

Waarom heb ik ruggpijn?

**Een onderzoek naar de verklaringsmodellen van mensen met lage
ruggpijn in een achterstandswijk**

Suzanne van Ballegooijen
Job Leeuwangh
November 2008
Kwalitatief onderzoek

Inhoudsopgave

Waarom heb ik rugpijn?.....	1
Inhoudsopgave.....	2
Inhoudsopgave.....	2
Introductie.....	3
Introductie.....	3
Methode.....	6
Methode.....	6
<u>Inclusiecriteria:.....</u>	<u>6</u>
<u>Exclusiecriteria:.....</u>	<u>6</u>
Analyse.....	7
Analyse.....	7
<u>Steeds terugkerende hulpvraag.....</u>	<u>7</u>
<u>Causes.....</u>	<u>7</u>
<u>Timeline.....</u>	<u>8</u>
<u>Consequences.....</u>	<u>8</u>
<u>Controlability/curability.....</u>	<u>8</u>
<u>Identity.....</u>	<u>8</u>
Conclusie.....	10
Conclusie.....	10
Discussie.....	11
Discussie.....	11
Bijlage 1.....	13
Bijlage 1.....	13
Bijlage 2.....	14
Bijlage 2.....	14

Introductie

In de eerstelijnsgezondheidszorg zien fysiotherapeuten veelvuldig patiënten met lage rugpijn. In de KNGF-richtlijn lage rugpijn staat beschreven dat lage rugpijn de meest voorkomende verwijstdiagnose is, 27% van alle patiënten die de fysiotherapeut bezoekt heeft lage rugpijn. Bij circa 90% van deze mensen met lage rugpijn is er sprake van rugpijn zonder aanwijsbare specifieke lichamelijke oorzaak, zoals een radiculair syndroom, een trauma, een ontsteking of een tumor. Bij deze patiënten staat pijn in de lumbosacrale regio op de voorgrond met mogelijk uitstraling in de gluteale regio en/of bovenbeen. Deze vorm van rugpijn wordt ook wel a-specifieke lage rugpijn genoemd¹.

In onze dagelijkse praktijk zien wij veelvuldig mensen met lage rugpijn die kampen met langdurige en terugkerende gezondheidsproblematiek. Zij komen herhaaldelijk met dezelfde hulpvraag. Blijkbaar is de hulpverlening bij deze grote groep mensen ontoereikend. Wij als fysiotherapeuten ervaren dat we onvoldoende inzicht hebben in de verschillende factoren die van invloed zijn op de gezondheidsproblematiek bij deze groep mensen waardoor de effectiviteit van onze hulpverlening te laag is.

Deze situatie resulteert in aanhoudende gezondheidsproblemen. Hoge kosten van gezondheidszorg en hoge maatschappelijke kosten als gevolg van arbeidsverzuim. Daarnaast geeft dit een hoge druk op de gezondheidszorg in ons verzorgingsgebied en brengt het frustratie met zich mee bij de aanbieders van gezondheidszorg.

Rugpijn wordt in de (para) medische literatuur opgevat als een biopsychosociaal probleem. Hierin is lage rugpijn het resultaat van interacties tussen biologische, psychologische en sociologische factoren. Uit de literatuur blijkt dat psychosociale factoren vooral een rol spelen in het voortbestaan van de klachten². Dit type wetenschappelijk onderzoek borduurt verder op de gedachte dat bewuste gedachten (illness perceptions) ten grondslag liggen aan menselijk gedrag en dat inadequate gedachten dientengevolge aanleiding kunnen geven tot inadequaat gedrag. Deze opvatting wordt teruggevonden in theorieën van Leventhal (2003)³ en Kleinmann (1980)⁴. Zij geven aan dat 'illness perceptions' moeten worden begrepen binnen een zogenaamd persoonlijk 'verklaringsmodel' (Explanatory Model volgens Kleinmann of het Common Sense Model zoals Leventhal het noemt). Deze verklaringsmodellen zijn vaak grotendeels individueel, impliciet, dynamisch in de tijd en sterk cultuur afhankelijk. Explanatory models (EM) worden gehanteerd door zowel patiënten als hulpverleners in alle gezondheidszorgsystemen. Ze bieden verklaringen over aandoeningen, symptomen en behandeling om zo richting te geven aan de keuzes van therapieën en therapeuten en geven persoonlijke en maatschappelijke waarden over de 'ziekte'-ervaring weer.

In de literatuur is weinig bekend over de aard van de 'Explanatory Models' bij mensen met lage rugpijn terwijl dit toch in een belangrijke mate zou kunnen verklaren waarom mensen op een bepaalde manier met hun pijn omgaan. Waarom blijft de één nou actief bewegen bij de ervaring van lage rugpijn terwijl de ander probeert om zo weinig mogelijk te bewegen. Wanneer er meer inzicht zou zijn in de 'Explanatory Models' van patiënten met lage rugpijn zouden we als fysiotherapeuten het gedrag

van onze patiënten beter kunnen begrijpen en de therapie hier beter op kunnen toespitsen.

De praktijk waar het onderzoek is uitgevoerd is gelegen in de Rotterdamse wijk Feijenoord. Deze wijk wordt gekenmerkt door een hoog percentage allochtonen, een laag gemiddeld opleidingsniveau en een hoog percentage uitkeringsontvangers⁵. Het postcodegebied is door minister Vogelaar aangemerkt als 'krachtwijk'. Uit recent onderzoek van het RIVM⁶ blijkt dat de ervaren gezondheid in de veertig krachtwijken aanzienlijk lager is dan de rest van Nederland. Gekeken naar de krachtwijken van de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) blijken deze verschillen nog groter. Ook uit onderzoek van de GGD Rotterdam en omstreken⁷ blijkt dat mensen met een lage sociaal economische status een aanzienlijk minder goede gezondheid ervaren en een groter beroep doen op de gezondheidszorg.

Door een onderzoeksperspectief te kiezen op de persoonlijke ervaringen van mensen aan de hand van de verklaringsmodellen van Leventhal en Kleinmann willen we inzicht verkrijgen in de manier waarop onze patiënten hun rugpijn begrijpen zodat wij daarop als hulpverleners kunnen anticiperen. Het model van Kleinmann beschrijft 5 hoofdvragen waarop een antwoord wordt gezocht. Deze vragen omvatten de onderwerpen etiologie, de tijd en wijze waarop de symptomen zich als eerste manifesteerde, de pathofysiologie, het beloop van de ziekte/aandoening of symptomen (inclusief de aard en ernst) en de behandeling.

EM's verschillen in de mate waarin wordt getracht om al deze vragen te beantwoorden. EM's van hulpverleners blijken te verschillen van die van patiënten⁸. EM's van behandelaars beantwoorden bijna altijd al deze vragen. EM's van patiënten richten zich op, wat wordt beschouwd als de meest belangrijkste onderwerpen (zorgen). Leken EM's (EM's van patiënten en familie zonder medische kennis) geven het belang van een bepaald gezondheidsprobleem voor de patiënt en familie weer samen met de (behandel-)doelstellingen. EM's worden gevormd en gebruikt voor de omgang van een specifiek gezondheidsprobleem en moeten daarom worden beschouwd in de daarbij behorende context. Verder stelt Kleinmann dat EM's deels bewust en deels onbewust zijn.

Voortbordurend op het model van Kleinmann heeft Leventhal zijn Common Sense Model gemaakt. Leventhal wilde weten wat de invloed van copingstijl en de mate van adaptatie was op het ontwikkelen van een chronische 'aandoening'. Hij stelt een model voor, waarin de drie belangrijkste constructen naar voren komen; representatie van de symptomen wat leidt tot actie en een bepaald actieplan gevolgd door appraisal (het evalueren van het succes of het falen van de copingstijl).

Uit deze basis is het Common Sense Model ontwikkeld, waarin de gedachten en ideeën (percepties) van mensen over de symptomen (illness) worden beschreven. Leventhal beschrijft vijf componenten van deze 'illness beliefs': te weten identity, causes, timeline consequences, controllability en curability.

Foster (2008)⁹ heeft, als een van de weinige, onderzoek gedaan naar de illness perceptions van mensen met a-specifieke lage rugpijn. Uit dit onderzoek blijkt dat mensen met een goede klinische uitkomst bij aanvang van de therapie minder

serieuze consequenties verwachten. Er werden minder emoties als angst en boosheid ervaren. Ook werden er minder symptomen door patiënten gekoppeld aan de rugpijn. Daarnaast hadden zij sterkere percepties over de controle van het probleem (controlability/curability). Dit in tegenstelling tot de mensen die de verwachting hadden dat de rugpijn lang zou gaan duren. Deze groep had weinig vertrouwen in de mogelijkheden met betrekking tot het controleren van de rugpijn en ervoer veel consequenties van de rugpijn.

Uit het onderzoek van Frosthalm e.a (2005)¹⁰ blijkt dat mensen met een sterke illness identity, waarbij illness identity wordt gezien als het aangeven van veel symptomen, meer gebruik maken van de medische zorg. Ook een lange tijdslijn verwachting en de gedachte dat de symptomen ernstig zijn en serieuze consequenties hebben blijken van invloed op de 'zorgconsumptie'. Hieruit zou gesteld kunnen worden dat deze drie illness percepties (identity, timeline, consequences) belangrijk zijn voor de voorspelling met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg in de toekomst. Ook biedt het aangrijpingspunten voor het verminderen van het risico op de ontwikkeling van een chronisch probleem.

Ons onderzoek vindt plaats onder een populatie met een laag economische status. Dit blijkt invloed te hebben op de verklaringsmodellen die mensen hanteren. Er zijn diverse onderzoeken gedaan naar de invloed van sociaaleconomische factoren die invloed hebben op pijn en pijnbeleving, Een lage sociaaleconomische status blijkt invloed te hebben op copingstijl. Mensen met een laag opleidingsniveau gebruiken een minder effectieve copingstijl¹¹. Ook uit een onderzoek van Jordan e.a (2008). over pijn wat tot beperkingen leidt onder oudere mensen blijkt dat factoren als een laag inkomen en een laag genoten opleiding van invloed zijn op het ontstaan van pijn¹².

Als vertrekpunt voor ons onderzoek hanteren we het model van Leventhal. Dit model beschrijft naast de percepties ook de cognities van mensen. Voor ons onderzoek hebben we de cognities buiten beschouwing gelaten.

Methode

De onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van gegevens die zijn verkregen uit semi-gestructureerde interviews. Patiënten die tijdens dit onderzoek onder behandeling waren in verband met a-specifieke lage rugpijn en aan enkele in- en exclusiecriteria voldeden werden door middel van een brief (zie bijlage 1) uitgenodigd in het onderzoek te participeren. In deze brief werd de doelstelling en werkwijze van het onderzoek uitgelegd. Uiteindelijk zijn zes deelnemers (twee mannen en vier vrouwen, leeftijd 19 – 51 jaar) geselecteerd en geïnterviewd. De interviews zijn met een digitale dictafoon opgenomen en volledig uitgetypt.

De interviews begonnen met de vraag: *Kunt u mij over uw lage rugpijn vertellen?*, en werden verder gestructureerd door middel van de thema's: causes, identity, time line, controllability/curability en consequences. Binnen deze thema's werd door de interviewers doorgevraagd totdat de gedachten en ideeën van de participanten duidelijk waren.

Om de uniformiteit tussen de interviewers te waarborgen zijn voorafgaand aan de interviews de onderwerpen besproken en zijn bij elke onderwerp enkele voorbeeldvragen geformuleerd. De analyse vond plaats aan de hand van de interviewverslagen.

Inclusiecriteria:

- a-specifieke lage rugpijn
- huidige episode van rugpijn minimaal 6 weken
- leeftijd tussen de 20 en 55 jaar
- opleidingsniveau maximaal LBO, VMBO
- de Nederlandse taal vaardig in begrip en spraak
- woonachtig in de wijken Feijenoord, Kop van Zuid of Noordereiland (Rotterdam)

Exclusiecriteria:

- nevenpathologie welke genoemd worden op de chronische lijst 2008

Analyse

Onderstaand wordt de verkregen informatie uit de interviews geanalyseerd. Voor de profielen van de geïnterviewden verwijzen we naar bijlage 2.

De participanten hadden in het algemeen moeite met zelfreflectie en moeite om zich te uiten, zowel verbaal (beheersing van de Nederlandse taal en vocabulaire) als op het emotionele vlak. Regelmatig was het nodig om door te vragen en hadden ze hulp nodig van de interviewers in de vorm van stimulering en het geven voorbeelden.

Steeds terugkerende hulpvraag

Opvallend is dat de geïnterviewden herhaaldelijk een periode bij een fysiotherapeut of een andere hulpverlener zijn geweest. De deelnemers geven daarbij aan onvoldoende resultaat te ervaren na behandeling. Soms ervaart men een periode geen of minder pijn (variërend van een paar uur tot een aantal weken), waarna hetzelfde klachtenbeeld terugkeert. Zoals Abdul zegt: "...Ik heb al zo veel behandelingen gehad, maar de pijn gaat niet over. Alleen als ik in behandeling ben enzo, dan gaat het iets minder, maar na een tijdje begint weer hetzelfde verhaal. Ik vind het lastig om steeds weer terug te komen. En omdat het toch niet helpt...". Dit proces blijft zich herhalen. Hiervoor lijken twee redenen te zijn. Enerzijds zijn de geïnterviewden blij met de tijdelijke afname van de pijn. Anderzijds blijven zij hoop houden op een adequate oplossing van hun gezondheidsprobleem. Ze zoeken dit, schijnbaar tegen beter weten in, bij hulpverleners waar ze al eerder onder behandeling zijn geweest zoals huisarts en fysiotherapeut. Daarnaast ook bij 'nieuwe' hulpverleners (bv. voetreflexologie), onderzoeksmiddelen (bv. MRI-scan en bloedonderzoek) en hulpmiddelen (bv. voedingssupplementen en inlegzooltjes). Rashna verteld hierover: "Ik dacht. Ga ik zo lezen. Alle boeken. Internet. Dan denk ik. Vitaminetabletten. B, zeggen ze wel. Of dat helpt weet ik niet". Ook is ze bezorgd reuma te hebben, ondanks dat bloedonderzoek hiernaar negatief was.

Causes

Het is vaak moeilijk voor de geïnterviewden om een precieze ontstaanswijze of oorzaak van de rugpijn te duiden. Ze brengen meerdere factoren hiermee in verband, maar blijven hierover onzeker. Rashna: "Ik weet niet waarvan die pijn eigenlijk is gekomen".

Houdingen en bewegingen hebben invloed op de rugpijn denken de geïnterviewden. Tillen en bukken zijn terugkerende bewegingen die aangemerkt worden als bewegingen die de pijn verergeren. Maar ook de manier van lopen (waggelen tijdens zwangerschap bij Soelaja). Rashna spreekt over "verkeerde bewegingen ofzo" waardoor de pijn toeneemt. Daarom probeert ze voorzichtig te zijn tijdens bewegen. Hassan is bang om zwaar te tillen. Hij heeft gemerkt dat na zwaar tillen de rug pijnlijk aanvoelt.

Werk is een mogelijke factor die wordt gezien als bepalend bij het ontstaan van het gezondheidsprobleem: Abdul: "zwaar werk gehad". Rashna: "Ik ben meer schoonmaakwerk gaan doen. Ja en daardoor kreeg ik heel veel pijn". Mirjam zegt in eerste instantie: "het komt het meeste door mijn werk".

Timeline

Opvallend is de verwachting van de meeste geïnterviewden dat er weinig of geen verbetering te verwachten is voor de toekomst: “gaat niet meer over” of “want ander had ik al lang geen of minder pijn”. Ervaringen uit het verleden brengen deze participant tot deze conclusie.

Verwachting voor de toekomst dat de klachten erger worden en meer gaan belemmeren in ADL zoals Abdul aangeeft: “Ja, over tien jaar kan ik misschien de dingen niet meer doen die ik nu doe”. Of “Nou, slechter wordt het niet”. En “ik weet dat ik er nooit vanaf kom”(Rashna). Soelaja: “Omdat ik het al heel lang heb, denk ik van niet” op de vraag of ze denkt dat het over gaat.

Consequences

Angst is een terugkerende emotie die doorklinkt in de verhalen die mensen vertellen. Angst voor de toekomst: “dat de situatie slechter wordt” (Abdul). Op de vraag waar Soelaja bang voor is antwoordt ze: “Dat het niet meer over gaat”. Andere emoties die naar voren komen zijn boosheid en verdriet. Rashna: “Ja, ik voel me wel verdrietig”. Hassan geeft aan dat hij boos is op zichzelf “omdat het zolang gaat duren”. Mirjam geeft aan vooral verdriet te ervaren omdat ze al zo jong rugpijn ervaart. Tijdens het interview bleek dat de geïnterviewden het moeilijk vonden om hun emoties te benoemen. Nadat er een voorzet werd gegeven door de interviewer kwam er wel reactie.

De rugpijn blijkt de deelname aan het maatschappelijke leven te beïnvloeden. Voor Abdul is dit zijn werk wat hij niet meer kan doen. Voor Rashna betekent dit dat ze niet meer op haar kleinkind past en voor Soelaja dat ze niet altijd kan klaarstaan voor familieleden. Rashna: ‘Ik kan eigenlijk niks meer doen. Zoals ik vroeger altijd deed.’

Controlability/curability

Uit de interviews blijkt dat mensen geen of weinig controle kunnen uitoefenen op de klachten die ze ervaren.

Rashna over de behandelingen: “Denk je van ja, ik voel me ietsje beter”. Zelf probeert ze door middel van fitness de pijn te verminderen. “Dan voel ik ook dat het helpt. Maar als je thuis bent, dan voel je het weer”. Oefeningen worden door de geïnterviewden vaak als iets positiefs aangegeven. Iets wat ze kunnen doen om de pijn in de rug te beïnvloeden. Mirjam: “dat voelt gewoon lekker aan, als ik die oefeningen doe”. Of met de gedachte om de pijn in de rug te voorkomen. Hassan doet elke ochtend oefeningen ter preventie “als ik uit bed kom dan heb ik geen last. Niet van de last, maar stel de volgende keer...Het is beter dat je het van te voren even wat warmer wordt”.

Identity

Opvallend is dat de aard van de klachten vaak wordt verklaard vanuit de lichamelijke dimensie. Voornamelijk gebaseerd op uitspraken van hulpverleners.

Abdul: “slijtage is geconstateerd op een foto”. Dhr geeft aan dat dit mede met nog andere factoren een oorzaak is voor het probleem.

Rashna: “wervels die vast zitten”. “bekken verschoven” geeft mevrouw aan als oorzaak van de pijn die ze ervaart.

Soelaja: “het bekken is een beetje verschoven volgens mij”. Hassan vraagt zich af of het ligt aan de constructie van zijn rug.

Er was één geïnterviewde die een mogelijk verband legde tussen stress en de pijn die ze ervoer in de rug. Mirjam vroeg zich hardop af “Ik geef wel mijn werk de schuld, maar misschien heeft het wel helemaal niet te maken met werk. Het kan ook met mijn emotionele situaties zijn van binnen enzo” Later zegt ze “Stress kan natuurlijk wel ziektes geven”.

Toch geeft men aan de andere kant aan dat er waarschijnlijk op beeldmateriaal niets of weinig te zien zou zijn wat te maken heeft met de pijn die men ervaart.

Alle geïnterviewden geven aan dat ze niet verwachten dat er lichamelijk iets kapot is. Opvallend is de tegenstrijdigheid, dat zij desondanks toch in de lichamelijke dimensie blijven zoeken naar de aard van het gezondheidsprobleem door middel van beeldvormende technieken en bloedonderzoek. Illustratief is wat Christa zegt over röntgenonderzoek van haar lumbale wervelkolom: “op de foto’s was niks te zien. Dus ik had echt zoiets van, nou, dan zit het tussen mijn oren”. Ook zegt ze hierover: “Dan doe ik iets niet goed. Of komt het misschien omdat ik te hoge hakken draag af en toe. Of komt het door zus... of...”. Jaren later toen uit een scan coxartrose bleek: “Oh, het zat helemaal niet tussen mijn oren. Ik had wel degelijk pijn!”

Uit dit voorbeeld blijkt dat alleen pijn die verklaard kan worden uit een fysieke afwijking als echt wordt beschouwd. En dit biedt ook dan pas een sociaal geaccepteerd excuus voor ‘ziekte’gedrag. Christa vertelt over wandelen in gezelschap van anderen: “Eigenlijk zou ik het liefst stoppen. Gewoon lekker gaan zitten. Maar omdat je met anderen bent. Dan doe je dat niet. Dan ga je door”. Na de diagnose coxartrose: “Ik ging makkelijker zitten. Want ik had een rede. Ja, ik heb echt iets”. Haar huidige lage rugpijn kan ze niet goed verklaren. Ze weet dat ze haar rugspieren anders moet gebruiken, maar blijft de pijn verklaren als gevolg van haar heupen. “Ik houd het altijd toch op dat het mijn heupen zijn. Ja, ik weet het niet”.

Conclusie

Uit de interviews blijkt dat de door de deelnemers gehanteerde explanatory models vaak vaag en onvolledig zijn. Ook tegenstrijdigheden binnen een explanatory model komen voor. Zo wordt bijvoorbeeld een ontstaansfactor van de rugpijn gegeven die door de persoon wordt gehanteerd, maar waarbij ook wordt gezegd dat die ontstaansfactor niet van invloed kan zijn. Deze tegenstrijdige gedachten leven naast elkaar. Hierin verschillen deze explanatory models met die door behandelaars worden gehanteerd. Deze verschillen komen waarschijnlijk voort uit het verschil in specifieke kennis op het gebied van lage rugpijn en gezondheid in het algemeen. Ook verschillen in cultuur en ervaringen zijn van hierop van invloed. Deze verschillen worden ook door Kleinmann weergegeven¹³.

Uit de analyse blijkt dat deze groep patiënten moeite heeft met zelfreflectie. Ook vind men het moeilijk zich te uiten, zowel verbaal (beheersing van de Nederlandse taal en vocabulaire) als op het emotionele vlak. Hierdoor wordt het verkrijgen van een goed inzicht in het explanatory model belemmerd.

De geïnterviewden blijken een negatieve kijk te hebben op de toekomst. Over het algemeen verwacht men dat de klachten niet meer over gaan. Dit sluit aan bij het onderzoek van Frosthalm¹⁴ (2005) waaruit blijkt dat mensen met een zogenaamd 'lang tijdslijn perspectief' een groter beroep doen op de gezondheidszorg. Ook zou gesteld kunnen worden naar aanleiding van de analyse dat over het algemeen de geïnterviewden een passieve copingstijl hanteren. Men blijft steeds terugkomen bij de hulpverlener en legt het probleem daar neer. Er vindt weinig verandering van gedrag plaats in de tijd dat men de pijn ervaart. Een passieve copingstijl blijkt uit eerder¹⁵ onderzoek minder effectief te zijn dan een actieve copingstijl. Uit onderzoek van Cano¹⁶ (2006) blijkt dat deze passieve copingstijl meer naar voren komt bij mensen die laag geschoold zijn wat overeen komt met onze onderzoekspopulaties en onze conclusie onderstreept.

Om inzicht te krijgen in het explanatory model is het belangrijk dat de behandelaar geïnteresseerd daarin is. Daarnaast zijn kennis over de explanatory models en goede communicatieve vaardigheden belangrijk om de juiste informatie te verkrijgen. Niet alle behandelaars beschikken hierover of kunnen hier vanwege werkomstandigheden, zoals tijd, geen gebruik van maken.

In het wegnemen van de verschillen tussen de gehanteerde explanatory models van patiënt en behandelaar ligt mogelijk de weg naar een succesvolle hulpverlening. Daarvoor is het belangrijk dat dezelfde explanatory models worden gehanteerd door de verschillende behandelaars waarmee de patiënt in contact komt. Het blijkt namelijk dat de explanatory models die de participanten hanteren voor een groot deel bestaan uit diverse verklaringen van verschillende behandelaars. De gezondheidszorg is dus in zijn ijver om zoveel mogelijk duidelijkheid te geven zelf gedeeltelijk verantwoordelijk voor bestaande verwarring bij de patiënten.

Discussie

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de explanatory models die patiënten hanteren. Er is nog minder onderzoek gedaan naar de gehanteerde explanatory models bij specifieke gezondheidsproblemen zoals lage rugpijn en bij specifieke patiëntcategorieën zoals mensen met een lage sociaal-economische status.

Via dit onderzoek hebben wij getracht om hier meer inzicht in te krijgen. Voornamelijk bij de groep mensen die wij veelvuldig zien en waarbij de huidige hulpverlening onvoldoende lijkt te zijn; mensen met langdurige en of recidiverende specifieke lage rugpijn met een lage sociaal-economische status. Omdat de onderzoeksgroep vrij klein is, kan er uit de verkregen informatie geen harde conclusies getrokken worden. Wel geeft dit onderzoek richting. Het wijst ergens heen.

Uit het onderzoek blijkt dat de gehanteerde explanatory models van de onderzochte groep vaag, onvolledig en soms zelf tegenstrijdig binnen het explanatory model zelf zijn. Daarnaast wijken ze duidelijk af van de explanatory models die gehanteerd worden door hulpverleners. Hiermee is nog niet te zeggen dat dit uitsluitend voor deze groep geldt en of dit de reden is van het voortbestaan van de gezondheidsproblematiek. Wel bieden de explanatory models volgens ons aangrijpingspunten voor behandeling van gezondheidsproblemen waarin hoofdzakelijk de psychosociale factoren bepalend zijn. Het wegnemen van de verschillen in de explanatory models van de patiënt en behandelaar lijkt van belang om deze gezondheidsproblemen op een adequate wijze aan te pakken.

Allereerst is het dan van belang dat de diverse behandelaars eenduidige explanatory models hanteren. Dit is momenteel niet het geval. Daarnaast dienen de behandelaars voldoende kennis over explanatory models in het algemeen te hebben en over de juiste communicatieve vaardigheden te beschikken. Daarnaast is het belangrijk om voldoende tijd te hebben voor het bespreken van deze factoren die relatie hebben met het gezondheidsprobleem van de patiënt.

Ook dient er rekening gehouden te worden met andere factoren die nodig zijn bij het bespreken en dus ook de explanatory models beïnvloeden. Zowel de patiënt als de behandelaar dient in staat te zijn tot zelfreflectie. Er moet afstemming gevonden worden in communicatie. Verschillen in taal, cultuur en kennis kunnen hierin belemmerend zijn. Deze verschillen lijken ook van invloed op het instant houden van de gezondheidsproblematiek bij de onderzochte groep.

Tevens lijkt de langdurige gezondheidsproblematiek van enkele deelnemers van invloed op de perceptie van de persoon op zijn of haar gezondheidsprobleem. De persoon kan zichzelf niet meer los zien van het gezondheidsprobleem. Rashna kon de door haar ervaren pijn niet op logische wijze duiden. Ze vertelde dat de pijn altijd constant en onveranderd aanwezig was. Maar ook dat ze de pijn soms vergat, dat het kon toe- en afnemen. Geconfronteerd met deze tegenstrijdigheid kon ze dit niet verklaren.

De interviews die zijn gehouden hebben zich voornamelijk gericht op de illness perceptions. Het model van Leventhal omvat ook de illness cognitions. Deze hebben wij als onderzoekers bewust buiten beschouwing gelaten. De ervaring die we in de

praktijk hebben opgedaan met de doelgroep heeft ons dit doen besluiten. We hebben namelijk ervaren dat deze groep mensen het vaak erg moeilijk vind om over emoties te praten of de ervaren emoties onder woorden te brengen. Soms door een verminderd begrip van de Nederlandse taal of soms omdat ze over maar een relatief klein vocabulaire beschikken. Om deze reden hebben we er ook niet voor gekozen om de IPQ-K (een vragenlijst over illness perceptions) te gebruiken. De verwoording van de vragen vindt naar alle waarschijnlijkheid geen aansluiting bij de geïnterviewde. Achteraf zijn we er blij mee omdat uit de interviews de ambiguïteit naar voren kwam, wat we waarschijnlijk met een vragenlijst niet te weten waren gekomen. Daarnaast zijn de interviews waardevol geweest voor ons als therapeut. Het was voor ons praktisch relevant en daarom een leermoment om met mensen te praten over de verklaringen die ze hadden bij hun ervaren rugpijn.

Bijlage 1

Rotterdam, 12 september 2008

Beste geïnteresseerde,

Lage rugpijn is een veel voorkomend probleem. Veel mensen die de fysiotherapeut bezoeken klagen over lage rugpijn. Er is al veel onderzoek gedaan naar dit probleem. Toch blijkt dat we nog weinig weten over de gedachten, emoties en ervaringen van mensen met lage rugpijn. We zouden dit de belevingswereld kunnen noemen. Naar deze belevingswereld willen wij graag onderzoek doen.

Wij, dat zijn Job Leeuwangh en Suzanne van Ballegooijen. Beide zijn wij werkzaam als fysiotherapeut bij Fysiotherapie Rotterdam. Ook zijn wij beide studierend aan de Masteropleiding voor Manuele therapie.

Wat is de bedoeling?

In een interview met u, waar we eenmalig ongeveer een half uur tot drie kwartier voor uittrekken, willen we met u een aantal onderwerpen bespreken die te maken hebben met de rugpijn. Bijvoorbeeld hoe u de rugpijn ervaart, wat u denkt dat er aan de hand is met de rug en welke gevolgen dit voor u heeft. Dit gesprek nemen we op, zodat we dit later uit kunnen typen. Naar aanleiding van de gesprekken die we met diverse mensen houden hopen we te ontdekken of er overeenkomsten zijn in de verklaringen en de gedachten van mensen die lage rugpijn ervaren. De gegevens worden verwerkt in een verslag wat als doel heeft om uiteindelijk mensen met lage rugpijn beter te begrijpen, zodat dit de fysiotherapeutische hulpverlening ten goede komt.

Voor alle duidelijkheid. Het interview staat volledig los van de behandeling die u krijgt bij een collega fysiotherapeut en wordt alleen voor het onderzoek gebruikt.

Met alle informatie die u bespreekt met de interviewer wordt correct omgesprongen. De informatie wordt uitsluitend voor het onderzoek gebruikt en na gebruik vernietigd. Wanneer u geïnteresseerd bent in het verslag kunt u dit aangeven en zal u dit achteraf worden toegestuurd.

Met het ondertekenen van deze brief stemt u in met deelname aan het interview onder de voorwaarden zoals hierboven is geschetst. Graag maken we met u een afspraak om het interview te houden.

Met vriendelijk groet,

Job Leeuwangh Suzanne van Ballegooijen(geïnterviewde)

Bijlage 2

Profiel Abdul

Marokkaanse man van jaar maar al 30 jaar, woonachtig in Nederland. Sinds 1 jaar niet werkend in verband met rugklachten. Daarvoor gewerkt als orderpikker bij muziekzaak. Getrouwd, 3 kinderen. Doet niet aan sport.

Profiel Soelaja

Hindoestaanse vrouw van 29 jaar, geboren en opgegroeid in Nederland. Mevrouw is getrouwd, heeft een kind van 3 jaar en werkt fulltime als secretaresse. Daarnaast heeft ze de zorg voor haar zontje. Mevr sport niet.

Profiel Mirjam

Vrouw van 19 jaar met Antilliaanse ouders, geboren in Nederland. Mevrouw werkt in de horeca, woont zelfstandig en doet niet aan sport.

Profiel Christa

Vrouw van 48 jaar, getrouwd, twee uitwonende dochters en twee kleinkinderen. Mevrouw werkt momenteel voor het uitzendbureau en heeft daar bureaufuncties. Mevrouw doet niets aan sport, gaat vaak met haar man een stuk wandelen en houdt er van om iets met haar dochters te ondernemen.

Profiel Rashna

Hindoestaanse vrouw van 51 jaar, getrouwd, uitwonende zoon en dochter en een kleinkind. Geen betaald werk. Geen hobby's of sport. Houd zich bezig met haar huishouden en past soms op haar kleinkind.

Profiel Hassan

Marokkaanse man van 40 jaar, getrouwd en 2 schoolgaande kinderen. Werkt fulltime in de metaalindustrie. Doet niet meer aan sport. Probeert soms met zijn kinderen een balletje te trappen.

Suzanne van Ballegooijen
Job Leeuwangh
Professional Master Manuele Therapy
Kwalitatief onderzoek



- ¹ Bekkering G.E., Hendriks H.J.M., Koes, B.W., Oostendorp R.A.B., Ostelo R.W.J.G., Thomassen J.&Tulder M.W (2001). *KNGF- Richtlijn Lage rugpijn*
- ² Heneweer H., Aufdemkampe G., Tulder M.W., Kiers H., Stappaerts K.H. & Vanhees L.(2007) Psychosocial variables in patiënts with (sub)acute low back pain: an inception cohort in primary care physical therapy in The Netherlands. *Spine*,32, 586-592.
- ³ Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self regulation of health and illness, In Cameron LD, Leventhal H, eds. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. London: Routledge, 2003;42-65
- ⁴ Kleinmann A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An Exploration of the borderland between Anthropology, Medicine And Phychiatry*. Berkely and Los Angelos: University of California Press.
- ⁵ Gebiedsplan Feijenoord (2006). Stichting Welzijn Feijenoord
- ⁶ Verweij A, Lucht F van der & Droomers M.(2008) *Gezondheid in veertig krachtwijken*. RIVM: Bilthoven
- ⁷ Berg, van der, M, Dijk, van, A, Stout, A & Swart, W. *Gezondheidskaart. Sociaal economische gezondheidsverschillen*. GGD Rotterdam
- ⁸ Kleinmann A. (1980). *Patiënts and healers in the context of culture: An Exploration of the borderland between Anthropology, Medicine And Phychiatry*. (pp 104-105). Berkely and Los Angelos:University of California Press.
- ⁹ Foster N.E., Bishop A., Thomas E., Main C., Horne R., Weinman J.& Hay E.(2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain* 136 177-187
- ¹⁰ Frosthholm L., Fink P., Christensen K.S., Toft T., Oernborl E, Olesen F. & Weinman J.(2005) The Patients' Illness Perceptions and the Use of Primary Care. *Psychosomatic medicine*, 76, 997-1005.
- ¹¹ Poleshuck E.L. & Green C.R.(2008). Socioeconomic disadvantage and pain. *Pain*, 136, 235-238.
- ¹² Jordan K.P., Thomas E., Peat G., Wilkie R. & Croft P. (2008). Social risk for disabling pain in older people: A prospective study of individual area characteristics. *Pain*, 136, 235-238.
- ¹³ Kleinmann A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An Exploration of the borderland between Anthropology, Medicine And Phychiatry*. (pp 104-105). Berkely and Los Angelos:University of California Press.
- ¹⁴ Frosthholm L., Fink P., Christensen K.S., Toft T., Oernborl E, Olesen F. & Weinman J.(2005) The Patients' Illness Perceptions and the Use of Primary Care. *Psychosomatic medicine*, 76, 997-1005.
- ¹⁵ Boothby J., Thorn B.E., Stroud M.W. & Jensen M.P.(1999)Coping with pain. In: Gatchell R.J., Turk D.C., editors. *Psychosocial factord in pain:critical perspectives*.(pp343-359). New York:Guilford Press
- ¹⁶ Cano A., Mayo A.& Ventimiglia M.(2006).Coping, pain severity, interference, and disability:the potential mediating and mderating roles of race and education. *J. Pain*, 7, 459-168