

1 | **Pijn**periodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en
pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar
4e jaargang, mei 2007

Pijnbestrijding in de topsport

**Kwaliteit van
zorg staat hoog
op de agenda**

**Zorg op maat
binnen de
pijnrevalidatie**

4 Oprichting LVP

Overgang van netwerk naar vereniging

4 Bijwerkingen?

Vraag het de gebruiker!

5 Fibromyalgie

Nieuwe folder in de reeks Sportief Bewegen

13 Breed gamma aan blessures bij topsporters

18 Pijn moet na 10 jaar op het programma blijven!

Congresverslag

10



Pijnbestrijding in de topsport

Dr. W.J. Meijler

8



Kwaliteit van zorg staat hoog op de agenda

Congres evalueert nieuwe zorgverzekeringwet

Saskia van Rijnsouw

14



Zorg op maat binnen de pijnrevalidatie

Loes Swaan

Verder in dit nummer

Van de voorzitter, Prof. dr. W.W.A. Zuurmond **3**

Redactioneel, Dr. W.J. Meijler **3**

www. Wat Wil je Weten, Dr. R. Gaymans **6**

Ingezonden brieven, pijnpatiënt John Hubbers **7**

Bewegen voor een beter gevoel, Prof. Dr. F.J.G. Backx **16**

Voor u gesignaleerd **17**

Agenda, congressen, symposia en bijeenkomsten **19**

Het pijnperiodiek wordt mede mogelijk gemaakt door



Bayer HealthCare
Consumer Care





Professor dr.
W.W.A. Zuurmond

PijnFonds en Pijnperiodiek anno 2007

Twee jaar na de oprichting van het PijnFonds is het tijd om u op de hoogte te brengen van de behaalde resultaten. Het PijnFonds heeft een moeilijke start achter de rug. Door een enthousiast bestuur en een toegewijd bureau is echter veel bereikt. Er is bovendien gebleken dat er duidelijk behoefte bestaat aan het Nationaal PijnFonds.

Een aantal activiteiten loopt goed. Enkele zijn kwetsbaar waaronder het Pijnperiodiek. Andere voorbeelden van lopende activiteiten zijn bijeenkomsten, dienstverlening en de website. Alle activiteiten worden door zowel pijnpatiënten als pijnbehandelaars als zeer positief ervaren zo bleek uit de enquête eind 2006 gehouden. Zo scoorde het Pijnperiodiek bijvoorbeeld gemiddeld een 8 voor inhoud en actualiteit en een 7,8 voor vormgeving, lay-out, inhoud en lezenswaardigheid. Ook werd gevraagd naar de bereidwilligheid om bij te dragen in de kosten van het nu gratis toegestuurd Pijnperiodiek. Van de ondervraagde lezers bleek 60% bereid een vergoeding te betalen om het Pijnperiodiek te blijven ontvangen. "Alles kost geld!" antwoordde één van de respondenten treffend.

Bij de start van het PijnFonds werd gesteld dat financiering vooral moest worden gerealiseerd vanuit donaties en sponsorschap. In het verleden vond de financiering van het Pijnperiodiek plaats vanuit industriële sponsoring en subsidie van VWS. Het blijkt echter anno 2007 zeer moeilijk om de financiering van PijnFonds en Pijnperiodiek rond te krijgen. Het aantal donateurs blijft achter, de overheid heeft zich teruggetrokken, en de sponsoring van industrieën levert ondanks alle inspanningen minder op dan verwacht. Eén van de maatregelen die het PijnFonds mogelijk moet nemen om het Pijnperiodiek te kunnen voortzetten is het vragen van een jaarlijkse bijdrage. Een tegemoetkoming in de porti-, druk en administratiekosten. Aangezien veel lezers hebben aangegeven het Pijnperiodiek zeer te waarderen hebben we alle vertrouwen in de toekomst van het Pijnperiodiek. In onze volgende uitgave komen we hier graag bij u op terug.

Redactioneel

W.J. Meijler, hoofdredacteur

In dit nummer staan sport en pijn centraal. Van het effect van de Beweegnorm tot pijnbestrijding bij topsport. Van pijn bij chronisch zieken tot revalidatie en blessureleed. Ook besteden we uitvoerig aandacht aan de actualiteit. In de folderreeks Sportief Bewegen verschijnt binnenkort Sportief Bewegen met Fibromyalgie. Revalidatie-arts Loes Swaan vertelt over het hoe en waarom van deze folder. Bovendien doet ze verslag van een congres over pijnrevalidatie. Hieruit blijkt dat de pijnrevalidatie grote vooruitgang boekt bij de begeleiding van patiënten met chronische pijn, die 'ermee moeten leren leven'. En hoe gaat het met de ZorgverzekeringsWet 1 jaar na invoer? Saskia van Rijnsouw bezocht een

congres hierover en verzorgde een uitgebreide sfeerimpressie. Verder breng ik graag het artikel over Lareb Intensive Motoring onder uw aandacht. Want wie kan het best de bijwerkingen van medicijnen omschrijven en bepalen? Precies! De patiënt die een betreffende medicijn gebruikt en daar is deze nieuwe vorm van geneesmiddelenbewaking van Lareb op gebaseerd. U leest u er alles over op pagina 4. Tot slot starten we in deze editie met de serie Ingezonden Brief. Chronisch pijnpatiënt John Hubbers bijt het spits af en tekent op indringende wijze zijn ervaringen op. Graag tot de volgende editie,

W.J. Meijler, hoofdredacteur

Van netwerk naar vereniging

Op 10 november jl. is de Landelijke Vereniging voor Pijnverpleegkundigen (LVP) opgericht. Hiermee werd de overgang van netwerk (Landelijk Verpleegkundig Netwerk) naar vereniging een feit. Rianne van Boekel, verpleegkundigconsulent pijn en secretaris van de LVP, vertelt.

'De overgang van netwerk naar vereniging is gemaakt omdat onze taken en verantwoordelijkheden niet langer pasten in een netwerk. De behoefte werd steeds duidelijker om het netwerk officieel te regelen, dus middels een

vereniging met een website met structurele mogelijkheden voor ledenraadpleging en werkgroepen. Het netwerk bestond al vanaf 2001 en sinds die tijd zijn er verschillende producten geleverd, waaronder de landelijke verpleegkundige



pijnanamnese, diverse onderwijsstukken, het pijncongres en vraagbaak-functie. Concreet betekent

dit voor de leden dat we beter georganiseerd zijn, waardoor er meer mogelijk is op het gebied van positieversterking en deskundigheidsbevordering. Op dit moment zijn er rond de 60 ingeschreven leden, en er komen er elke dag bij. We verwachten in eerste instantie dat de circa 150 leden van het netwerk zich zullen inschrijven voor de vereniging. We richten ons volgens onze statuten op

Bijwerkingen? Vraag het de gebruiker!

Iedereen heeft wel eens last van een ongewenst effect van een geneesmiddel. Dit is erg vervelend, zeker wanneer dit geneesmiddel langdurig wordt gebruikt. Om geneesmiddelgebruik veiliger te maken, is het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb in 2006 begonnen met Lareb Intensive Monitoring. Met deze nieuwe vorm van geneesmiddelbewaking staan de ervaringen van de gebruiker van het geneesmiddel centraal. Momenteel worden Lyrica® en Cymbalta® met dit systeem gevolgd.

Ingrid Oosterhuis

Voordat nieuwe medicijnen worden voorgeschreven, zijn ze uitgebreid onderzocht op werkzaamheid en

veiligheid. Toch komt veel informatie, bijvoorbeeld over zeldzame bijwerkingen, wisselwerkingen en andere problemen, pas aan het licht als het middel door veel mensen wordt gebruikt.

Het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, sinds 1995 het landelijk centrum voor het melden van bijwerkingen, speelt een belangrijke rol in het opsporen van nieuwe bijwerkingen. Een mogelijke bijwerking kan via www.lareb.nl gemeld worden door artsen, apothekers en sinds enige jaren ook door gebruikers.

Actief

Het systeem van het insturen van meldingen via het internet werkt goed, maar is een passieve manier om informatie over bijwerkingen te verzamelen. De afgelopen jaren heeft de veiligheid van geneesmiddelen veel aandacht gekregen (bijvoorbeeld Vioxx®). Om de veilig-

heid van geneesmiddelen op een meer actieve manier te kunnen bewaken, is Lareb Intensive Monitoring ontwikkeld. Met deze nieuwe vorm van geneesmiddelbewaking, waarbij gebruiker en zijn ervaringen centraal staan, kan Lareb sneller en op een actieve manier informatie verzamelen over gebruik en veiligheid van geneesmiddelen.

Lareb Intensive Monitoring

Het doel van Lareb Intensive Monitoring is om meer informatie over geneesmiddelen te krijgen. Daarom worden gebruikers van geneesmiddelen gevolgd vanaf het moment dat zij geneesmiddelen bij de apotheek ophalen. Deelname aan Lareb Intensive Monitoring bestaat uit het invullen van een aantal door email verzonden vragenlijsten gedurende het gebruik. Centraal staan de ervaringen met het gebruikte geneesmiddel

en mogelijke bijwerkingen. Omdat de patiënt in de loop van de tijd meerdere vragenlijsten ontvangt, is het met Lareb Intensive Monitoring mogelijk om effecten van geneesmiddelen tijdens het gebruik te volgen. Zo wordt bijvoorbeeld onderzocht of een bijwerking altijd, of alleen aan het begin van de behandeling optreedt en of deze wellicht van voorbijgaande aard is. Dit is natuurlijk erg belangrijk te weten wanneer je een geneesmiddel voor langere tijd moet gebruiken! Het is duidelijk dat gebruikers van een geneesmiddel onmisbaar zijn om Lareb Intensive Monitoring tot een succes te maken. Doordat vele gebruikers op hetzelfde moment de vragenlijsten invullen, komt er in korte tijd veel informatie beschikbaar over een bepaald geneesmiddel. Hierdoor wordt geneesmiddelgebruik veiliger, zowel voor de gebruiker als voor toekomstige gebruikers!

Rust roest & bewegen is een zegen... ...ook voor mensen met fibromyalgie?

de realisatie van optimale zorg aan patiënten met pijn in alle gebieden van de gezondheidszorg en de professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden op het gebied van kennis, vaardigheden, beroepshouding en ethiek met betrekking tot pijn en pijnbehandeling.’

Meer informatie op www.pijnverpleegkundigen.nl



Loes Swaan,
revalidatiearts

In Sportief bewegen en fibromyalgie komt onder meer aan bod wat fibromyalgie is, algemene beweegadviezen bij fibromyalgie, concrete beweegtips en aanvullende informatie. Maar hoe komt zo'n patiëntenfolder tot stand?

Onderzoekresultaten

Om te beginnen heeft TNO onderzocht of er in de wetenschappelijke literatuur effecten bekend zijn van sportief bewegen bij fibromyalgie. De studies die gevonden werden zijn beoordeeld op hun kwaliteit. Bijvoorbeeld: bij hoeveel mensen is effect gemeten? Hoe werd dit gemeten? Was er ook een controlegroep? Is goed beschreven wat de onderzoekers verstaan onder sportief bewegen? Waren er veel uitvallers? De sportieve activiteiten konden onderverdeeld worden in 3 groepen met verschillend doel: gericht op conditieverbetering, op kracht en op lenigheid. Nadat gegevens waren verzameld uit de kwalitatief goede onderzoeken,

konden de volgende voorzichtige conclusies worden getrokken:

- Conditietraining heeft een positief effect op fitheid en gevoeligheid van pijnpunten. Dit geldt voor de korte termijn: over de lange termijn kunnen geen uitspraken gedaan worden.
- Bewegingsactiviteiten gericht op conditie lijken een positief effect te hebben op vermoeidheid, slaapkwaliteit, zelfeffectiviteit¹, algemeen welbevinden en mentale gezondheid. De bewijzen voor deze conclusie zijn echter niet heel sterk.
- Ook programma's die zich op meerdere doelen richten lijken effectief te zijn. Het is echter niet uit te maken voor welke van de verschillende onderdelen dat vooral geldt.
- Bewegen is in elk geval (ook) zinvol ter preventie van overgewicht, hart- en vaatziekten en diabetes (suikerziekte).

Welke bewegingsactiviteiten zijn er voor mensen met fibromyalgie?

Er zijn zowel therapeutische programma's als recreatieve activiteiten. De meeste programma's binnen de gezondheidszorg worden uitgevoerd door fysiotherapeuten. Zo is er in Drenthe een multidisciplinair programma dat wordt uitgevoerd door Thuiszorg

in samenwerking met 8 fysiotherapiepraktijken. Na afloop van de 20-25 trainingsbijeenkomsten bleek dat mensen lichamelijk beter functioneerden, minder pijn hadden, minder moe en stijf waren en een betere kwaliteit van leven ervoeren.

Revalidatie

Ook bij revalidatiebehandelprogramma's voor mensen met fibromyalgie is beweging een belangrijk onderdeel. In revalidatiecentra gaat men uit van het biopsychosociaal model: biologische, psychologische en sociale factoren spelen allemaal een rol in de pijn bij fibromyalgie en beïnvloeden elkaar onderling. Bij bewegingsactiviteiten spelen alledrie de elementen uit het biopsychosociaal model een rol. Biologisch door conditieverbetering, krachtsvergroting en het dempen van het overgevoelige zenuwstelsel. Psychologisch door het ervaren van plezier in bewegen, succes na vaak eerdere faalervaringen, het overwinnen van angst voor achteruitgang. Sociaal door het contact met anderen, het elkaar aanmoedigen, het delen van ervaringen en de onderlinge herkenning.

FES

Daarnaast organiseert patiëntenvereniging FES overal in Nederland beweegactiviteiten onder deskundige begeleiding. Vaak wordt de beweging gecombineerd met ontspanningsoefeningen.

Lyrica®

Vanaf 1 augustus 2006 is Lareb Intensive Monitoring gestart met het volgen van Lyrica®. Lyrica® is een relatief nieuw middel tegen neuropathische pijn (zenuwpijn) en epilepsie. In november is Cymbalta® erbij gekomen. Cymbalta® wordt ook gebruikt tegen neuropathische pijn maar het kan ook toegepast worden bij mensen die last hebben van depressieve klachten. Het volgen van deze twee geneesmiddelen betekent uiteraard niet dat deze geneesmiddelen minder veilig zijn of meer bijwerkingen hebben dan andere geneesmiddelen.

Bent u geïnteresseerd in Lareb Intensive Monitoring of de veiligheid van geneesmiddelen? Kijk voor meer informatie op www.larebmonitor.nl, of vraag om informatie in uw apotheek!

1 Zelfeffectiviteit (Engels: self-efficacy) is de mate waarin iemand vertrouwen heeft om problemen het hoofd te kunnen bieden.

Het soort activiteiten is heel divers: van fitness tot yoga, van zwemmen tot Tai Chi. Lotgenotencontact kan een goede stimulans zijn. Vanzelfsprekend kunnen mensen met fibromyalgie ook terecht in het reguliere sportcircuit maar vaak is de begeleiding daar onvoldoende om zomaar in te stappen. Ook afstand, kosten en tijdstip kan drempelverhogend werken.

Bijeenkomst met (ervarings)-deskundigen

Op 19 september is een bijeenkomst gehouden met vertegenwoordigers van NebasNsg, TNO, het bestuur en de medische adviesraad van de FES en de vereniging Meer bewegen met fibromyalgie (MBMF). Ook gaven een sportarts en een bewegingspedagoog inhoudelijk commentaar. Vanuit verschillende achtergronden discussiëerden de deelnemers aan de hand van vragen en stellingen. Doel was om ideeën van mensen vanuit de dagelijkse praktijk mee te nemen naast het literatuuronderzoek.

Er was opmerkelijk veel overeenstemming! Men was het er unaniem over eens dat in beweging komen of blijven erg belangrijk is voor mensen met fibromyalgie. Belangrijk is om mensen daarin aan te moedigen en niet te ontmoedigen. Vaak hebben zij negatieve ervaringen achter de rug met sportieve activiteiten. Daarom is een goede begeleiding noodzakelijk.

Kleine stapjes

Het niveau van de inspanning moet in het begin zo laag zijn dat mensen het aan kunnen om er een sportief gevoel aan overhouden als het lukt. Het gaat er niet om wat iemand niet kan, maar om de mogelijkheden die er wel zijn! De opbouw moet geleidelijk zijn zonder veel pieken en dalen. Veel mensen met fibromyalgie hebben uit zichzelf de neiging om als zij zich redelijk goed voelen te veel te doen, zodat ze daarna veel tijd nodig hebben om te herstellen en weer terugvallen. De kunst is om met kleine stapjes de belasting op te bouwen, en niet meer én

niet minder te doen dan het trainingsschema aangeeft. Dat training in het begin meer klachten geeft is logisch maar bij een goed schema van korte duur. Om te zorgen dat iemand het ook langere tijd volhoudt, is het belangrijk om een vorm van bewegen te zoeken die iemand echt leuk vindt. Alleen omdat het zo nuttig is blijkt vaak niet genoeg. Dit geldt uiteraard niet alleen voor mensen met fibromyalgie!

Stand van zaken

Er wordt gewerkt volgens de consensusmethode. Vragen en stellingen zijn aangepast en opnieuw door de experts beoordeeld. Aan de hand van deze consensus wordt momenteel door NebasNsg de foldertekst geschreven. Een fotograaf is aangezocht om foto's te maken voor de folder en er is inmiddels ook al begonnen met de opmaak. Dit project levert nu twee producten op, ten eerste de patiëntenfolder die breed verspreid zal worden naar o.a. alle revalidatiecentra, alle ziekenhuizen, GGD'en, sportmedische

adviescentra, provinciale sportraden en natuurlijk naar de FES. Het streven is het eerste kwartaal van 2007. Daarnaast zal het rapport Sportief bewegen met fibromyalgie verschijnen voor met name de professionele beroepsgroep. Naast een honderdtal papieren exemplaren zal het rapport net als de patiëntenfolder ook digitaal verschijnen op www.sportiefbewegen.nl

Toekomstplannen

De groep van (ervarings)-deskundigen beveelt aan om meer onderzoek te doen naar de relatie tussen bewegen en fibromyalgie. Er zou daarbij vooral aandacht moeten zijn voor de lange termijneffecten. De effecten kunnen het beste afgemeten worden aan pijn, vermoeidheid, slaapkwaliteit, zelfeffectiviteit, algemeen welbevinden en kwaliteit van leven. Voor iedereen met fibromyalgie zou er een vorm van bewegingsactiviteit moeten zijn die haalbaar en toegankelijk is. Daarnaast wil NebasNsg in nauwe samenwerking met de experts aan

WWW: WAT JE WILT WETEN...

Wie meer wil weten over pijn wordt heel wat wijzer via internet. Om daadwerkelijk goede informatie te vinden, valt echter niet mee. Deze rubriek geeft een aantal www-adressen met heldere informatie. Dit keer over pijn en sport.

Door Dr. R. Gaymans, voormalig huisarts en pijndeskundige

Omdat er wetenschappelijke aanwijzingen zijn dat beweging en sport als therapie beter en goedkoper zijn dan een aantal andere vormen van behandeling, bieden veel ziektekostenverzekeraars op hun website hierover heldere informatie

en adviezen. Kijk eens op de site van uw verzekeraar onder het hoofdstuk *sport* of *gezond bewegen*. Een andere goede start is de site www.nebas.nl. Als u vanuit de Homepagina op de balk boven het item *sport* aan-

klikt, en daarna **chronisch ziek** kiest krijgt u steun voor uw goede voornemens om meer te bewegen. Ook www.aangepast-sporten.nl is een prima informatieve website. Sporten en allerlei vormen van sportief bewegen vormen momenteel

erg hoog aangeprezen bij de behandeling en het omgaan met chronische pijn en chronische ziektes met pijnklachten. Stel dat u als patiënt het advies krijgt om meer te bewegen en te sporten en eigenlijk het gevoel hebt dat dit juist niet goed is, zit u om begeleiding verlegen. Het specialisme dat hier gericht mee omgaat is de Revalidatie Geneeskunde. Voorbeelden van websites op dit gebied zijn www.sportcentrumroessingh.nl en www.janvanbreemen.nl/home/index.php. Op de laatste site wordt pijn weliswaar niet afzonderlijk

voorlichting gaan doen voor de zorgprofessionals.

Norm Gezond Bewegen

In Nederland is tot slot de Nederlandse Norm Gezond Bewegen NNGB ontwikkeld. Deze beschrijft wat voor wie voldoende lichaamsbeweging is. Voor volwassenen betekent dit een half uur per dag matig intensieve activiteit op tenminste 5 dagen per week. In plaats van eenmaal een half uur is driemaal 10 minuten ook goed. Matig intensief wil zeggen activiteiten zoals wandelen, fietsen, tuinieren, traplopen, zwemmen. Om ook gewicht te verliezen zal het lichaam meer moeten verbranden dan deze norm aangeeft. Veel mensen, met of zonder fibromyalgie, voldoen niet aan deze norm. Voor iemand met fibromyalgie die weinig actief was, is elk vorm van bewegen meegenomen!

Meer informatie op www.sportiefbewegen.nl, Deelnemer en dan Folders.

Met dank aan dhr. H. Leutscher projectleider, NebasNsg

aangegeven maar het valt er wel onder en de informatie is stimulerend. Sport kan ook de oorzaak zijn van pijnklachten. Denk maar aan overbelasting. De meest voorkomende letsels vindt u op www.wvc.vlaanderen.be/gezondsporten/bles-sures.htm Het is niet de bedoeling van dit artikel, reclame te maken voor clubs en verenigingen. In dit geval jammer, want heel vaak worden sportieve activiteiten en vormen van gezond bewegen juist succesvol in clubverband aangeboden.

Elke dag pijn

“Chronische pijn. Elke dag pijn. Het ene moment misschien wat minder dan het andere, maar toch altijd die pijn” (citaat uit de Gelderlander 11 okt. 2006).

Onderstaand mijn eigen gevoel en pijn.

John Hubbers

‘Te vroeg wakker van de pijn, na het innemen van mijn medicijnen, las ik bovenstaande. Helemaal herkenbaar. Gelukkig worden mijn pijnen, die grotendeels ontstaan zijn voor, tijdens en na een opname t.g.v. een PTSS (Red: posttraumatische stress stoornis) erkend door mijn behandelend psychiater en huisarts. Zij schrijven mij medicijnen voor die ik op geleide van mijn pijn mag en kan gebruiken. Dit vergt echter een grote dosis zelfdiscipline, omdat het hier gaat om medicijnen met de bekende waarschuwing, let op...

Ik kan mijn pijnen ook herleiden naar gebeurtenissen, en prikkels van buitenaf die er direct verantwoordelijk voor zijn dat de pijnen erger worden. Prikkel die je niet onder controle hebt en waar je niet om vraagt. De pijngrens is inmiddels erg hoog, maar soms overkomt me het gevoel “nu even helemaal geen pijn”. Dan neem ik medicijnen voor een broodnodige pijnloze nacht. Omdat een goede nachtrust belangrijk is om overdag redelijk naar behoren te kunnen functioneren. Maar soms is de accu helemaal leger dan leeg.

Ik ben vanuit de WAO aan het opkrabbelen met behulp van een jobcoach en werk met veel plezier 16 uur per week. Mijn werk biedt

veel afleiding. Werk ik, dan geef ik niet aan de pijn toe, en doe ik dat, wat van mij verwacht wordt. Graag en goed. Dit is een goede instelling, maar kan ook weer tegen me gaan werken. Ten koste van de beperkte energie, dat vervolgens tot uiting komt in verplicht naar bed 's middags, met pijnstillers. De maatschappij kan zich moeilijk een voorstelling maken van iemand die probeert positief in het leven te blijven staan maar na 15 minuten al weer thuis is na het wandelen met de hond. Omdat de benen niet meer willen en kunnen en dan de pijn verbijten tot je thuis bent.

De vraag: “Hoe gaat het?” met daarop mijn eerlijke antwoord “Wordt ook steeds minder” is schijnbaar moeilijk te horen. Het beste antwoord zou immers zijn “Prima”.

Een kleine kring van mensen om me heen die me goed kennen, begrijpen de situatie. Jammer genoeg was die kring in betere tijden groter.... Ik kan er mee leven, maar vraag me wel eens af wat kwaliteit van leven is, en hoe mijn leven zou zijn zonder pijn. Ik wens alle lezers die hierboven herkenning lezen, het maximale aan pijnvrije minuten, want iedere minuut is er één...’

(In het volgende nummer van het Pijnperiodiek gaan we dieper in op pijn en het brein)



Congres evalueert nieuwe Zorgverzekeringswet

Kwaliteit van zorg staat hoog op de agenda

Bij de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) was de algemene verwachting dat er een flinke chaos zou ontstaan. De wet is inmiddels een jaar oud en dus is het tijd voor een evaluatie. Het congres 'Eén jaar zorgverzekeringswet' blikt terug en kijkt vooruit. Een uitgebreide sfeerimpressie.

Tijdens het congres 'Eén jaar zorgverzekeringswet' kwamen vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, toezichhouders en overheid bij elkaar om de één jaar oude Zvw grondig te evalueren. 'De voor de invoering verwachte chaos is uitgebleven', vertelde Roger van Boxtel, voorzitter van de Raad van Bestuur van zorgverzekeraar Menzis. En dat terwijl ongeveer 19 procent van de verzekerden van zorgverzekeraar verwisselde – veel meer dan voorzien. De congresbezoekers werd gevraagd via stemkastjes te reageren op de vraag: Werkt de zorgverzekeringswet? 51 Procent zag een positieve werking, 16 procent niet en 33 procent had geen mening.

Patiëntenselectie

Het doel van de Zvw is het realiseren van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Door deze eis van doelmatigheid gaan economische belangen een grotere rol spelen. De nadruk op concurrentie en winst, waarschuwde Peter Holland, voorzitter van de artsenorganisatie KNMG, werkt meer aandacht in de hand voor de eigen positie en het eigen belang van alle partijen binnen de gezondheidszorg. En dit lokt strategisch

Patiënten beoordelen kwaliteit in de zorg vooral op communicatie, vertrouwen, houding en bejegening

gedrag uit, ook bij artsen. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat er patiëntselectie ontstaat waarbij artsen liever goedkope en gemakkelijke, in plaats van dure en complexe, patiënten hebben. Holland vindt het verder van belang dat artsen blijvend worden aangesproken op hun intrinsieke motivatie om de kwaliteit van zorg te handhaven en te verbeteren.

Invloed

Het is te vroeg om de invloed van één jaar Zvw op de kwaliteit van zorg vast te stellen, concludeerde Gerrit van der Wal, inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg. 86 procent stemde in met deze stelling. Hoe de speelruimte van arts en patiënt in 2006 is veranderd, blijkt uit de KNMG-monitor waaraan 1.100 artsen meewerkten. 25 procent van de artsen heeft te maken met patiënten die zich niet laten doorverwijzen vanwege de no-claim, eigen risico of eigen bijdrage. Uit een ander KNMG-onderzoek blijkt dat 80 procent van de ondervraagde artsen, zegt dat zorgverzekeraars in toenemende mate invloed uitoefenen op het medisch handelen. 72 procent vindt dat extra administratieve taken tijd afsnoepen van de kerntaak, namelijk het verlenen van zorg.

Consumer Quality Index

In het debat over kwaliteit in de zorg valt op dat alle sprekers vinden dat de beoordeling van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt moet gebeuren. Diverse enquêtes wijzen uit dat patiënten communicatie, vertrouwen, houding en bejegening het belangrijkste vinden als zij zorg op kwaliteit beoordelen. Juist deze punten komen mondjesmaat terug – en vaak heel technisch – in accreditatieschema's. Patiënten-satisfactie-meet-instrumenten zijn er in overvloed, maar laten niet echt zien hoe het is gesteld met de patiëntvriendelijkheid van een zorgorganisatie. Inspecteur Van der Wal en andere sprekers pleiten daarom voor het gebruik van één meetinstrument, de Consumer Quality Index. Deze Index is een gestandaardiseerde methode voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

Aantrekkelijk of effectief?

De ervaring leert, zo voegde Van der Wal toe, dat zorgverzekeraars nog niet met kwaliteit bezig zijn bij hun zorginkoop of het meten van prestaties. Ook verhaalde hij over positieve en negatieve voorbeelden van marktwerking, een belangrijk item bij de Zvw. Vast staat dat de prijzenslag tussen ziekenhuizen afgelopen jaar vijf keer heeft geleid tot medische missers. Van der Wal is vooralsnog ook op zoek naar kwaliteit in de preventieve zorg.

De invalshoek van zorgverzekeraars is veelal: 'Wat vindt de klant aantrekkelijk?' in plaats van 'Wat is effectief?'

Financieel bekeken

Volgens Iris van Bennekom, directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), is vraagsturing (dat de patiënt krijgt waar hij behoefte aan heeft) één van de doelen van de Zvw. Maar effectiviteit blijft natuurlijk van belang. 46 % van de mensen die de Zorgenquête deden, en dan vooral de chronisch zieken, vindt het basispakket te smal. De Zvw voldoet op dit vlak duidelijk niet aan hun behoefte. De acceptatieplicht wordt als positief ervaren. Ook de financiën spelen mee. Uit onderzoek van de NPCF blijkt dat patiënten het idee hebben dat zij er financieel op achteruit zijn gegaan. Niet alleen doordat de premie hoger is, maar ook doordat zij soms meer moeten betalen via de nota's van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC's), en voor bijbetalingen.

Patiëntgerichte zorg

Een nieuwe wet schept ruimte voor innovatie en vernieuwing. Een voorbeeld van een grootschalig, nieuw initiatief is de pilot Zorginkoop. In deze vorig jaar gestarte proef werken de NPCF (met vijf patiëntenorganisaties), zorgverzekeraar Agis en vier ziekenhuizen samen om het patiëntenperspectief een plaats te geven in de zorginkoop. De zorginkoop bestaat uit afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In de praktijk blijkt dat de wensen, behoeften en ervaringen van patiënten een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan goede en toegankelijke zorg, maar dit komt nog te weinig tot uiting in de zorginkoop. In de loop van 2007 willen de partijen concrete afspraken maken met elkaar, zodat de zorgverzekeraar patiëntgerichter zorg kan gaan inkopen voor 2008. Wiro Gruisen, hoofd Strategie en Innovatie bij zorgverzekeraar CZ, vertelt dat het bij dit soort initiatieven een voortdurend zoeken is naar een win-win-situatie. Zorgverzekeraars blijven geld steken in kwaliteit, maar als daar geen concurrentievoordeel aan vastzit, zal de verzekeraar stoppen met dit soort projecten.

Het bereiken van de kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg ligt in handen van alle partijen: zorgverleners, zorgverzekeraars, inspectie, overheid én patiënten. Of, zoals Anita Direcks, communicatieadviseur van de NPCF, na afloop van het congres zegt: "De wet is er, maar dat wil niet zeggen dat we klaar zijn. Nu moet er doorgepakt worden. Iedereen moet zijn nieuwe rol gaan innemen. Zorgverzekeraars moeten leren hoe ze op de kwaliteit van de zorg kunnen letten. En het is belangrijk dat patiëntenverenigingen hun voet tussen de deur van de zorgverzekeraars te krijgen."

Topsport en pijn zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het sleutelwoord daarbij is blessureleed: pijn als zintuiglijke waarneming van weefselschade, pijn die de grens markeert van de prestatie, en pijn als metafoor van kommer en kwel. Dr. Pim Meijler legt uit.

Pijnbestrijding in de topsport

Nocisensoren

Wij beschikken over een uitgebreid zenuwnetwerk dat er voor zorgt dat schade opgemerkt wordt. Deze waarneming van schade doen we niet met ons lichaam maar met onze hersenen, die deze waarneming kunnen vertalen in gedrag. In onze verschillende lichaamstructuren bevinden zich nocisensoren. Dat zijn vrije zenuwuiteinden (A δ en C-vezels) die onder normale omstandigheden inactief zijn en moeilijker te prikkelen dan gevoelszenuwen. Onder normale omstandigheden hebben nocisensoren een hogere prikkelrempel dan gevoelszenuwen. Door schade of bijnaschade komen er stoffen vrij (zoals bradykinine, prostaglandine), die leiden tot een activatie van nocisensoren. Onder extreme omstandigheden waarbij de 'fight or flight' reactie wordt geactiveerd, zal er echter onder invloed van endorfines juist een prikkelrempelverhoging optreden. Lichaamseigen endorfines die in de acute situatie onder emotionele omstandigheden en stress vrijkomen, kunnen op deze wijze remming veroorzaken van de reactie op schade. Deze 'stress induced analgesia' is echter

uitputtend, waardoor aanhoudende stress een averechts effect heeft op schademelding. De 'stress induced analgesia' kan ook optreden bij inspanning. Tijdens (duurte)sportbeoefening treedt een vergelijkbare 'exercise induced analgesia' op.

Marathonlopers blijken direct na de sportprestatie verhoogde pijndrempels te hebben. Er zijn aanwijzingen dat ook de mate van competitie tijdens de wedstrijd kan leiden tot verhoging van pijndrempels.

Ontstekingspijn en sensitisatie

Onder invloed van aanhoudende weefselschade (distorsie, ruptuur of bij ontstekingsverschijnselen, ed), waarbij ontstekingsmediatoren vrijkomen, kan ontstekingspijn ontstaan waarbij de gevoeligheid van nocisensoren zelf veranderen. Door mechanische beschadiging of ontsteking, komen een groot aantal mediators uit beschadigde cellen vrij. Dit zijn onder andere cytokines, purines, groeifactoren, amines, die enerzijds zorgen voor een verdere prikkelrempelverlaging van

nocisensoren en anderzijds ook zelf pijn kunnen veroorzaken. Dit noemt men sensitisatie. Deze sensitisatie verklaart het verschijnsel van een versterkte reactie op pijnprikkels (hyperalgesie) en het verschijnsel dat niet-nociceptieve prikkels als nociceptie worden ervaren (allodynie) bij aanhoudende weefselschade. Bovendien kan sensitisatie 'normale' pijnprikkels versterken en langer laten aanhouden (wind-up). Sensitisatie kan blijven bestaan als de oorspronkelijke beschadiging en nociceptieve pijn is verdwenen.

Neuroplasticiteit

Deze eigenschap van het zenuwstelsel om zich morfologisch en functioneel aan te passen (neuroplasticiteit) speelt een cruciale rol bij aanhoudende pijn. Afhankelijk van de ernst en de duur van de schade kan bovendien uitbreiding optreden van het lichaamsdeel dat pijn doet. Men stoot zijn elleboog en voelt later pijn in de hele arm. Adequate pijnbehandeling bij weefselbeschadiging heeft dus ook preventieve waarde. De activatie van nocisensoren is medicamenteus te voorkomen met middelen zoals paracetamol en NSAID's. Vanuit pathofysiologische optiek is acute pijn hoofdzakelijk nociceptieve pijn, terwijl chronische pijn daarentegen veeleer het gevolg is van sensitisatie. Dit onderscheid bij acute en chronische pijn is ook bij sportspecifieke blessures te onderscheiden:

Sportspecifieke blessures

acuut trauma capitis (boksen, judo)
 schouder- (ijshockey, rugby)
 pols- (fietsen, rollerskate)
 knie- (voetbal, basketbal)

chronisch springersknie
 bokseroor
 tenniselleboog *overuse injuries=sensitisatie*
 skiërsduim
 scheenbeen'ontsteking'

Dezelfde sensitisatie die hierboven is beschreven, treedt ook op als zenuwen zelf beschadigd worden. Men spreekt dan van neuropathische pijn. Aan neuropathische pijn en de behandeling daarvan werd uitgebreid in nummer 3, 2006 van het Pijnperiodiek aandacht besteed.

Pijn en het brein

De waarneming van pijn is in het brein. Het brein geeft betekenis aan pijn als zintuiglijke waarneming naar aanleiding van weefselschade. Bij de herkenning en verwerking van nociceptieve signalen speelt het emotionele brein (limbische systeem) een belangrijke rol, waardoor betekenis verleend kan worden aan pijn. Dan pas wordt pijn gevoeld en treedt pijngewaarwording op. De pijngewaarwording is dus niet alleen afhankelijk van de mate van beschadiging, maar tevens van

de betekenis die er aan verleend wordt. Die betekenis heeft veel te maken met psychologische en culturele factoren. Er is aangetoond dat gemoedstoestanden als angst, spanning en slaap de gevoeligheid van pijngeleidende zenuwbanen kunnen beïnvloeden.

In de sportbeoefening betekent pijn niet alleen teleurstelling en verdriet omdat de grens van de prestatie is bereikt, maar er bestaat ook de opvatting van 'no pain no gain'. Dit kan zelfs religieuze vormen aannemen: "hurting the body for the sake of the soul" (Ariel Glucklich in: Sacred Pain).

Pijnbestrijding

Vanuit pathofysiologische optiek is pijn te onderscheiden in nociceptieve pijn en (chronische) pijn als gevolg van veranderingen van het zenuwstelsel. De vraag kan gesteld worden waarom de een wel en de ander niet reageert met sensitisatie op beschadiging. Deze vraag is nog steeds niet goed te beantwoorden, maar het is wel duidelijk geworden dat genetische factoren daarbij belangrijk zijn. Preventie van sensitisatie en dus het voorkomen van chroniciteit is te verkiezen. Er zijn voldoende argumenten dat adequate behandeling van nociceptieve pijn daarbij de voorkeur heeft. Bij sportblessures worden veelal niet-opioïden (NSAIDs) voorgeschreven zo lang als weefselschade bestaat en meestal is dat niet langer dan een aantal dagen. 'Zo nodig' pijnstillers wordt thans als een kunstfout beschouwd, omdat daarbij 'het paard achter de wagen gespannen wordt'. Bij ernstige nociceptieve pijn wordt aan de medicatie opioïden toegevoegd. Er is geen enkele reden om bij kortdurend opioïdengebruik te vrezen voor verslaving of gewenning. Sensitisatie wordt (farmacologisch) behandeld met antidepressiva (amitriptyline) en anti-epileptica (carbamazepine, gabapentine, pregabalin). In de context van pijnbestrijding in de topsport wordt nader ingegaan op de farmacotherapie van niet-opioïden.

Niet-steroïde anti-inflammatoire analgetica (NSAIDs)

De NSAIDs zijn prostaglandineremmers. Het veelgebruikte paracetamol is ook een prostaglandinesynthetaseremmer. Hoewel paracetamol één van de oudste en bekendste analgetica is, bestaat er nog steeds onduidelijkheid over het werkingsmechanisme. Het koortswerende effect van paracetamol wordt vermoedelijk veroorzaakt door remming van cyclo-oxygenase activiteit in het centrale zenuwstelsel. Op grond van de stoffe-eigenschappen zou paracetamol ook gerekend kunnen worden tot de NSAIDs. Het molecuul heeft een niet-steroïde structuur en blijkt ook een (weliswaar) zwakke ontstekingsremmende werking te hebben. Bovendien blijkt het bijwerkingenprofiel (vooral bij hogere doseringen) overeen te

komen met dat van de andere NSAIDs. Er is wel degelijk een kans op maagschade (gastropathie) en nierafwijkingen. Toch neemt paracetamol een aparte plaats in, want het veroorzaakt geen invloed op de bloedstolling. Er zijn voldoende argumenten dat de opvatting “baat het niet, schaadt het niet” achterhaald is. Hoe meer ontstekingsremmende werking, hoe sterker als pijnstiller. Daarbij is ibuprofen bij nociceptieve pijn effectiever dan paracetamol en diclofenac sterker werkzaam dan ibuprofen. Door remming van het prostaglandine in de maag kunnen NSAIDs allen verantwoordelijk zijn voor gastropathie en mogelijke daaruit voortvloeiende complicaties zoals maagbloeding en ruptuur.

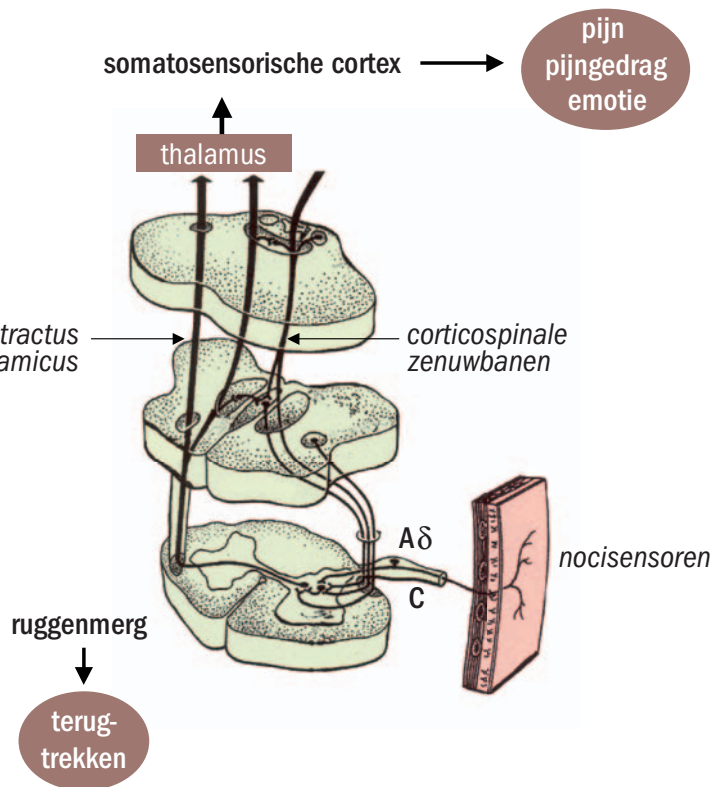
Topsporters

Ook topsporters, en met name atleten, kunnen tot de risicogroep gerekend worden, omdat tot 50% gastro-intestinale klachten heeft en tot 40% tijdens sportbeoefening NSAIDs blijkt te gebruiken. Maagprotectie bij NSAIDs is dus te overwegen. De CBO “Richtlijn NSAID-gebruik en preventie van maagschade” adviseert misoprostol (met diclofenac in Arthrotec) of een protonpompremmer (omeprazol, pantoprazol). Enkele jaren geleden zijn er nieuwe pijnstillers op de markt gekomen, die veiliger voor de maag zijn, de selectieve COX2 antagonisten. Door de introductie van COX2 antagonisten, zoals celecoxib (Celebrex) en rofecoxib (Vioxx) enige jaren geleden, is er veel te doen geweest over de veiligheid van de selectieve en niet-selectieve ontstekingsremmende pijnstillers.

COX2 antagonisten

Hoewel in een groot aantal studies is aangetoond, dat COX2 antagonisten veiliger voor de maag zijn, blijken ze, evenals de niet-selectieve NSAIDs, ook invloed te kunnen hebben op de nierfunctie. Er is een verhoogde kans op oedeem en hypertensie. Het schadelijke effect op de nieren van niet-selectieve NSAIDs is 5%.

De COX2 antagonist rofecoxib (Vioxx) is enige tijd geleden van de markt genomen vanwege een verhoogde kans op ernstige cardiovasculaire bijwerkingen. De cardiovasculaire bijwerkingen van celecoxib (Celebrex) blijken vergelijkbaar met de NSAIDs zoals diclofenac en naproxen. Door het onderzoek naar de cardiovasculaire bijwerkingen van de COX2 antagonisten is er ook hernieuwde aandacht naar de cardiovasculaire bijwerkingen van de niet-selectieve NSAIDs en wordt er twijfel gezaaid over de veiligheid. Recent werd op de televisie verkondigd dat ibuprofen, diclofenac en naproxen een hartaanval kunnen uitlokken. Als reactie hierop kan gesteld worden dat ‘als de druppel de emmer doet overlopen’, men zich kan



afvragen of dat aan de druppel ligt of aan de volle emmer. Cardiovasculaire bijwerkingen van niet-selectieve NSAIDs en selectieve COX2 remmers kunnen optreden bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico, maar dit risico is redelijkerwijze te verwaarlozen bij gezonde sporters, die kortdurend ontstekingsremmende pijnstillers gebruiken als gevolg van een blessure.

Conclusie

Er is geen topsport zonder pijn. Als signaal van schade en teken dat de grens bereikt is, heeft pijn een functionele rol en beschermt tegen verdere beschadiging. Pijn kan echter ook het gevolg zijn van neuroplastische veranderingen van het zenuwstelsel, zoals bij de meeste chronische pijn op de voorgrond staat. Adequate pijnbestrijding zal deze (mal)adaptatie kunnen voorkomen.

Elke pijn wordt gevoeld door het brein. Het brein geeft betekenis aan pijn als waarneming van schade en bepaalt het daaropvolgende gedrag. De betekenis wordt niet alleen door de schade bepaald maar ook door ‘wat men denkt, voelt, doet en laat’. Ambitie en frustratie in het leven van de topsporter zullen zeker invloed hebben op deze cognitieve en emotionele connotaties van pijn. Deze aspecten van pijn zijn ondermeer onderwerp bij mentale training.

Referenties

Op aanvraag beschikbaar.

Breed gamma aan blessures bij topsporters

Elke dag hebben gemiddeld 548.000 sporters in Nederland last van een sportblessure. Wie naar de macro-economische gevolgen van de schadelijke effecten van sport voor de gezondheid kijkt, is telkens weer verbaasd over hoeveel geld dat kost. Jaarlijks ontstaan door sportbeoefening ongeveer 1,5 miljoen blessures, overwegend van lichte aard. 1,2 miljoen daarvan zijn acuut en gaan meestal kortdurend gepaard met pijn, 300.000 letsels zijn chronisch. Prof. Dr. W.L. Mosterd licht toe.



Pijn is dikwijls ook anderszins onlosmakend verbonden aan sportbeoefening. Bij beginners als zij onvoldoende begeleid met trainen starten en bij topsporters omdat overschrijden van de pijngrens onderdeel kan uitmaken van de trainingsbelasting (supercompensatie). Tijdens wedstrijden kan verzuring van de spieren aanleiding geven tot kortdurende heftige spierpijn, met restschade. Pijn van geheel andere orde, en dikwijls met een meer chronisch karakter, is het psychische trauma van het net niet bereiken van de ultieme doelen (EK, WK of Olympische Spelen).

Submaximale belasting

Onder chronisch letsel wordt in de sport een blessure verstaan, die ondanks behandeling, na 3 maanden nog pijn of vergelijkbare klachten geeft. Meestal betreft dat surmenageletsels, die ontstaan door chronische overbelasting als gevolg van herhaalde submaximale belastingen, waardoor microtraumata van kapsel, spieren, pezen en fascien optreden. Behandeling van dit type letsels behoort bij uitstek tot het terrein van de sportsarts en sportfysiotherapeut, omdat het specifieke kennis vereist van de keten van bewegingen bij een bepaalde sport en de daarbij optredende belasting.

Schoolslagknie

Sommige surmenageletsels lijken zo specifiek door een bepaalde sport veroorzaakt te worden dat deze (vaak niet geheel terecht) er hun naam aan ontleen zoals tenniselleboog, werpersarm of schoolslagknie. Ook krijgen bepaalde blessures, zoals lies- en hamstringblessures, ruime bekendheid door media-aandacht bij bijvoorbeeld voetbal. Het is niet goed mogelijk de vele chronische blessures aan bod te laten komen. Maar wel speciale aandacht voor de impingement (inklemming c.q. weefselcompressie) syndromen van enkel en schouder. Deze relatief onbekend syndromen kunnen langdurig en op pijnlijke wijze intensieve sportbeoefening verhinderen. Bij topsporters dient bovendien zoals eerder gezegd rekening te worden gehouden met de prestatiedruk, de bereidheid om intensieve revalidatieprogramma exact uit te voeren en beperking in de medicamenteuze mogelijkheden door dopingreglementen. Bij topsporters zal tot slot slechts sporadisch sprake zijn van gebruik van pijnstillende medicatie die zwaarder zijn dan paracetamol of ontstekingsremmers.

Referenties op aanvraag beschikbaar

Zorg op maat binnen de pijnrevalidatie

Indelen

Prof. dr. Dennis Turk uit Seattle (USA), een autoriteit op het gebied van pijnbehandeling beet het spits af met een lezing. Zijn onderwerp was *Splitting versus Lumping*. Onder *lumping*, samenvoegen, verstaat hij het als één geheel zien van de groep patiënten met chronische pijn met dezelfde diagnose. Met *splitting*, opsplitsen, onderscheidt hij subgroepen om zo behandelingen te koppelen aan specifieke patiëntengroepen. Dit blijkt echter lastig. Er zijn allerlei manieren om mensen met chronische pijn in te delen in verschillende groepen. Naar diagnose bijvoorbeeld, fibromyalgie of whiplash. Voor beide diagnoses geldt echter dat de symptomen en de ernst van de klachten erg divers zijn. Ook zijn er tegenstrijdige resultaten van dezelfde behandelingen. Voor beide diagnosegroepen geldt dat er mensen zijn met veel en ernstige beperkingen, en mensen met milde klachten. Bij onderzoek naar objectieve verschijnselen blijkt er echter nauwelijks verschil te zijn tussen beide groepen. Toch krijgt de groep met de meest ernstige klachten veel meer behandelingen aangeboden dan de andere groep. De door hem ontwikkelde vragenlijst *Multidimensional Pain Inventory* oftewel MPI, die in Nederland ook veel gebruikt wordt, verdeelt mensen met chronische pijn in 3 groepen: de *dysfunctional*, de *interpersonally distressed* en de *adaptive copers*. Een voorbeeld: patiënten die als *dysfunctional* geclassificeerd worden, ervaren erg veel hinder van hun pijn in het dagelijks leven, voelen zich fors beperkt en zijn vaak angstig en somber. Voor hen werkt een revalidatieprogramma met een fysieke training gecombineerd met cognitieve gedragstherapie waarschijnlijk het best. Dit jaar verschijnt een wetenschappelijk artikel van prof. Turk over dit onderwerp in het tijdschrift *Arthritis Care & Research*.

Hoe gaan patiënten om met pijn?

Prof. dr. Monica Hasenbring uit Bochum (Duitsland) introduceerde vervolgens de term *endurance*. Ook zij probeert onderscheid te maken in verschillende groepen van mensen met chronische pijn.

Wat werkt bij wie? luidt de pakkende naam van een symposium georganiseerd door het Innovatiecentrum Pijnrevalidatie van Het Roessingh in Enschede, voorafgaand aan de promotie van mw. Carola Mes, bewegingswetenschapper. Revalidatiearts Loes Swaan tekent onderstaand verslag op.

Zij doet dat op grond van hoe patiënten omgaan met hun pijn. In het ene geval roept pijn bij mensen vooral angst voor schade op. Hierbij worden zij inactief, verliezen conditie en krijgen steeds eerder pijn door dezelfde activiteit met steeds meer angst voor letsel. Met als gevolg een vicieuze cirkel. Deze manier van omgaan met pijn noemt Hasenbring *fear-avoidance coping*. Uiteindelijk zijn deze patiënten ernstig beperkt in het dagelijks leven. De tegenovergestelde groep zal in reactie op pijn steeds “verbeteren” proberen om zich niet te laten beïnvloeden door de pijn. Hierdoor missen zij de signalen om voldoende pauze te nemen om te herstellen. Door de voortdurende overbelasting komen ook zij in een vicieuze cirkel terecht met forse beperkingen oftewel *endurance coping*. Mensen die flexibel kunnen switchen tussen het vermijden van activiteiten enerzijds en het negeren van de pijn anderzijds (en daarin niet doorschieten) zijn het beste af. Zij hebben de minste kans om na acute pijn een chronisch pijnprobleem te krijgen.

Pijn de baas

Dr(s). Carola Mes, de promovendus (zie ook Voor u gesignaleerd), vergeleek resultaten van haar eigen onderzoek met de resultaten van eerder onderzoek door dr. Frits Winter. Het meest recente onderzoek gaf helaas een minder gunstig



resultaat te zien van revalidatie bij chronische pijn. Een betere effectiviteit van de behandeling blijft de uitdaging. Door bijvoorbeeld een uitgebreidere intake, het versterken van zelfmanagement en het programma zoveel mogelijk aan te passen aan de individuele patiënt ('opsplitsen'). Daarnaast is geprobeerd om zoveel mogelijk aan te sluiten bij gegevens uit (inter)nationaal wetenschappelijk onderzoek. Van 'De pijn de Baas' is nu de switch gemaakt naar 'Zorg op Maat'. Enkele voorbeelden: bij irrealistische denkbeelden over pijn past educatie, bij emotionele problemen door de pijn past een behandeling gericht op acceptatie, bij overbelastingsgedrag past het leren doseren van activiteiten en bij onderbelasting het geleidelijk opvoeren van activiteiten die men vermijdt.

De technische kant

Prof. dr. ir. Hermie Hermens hield een meer technische voordracht over spieractiviteit bij chronische pijn. Een voorbeeld: de klassieke methode van myofeedback registreert een hoge spierspan-

ning en geeft op dat moment een waarschuwings-sig-naal. Een niet zo effectieve behandeling zo bleek. Een nieuwe vorm van myofeedback registreert als spieren te lang niet ontspannen zijn wat een beter resultaat lijkt te hebben o.a. bij CANS (vh. RSI). Tot slot gaf Dr. Miriam Vollenbroek-Hutten in vogelvlucht een overzicht van nieuwe ontwikkelingen binnen het Innovatiecentrum Pijnrevalidatie. Het is duidelijk dat de ICT een grote rol zal gaan spelen. Zo kan men naast persoonlijk of telefonisch patiëntencontact ook via internet uitleg, trainingsadviezen en feedback geven. Er is zelfs een online bewegingscoach: zie www.r-motion.nl. In ontwikkeling is verder een programma Sensing & feedback waar men het eigen houding- en bewegingspatroon kan terugzien op de computer om de problemen te analyseren en aangrijpingspunten voor behandeling te vinden. De laatste nieuwe ontwikkeling is een web-based voorlichtingsprogramma als vroege interventie na een whiplashongeval om chronische klachten zoveel mogelijk te voorkomen.

Bewegen voor een beter gevoel

Anno 2006 heeft 4 op de 10 Nederlanders last van een chronische ziekte en de prognose is dat dit aantal gestaag zal toenemen, in het bijzonder artrose en diabetes mellitus (Hollander et al., 2006). Deze aandoeningen resulteren in allerlei beperkingen en vaak ook in chronische pijn. Mede door deze klachten worden mensen lichamelijk inactiever en raken in een neerwaartse spiraal. Of waren ze al inactief en werden zij daardoor vatbaarder voor een chronische aandoening?

Prof. Dr. F.J.G. Backx

Feit is dat er een relatie bestaat tussen chronisch ziekten en lichamelijke inactiviteit (Bol et al., 1997). In ons land wordt lichamelijke inactiviteit (bewegingsarmoede) bepaald aan de hand van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Deze norm schrijft voor: minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Deze norm ter bevordering van de gezondheid is gebaseerd op Amerikaanse gegevens. Ongeveer 50% van onze bevolking voldoet aan de NNGB. Slechts 24% van de Nederlanders haalt de fitnorm (3x per week 20 minuten intensief bewegen). De combinorm (NNGB en/of fitnorm) wordt door 60% gehaald. 8% voldoet geen enkele dag aan de beweegnorm. De subpopulaties die inactief zijn: chronisch zieken, allochtonen en mensen met overgewicht (Chorus & Hopman-Rock, 2004).

Bewegingsarmoede

Uitgaande van het feit dat bewegingsarmoede een belangrijke invloed heeft op het ontstaan en/of beloop van een chronische ziekte (en mogelijk op chronische pijn) is het relevant om het betreffende gedrag te beïnvloeden. Belangrijkste redenen voor bewegingsarmoede zijn het aantal chronische aandoeningen, pijn,

sportervaring, motivatie en angst (Chorus & Hopman-Rock, 2004). Minder goed gedocumenteerd is het tegenovergestelde ervaringsfeit dat sport ook pijnverlichting kan bewerkstelligen.

No pain, no gain

Gesteld kan worden dat er voor iedereen een geschikte bewegingsvorm te vinden is, ook voor degenen met chronische pijn of degenen die bedlegerig zijn. Hierin kan de sportarts een intermediaire adviesrol vervullen. Tegenwoordig is het niet vreemd meer dat mensen na een hartinfarct of CVA, of oncologie-patiënten na chemotherapie, gaan sporten ter verbetering van hun fysieke en mentale gesteldheid cq. de kwaliteit van leven. Menigeen lukt het om sporten en bewegen structureel in te passen in het dagelijks leven. Bewegen/sporten met lotgenoten en leeftijdgenoten is vanwege het sociale aspect zeer belangrijk. Sporten, liefst onder begeleiding, zodat het veilig en verantwoord gebeurt. Zoals bij 98% van de recidiverende rugklachten, welke van specifieke aard zijn, en waarbij met succes het beginsel 'no pain, no gain' wordt gehuldigd. Pijn is niet altijd een alarmsignaal, zoals we weten uit de topsport en sportrevalidatie.

[Referenties op aanvraag beschikbaar](#)

EBRO-richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type I

ISBN: 10: 90-8523-124-8 /
ISBN-13: 978-90-8523-124-0
Uitgever: Van Zuiden Communications B.V.,
Alphen a.d. Rijn, 2006



Deze richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van de Ned.Ver. van Revalidatieartsen en de Ned.Ver. voor Anesthesiologie en met ondersteuning van CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg). Complex Regionaal Pijn Syndroom type I is een aandoening die doorgaans ontstaat aan arm of been, meestal als gevolg van een doorgemaakt trauma. Het syndroom wordt gekenmerkt door een combinatie van autonome, sensorische en vasomotore verschijnselen. De richtlijn bevat aanbevelingen ten behoeve van efficiënte diagnostiek en medische en paramedische behandeling. Ook wordt aandacht besteed aan risicofactoren en preventie, in het bijzonder in de werksituatie. O.a. bestemd voor huisartsenpraktijk, revalidatiegeneeskunde, chirurgische disciplines, verzekeringsgeneeskunde en paramedische beroepen.

Patiëntenversie EBRO-richtlijn CRPS - I

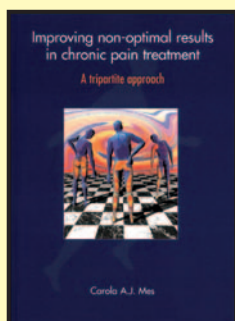
Uitgave van de Ned.Ver.van Posttraumatische Dystrofie Patiënten, 2006.



Deze brochure is te bestellen via www.posttraumatischedystrofie.nl. Er is ondermeer informatie in de brochure opgenomen over de richtlijn, diagnose, aanbevolen behandelingen en preventie.

Improving non-optimal results in chronic pain treatment. A tripartite approach.

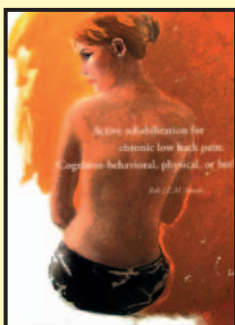
Proefschrift van Carola A.J. Mes
Uitgave: Carola Mes, Enschede, 2006
ISBN: 90-365-2435-0



In dit Engelstalige proefschrift wordt de variabiliteit van het cognitief-gedragsmatige pijn-revalidatieprogramma (CBT-R) van het Revalidatiecentrum Het Roessingh aangetoond aan de hand van de resultaten van een randomized controlled trial. Daarnaast wordt op drie manieren geprobeerd een verklaring te vinden voor deze variabiliteit.

Active rehabilitation for chronic low back pain: Cognitive-behavioral, physical, or both?

Proefschrift van Rob J.E.M. Smeets. 2006



Het onderzoek, beschreven in dit Engelstalige proefschrift, richt zich op drie veelgebruikte verklaringsmodellen voor het ontstaan en in stand houden van beperkingen in het dagelijks functioneren ten gevolge van chronische lage rugpijn (CLRP). Deze modellen zijn het deconditioneren model, het cognitief-gedrags-therapeutisch model en het biopsychosociaal model.

Televisiedocumentaire PIJN en onderwijsversie Waar doet het Pijn?

Te bestellen à € 25 per stuk (incl. administratie- en verzendkosten) bij het Nationaal PijnFonds, Postbus 278, 2300 AG Leiden, tel. 071-5181895 of e-mail info@pijnfonds.nl, contactpersoon Hilda Wieberneit-Tolman.



De televisiedocumentaire Pijn is verkrijgbaar op DVD. Voor deze documentaire filmde filmmaker Suzanne Raes onder andere tijdens het spreekuur van een huisartsenpraktijk. Ze volgde een aantal mensen voor wie pijn in belangrijke mate hun leven bepaalt. De documentaire 'Pijn' laat zien wat pijn met mensen doet, en wat zij doen met hun pijn. Van 'Pijn' is met de titel 'Waar doet het pijn?' een bewerking gemaakt voor het onderwijs. Deze kan worden gebruikt als aanvullend lesmateriaal.

Pijn moet na 10 jaar op de agenda blijven!

Op 7 december j.l. vond in Nieuwegein het slotcongres van het ZonMw-programma Pijn 3 met de titel '10 jaar stimulering pijnonderzoek in Nederland' plaats. Tijdens het ochtendprogramma werd vanuit diverse invalshoeken teruggekeken op een decennium lang pijnonderzoek.

Samenvattend kan worden gezegd dat er de afgelopen 10 jaar veel is veranderd in het denken over pijn, de kennis en behandeling van pijn en het pijnonderzoek. We zijn er echter nog lang niet. Want hoewel er al veel is bereikt op het gebied van pijnmetingen, nieuwe technologieën, selfmanagement, preventie van chronische pijn en verschillen van pijn(beleving) tussen vrouwen en mannen, kinderen en volwassenen, wordt er toch nog veel (onnodig) pijn geleden en kan pijn nog niet altijd voldoende behandeld worden. Over chronische pijn bij kinderen en gehandicapten is bijvoorbeeld nog weinig bekend. Algemeen werd gepleit voor samenwerking: tussen de diverse disciplines, tussen behande-

laars en patiënten en op internationaal niveau. Onderzoek moet worden gezien als een 'joint venture'.

Prikkels

In het middagprogramma werd gediscussieerd aan de hand van 'prikkels'. Met name de prikkel dat implementatie van onderzoek in Nederland niet goed van de grond komt bracht veel reacties teweeg. Onderzoekers moeten zich beter bewust zijn van de implementatie (on)mogelijkheden en tevens moet er voldoende tijd en geld kunnen worden uitgetrokken om de onderzoeksresultaten in de praktijk te kunnen toepassen. Prof. dr. Rooijmans, de voorzitter van het Nationaal PijnFonds, pleitte als laatste spreker op dit congres voor de erkenning van pijn als eigenstandig fenomeen. Zo zal het PijnFonds zich een plaats kunnen verwerven tussen andere charitatieve fondsen.

Pijn moet op de agenda blijven staan, zowel op de agenda van onderzoekers maar ook op die van politiek, industrie en zorgverzekeraars!

Rectificatie

Bij Pijnregistratie in ziekenhuizen in editie 4, 2006 zijn per abuis de namen van de auteurs niet vermeld. Dit zijn: Drs. A.A. Boerlage en Dr. D.L. Stronks van het Pijnkenniscentrum Erasmus MC, Rotterdam en Prof. Dr. R. de Wit o.a. verbonden aan de Universiteit Maastricht

Agenda congressen, symposia, bijeenkomsten

Nationaal

- * **Medisch Wetenschappelijke Dag en Publieksdag**
15 juni 2007
www.federa.org
- * **Multidisciplinaire regioavond Complex Regionaal Pijn Syndroom type I**
27 juni 2007
<http://wencke4.houseing.rug.nl/winkel/winkelframemedici.htm>
- * **Landelijke dag Rugpatiënten**
22 september 2007
www.nvvr.nl en www.wervelkolom.nl
- * **Landelijke Manifestatie internationale dag van de Palliatieve Zorg, Amsterdam**
5 oktober 2007
www.dagvandepalliatievezorg.nl
- * **Pijndagen van Bohn Stafleu van Loghum, Houten**
10 en 11 okt. 2007
www.bsl.nl
- * **Wereld Pijn Dag 2007**
15 okt. 2007
www.pijnfonds.nl
- * **Opening Week van Chronisch Zieken**
9 nov. 2007
www.chronischzieken.nl
- * **Congres Ned.Ver. van Anesthesie-Medewerkers**
19 jan. 2008
www.nvam.nl

Internationaal

- * **Second International Congress on Neuropathic Pain, Berlijn, Duitsland**
7 – 10 juni 2007
www.kenes.com/neuropathic
- * **49th Annual Scientific Meeting American Headache Society, Chicago, USA**
7 – 10 juni 2007
www.americanheadachesociety.org
- * **2007 EFIC-European School**
17 juni 2007
- * **4th World Congress of the World Institute of Pain (WIP), Budapest, Hongarije**
25 – 30 sept. 2007
www.kenes.com/wip
- * **5th Congress Euroneuro 2008, Maastricht, NL**
17 – 19 januari 2008
www.euroneuro.eu
- * **World Congress of Anaesthesia Kaapstad, Zuid-Afrika**
2 – 7 maart 2008
www.wca2008.com
- * **14th World Congress of Anaesthesiologists Durban, Zuid-Afrika**
25 – 30 mei 2008
sasa@icon.co.za
- * **12th World Congress on Pain Glasgow, United Kingdom**
17 – 22 augustus 2008
www.iasp-pain.org

Colofon

Pijnperiodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar.
Uitgave van het Platform Pijn & Pijnbestrijding
ISSN: 1572-0144
Oplage: 35.000 exemplaren
Redactieadres:
Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 278, 2300 AG Leiden
071-518 18 95
www.pijnplatform.nl
info@pijnplatform.nl

Hoofdredacteur:

Dr. W.J. Meijler
Redactie:
Drs. R.H. Boelhouwer
Drs. Th. Eldering
Drs. R. Gaymans
Dr. G.G. Groen
Dr. W.J. Meijler
Mw. M. de Mijtenaere
Mw. E. Roetering-van Geenhuizen
Mw. Drs. J.L. Swaan
Mw. Dr. G.J. Versteegen
Mw. H. Wieberneit-Tolman
Mw. Drs. J. de Wilde

RedactieRaad:

Leden van de redactie
Drs. J.W. Beijer
Mw. Drs. C.A.M. Girardin-v.d. Klaauw
Mw. Drs. S. Groos
Mw. Drs. Y. van Meegen
Drs. B. Pais
Mw. Drs. K. de Roij
Coördinatie en eindredactie:
Hilda Wieberneit-Tolman
Productie:
Eldering Studios bv, Overveen
Monique de Mijtenaere
Dimitry de Bruin

Frits Terpoorten
Thomas Eldering

Gehele of gedeeltelijke overname van artikelen is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de redactie.
Uitvoerder en producent van Het Pijnperiodiek zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van de teksten.

© Platform Pijn en Pijnbestrijding, 2007

Pijnperiodiek

**Uitgave van het Platform Pijn
en Pijnbestrijding
Postbus 278, 2300 AG Leiden**



nationaal PijnFonds

**Nationaal PijnFonds
Antwoordnummer 10107
2300 VB Leiden**