bij psychologen, zorgdragen voor een toereikende capaciteit van pijnpsychologen, actieve aansturing van andere zorgprofessionals om psychologische interventies te includeren in pijnbehandelingen en een financiële prikkel om samenwerking tussen zorgprofessionals mogelijk te maken.

Een bijdrage van het Netwerk Pijnpsychologen hierin zou zijn het ontwikkelen van een eigen post-master pijncursus voor psychologen en/of het participeren in het pijnonderwijs van andere disciplines zodat het referentiekader van de Pijnpsychologie en rol van de pijnpsycholoog geïntegreerd wordt binnen het reguliere (post-master) pijnonderwijs.

De exacte formulering en uitwerking van middellange en lange termijn doelstellingen zullen onderwerp zijn van overleg tussen de huidige initiatiefnemers in de komende periode.

7 Conclusie

In de afgelopen halve eeuw hebben illustere voorgangers in de Pijnpsychologie een belangrijke bijdrage geleverd

aan het wetenschappelijk onderbouwen van de invloed van psychosociale factoren op pijn. Hiermee hebben zij de weg geopend voor een actieve rol voor psychologen binnen de pijnzorg voor patiënten met chronische pijn. De rol van de pijnpsycholoog binnen de uitvoering en de organisatie van de pijnzorg in Nederland heeft echter geen gelijke tred gehouden met de kwaliteit van en de inzichten vanuit het almaar groeiende psychologische wetenschappelijke pijnonderzoek.

Het huidige initiatief is er daarom op gericht om deze achterstand in te halen zodat de resultaten uit het wetenschappelijke pijnonderzoek duurzaam vertaald kunnen worden naar een heldere rol van de pijnpsycholoog in de klinische praktijk. Middels onderwijs kan deze rol ook uitgedragen worden aan de eigen beroepsgroep en andere beroepsgroepen binnen de pijnzorg. Bovendien leidt het onderwijs tot de kennis en kunde bij de pijnpsycholoog om deze rol in de klinische praktijk ook adequaat te kunnen uitvoeren.

Correspondentieadres

Dr. H. Samwel
Revalis Clinics
Goudsbloemvallei 12-28
5237MJ 's-Hertogenbosch
Tel. 06-31044068
E-mail: han.samwel@revalis.nl

Literatuur

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D.: Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006; 10,287-333.
- Gaskin D.J., Richard P.: The economic costs of pain in the United States. *Pain* 2012; 13:715-24
- Barke A, Korwisi B, Jakob R et. al.: Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization Field Testing. *Pain* 2022; 163(2):e310-8
- Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Kroenke K.: Depression and Pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163; 20:2433-45
- Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. Aust N.Z.: The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatry* 2015; Sep;49(9):803-11
- Racine, M.: Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuropsychopharmacology Biological Psychiatry* 2018; 87(Pt B):269-80.
- Samwel Han, Meer Theo van, Crul Ben J.P.: De psycholoog als pijnbehandelaar. Bussum: Coutinho 2002.
- Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem: Zorgstandaard Chronische Pijn. 2017.
- Chan, C. W., & Peng, P.: Failed back surgery syndrome. *Pain Medicine* 2011; 12(4):577-606.
- Deyo, R. A., & Mirza, S. K.: The case for restraint in spinal surgery: Does quality management have a role to play? *European Spine Journal* 2009; 18(Suppl. 3), 331-7
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Stroud, M. W., & Jensen, M. P.: Coping with pain. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychosocial factors in pain* (pp. 343-59). New York, NY: Guilford Press 1999.
- Carragee, E. J., Alamin, T. F., Miller, J. L., & Carragee, J. M.: Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: A prospective study in subjects with benign persistent back pain. *The Spine Journal* 2005; 5(1),24-35
- Jarvik, J. G., Hollingworth, W., Heagerty, P. J., Haynor, D. R., Boyko E. J., & Deyo, R. A.: Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: Clinical and imaging risk factors. *Spine* 2005; 30(13),1541-8.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P.: Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain* 1999; 47(3),249-83.
- Lester N., Keeffe F.J., Rumble M.E., Labban J.D.: *Coping with chronic pain: from Psychology, Health and illness*. Cambridge University Press 2014.
- Haefeli M, Elfering A.: Pain assessment. *Eur Spine J*. Jan 2006; 15 Suppl 1(Suppl 1): S17-24.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., & DeLateur, B.: *An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain*. *Behaviour Research and Therapy* 1968; 6(1),105-7.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., Jr., Lehmann, J. F., Delateur, B. J., Sand, P. L., & Trieschmann, R. B.: Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1973; 54(9),399-408.
- Beck, A.T.: *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press 1979.
- Dember, W. N.: Motivation and the cognitive revolution. *American Psychologist* 1974; 29(3),161-8.
- Ellis, A., & Grieger, R.: *Handbook of rational-emotive therapy*. New York, NY: Springer 1979.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.: *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer 1984.
- Meichenbaum, D.: *Cognitive factors in biofeedback therapy*. *Biofeedback Self-Regulation* 1976;1(2), 201-216.
- Segal, E. M., & Lachman, R.: Complex behavior or higher mental process: Is there a paradigm shift? *American Psychologist* 1972;27(1), 46 - 55
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M.: *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York, NY: Guilford Press 1983.
- Flor, H., & Turk, D. C.: *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach*. Seattle: IASP Press 2011.
- Gatchel R.J., Peng Y., Peters M.L., Fuchs P.N., Turk D.C.: *The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions*. *Psychological Bulletin* 2007; 133(4),581-624.
- Hann K.E.J. & McCracken L.M.: A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2014; 3,217-22.
- Sitnikova K., Pret-Oskam R., Dijkstra-Kersten S. et al: Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study. *BMC Fam. Pract.* 2018; 19(1):88.
- Houwen J., Lucassen P., Verviel A. et al: Which difficulties do GP's experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study. *BMC Fam. Pract.* 2019; 20(1):180.
- Hallegraef J., van Zweden L., Oostendorp R. et al: Psychological assessments by manual physiotherapists in the Netherlands in patients with nonspecific low back pain. *J. of Man. Manip. Ther.* 2021; 29(5):310-7.
- Synnott A, O'Keefe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K.: Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother.* 2015 Apr;61(2):68-76. doi: 10.1016/j.jphys.2015.02.016. Epub 2015 Mar 23. PMID: 25812929.
- knfg-standpunten/kngf-stand-fysiotherapie-bij-patienten-met-pijn 2022.
- Leaviss J, Davis S, Ren S, Hamilton J, Scope A, Booth A, Sutton A, Parry G, Buszewicz M, Moss-Morris R, White P.: Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2020; Sep;24(46):1-490. doi: 10.3310/hta24460. PMID: 32975190; PMCID: PMC7548871.
- Darnall, B.D., Scheman, J., Davin, S., Burns, J.W., Murphy, J.L., Wilson, A.C., Kerns, R.D., Mackey, S.C.: Pain Psychology: A Global Needs Assessment and National Call to Action. *Pain Medicine* 2016; 17(2),250-63.
- Zonneveld L.: *Communicatie over lichamelijke klachten: in stand houden of veranderen?* *De Psycholoog*, 2022; 7:44-9