

3e jaargang nummer 1 – januari 2006

Pijnperiodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar

Pijnbehandelcentrum Amphia

Opioid analgeticum: meer Beauty dan Beast

Wereld Pijn Dag 2005: pijn en kinderen

www: wat wil je weten

Inhoud

- | | |
|---|--|
|  | <p>1 Meer dan 3.000.000 mensen
H.G.M. Rooijmans</p> |
|  | <p>1 Redactioneel</p> |
|  | <p>2 Zorginnovatief Pijnbehandelcentrum
Amphia Ziekenhuis R. van Seventer</p> |
|  | <p>5 NVVR 'De Wervelkolom' op de bres voor meer begrip
Leen Voogt</p> |
|  | <p>6 Drie inspirerende dagen
H. Wieberneit-Tolman</p> |
|  | <p>8 Opioid analgeticum: meer Beauty dan Beast
Dr. Ans P.E. Vielvoye-Kerkmeer</p> |
|  | <p>11 www.Wat Wil je Weten
Dr. R. Gaymans</p> |
|  | <p>12 Pijn en kinderen
Gabriëlle Kuijer</p> |
|  | <p>15 Voor u gesignaleerd</p> |
|  | <p>16 Congressen / symposia / bijeenkomsten</p> |

Het Pijnperiodiek wordt mede mogelijk gemaakt door:





Meer dan 3.000.000 mensen

Pijn is in principe zinvol. Een pijnprikkel waarschuwt dat er iets mis is in onze directe omgeving of in eigen lichaam. Zouden we geen pijn voelen dan zou ongemerkt je hand kunnen verbranden, of we zouden er niets van voelen als een voet tussen de deur klem kwam te zitten of als we een blindedarmonsteking hebben. Maar als pijn chronisch is, dan wordt het een heel ander verhaal. En dat kan iedereen overkomen. Zo bepaalt pijn voor meer dan drie miljoen mensen in Nederland in grote mate hun dagelijks leven.

'Pijn, vaak onzichtbaar, tast in het bijzonder de kwaliteit van leven aan. Pijnpatiënten weten hoe belangrijk het is een luisterend oor te vinden, ervaring en kennis te kunnen uitwisselen', zegt Hannie van Leeuwen, Eerste-Kamerlid CDA en ervaringsdeskundige.

En afgezien van het menselijk lijden zijn de kosten van chronische pijn voor de samenleving enorm: alleen al de behandeling van patiënten met lage rugpijn betekent een kostenpost van miljarden euro's per jaar.

Nationaal PijnFonds

Om deze problemen het hoofd te bieden, is in juni het



Nationaal PijnFonds opgericht. Het fonds komt op voor iedereen die pijn heeft. Fungeert als vraagbaak en wil pijnlijders laten weten dat ze er niet alleen voor staan.

Het fonds brengt deze mensen in contact met elkaar en met pijnbestrijders door middel van informatie-uitwisseling, bijeenkomsten, congressen, onderzoek en de uitgave van het blad Pijnperiodiek.

Sinds 2000 worden deze activiteiten al door het Platform Pijn en Pijnbestrijding uitgevoerd. Een andere belangrijke taak van het PijnFonds in de nabije toekomst is het beschikbaar stellen van middelen voor onderzoek naar pijnbestrijding.

Om een groter publiek bekend te maken met de pijnproblematiek en het bestaan van het Nationaal PijnFonds streven we ernaar regelmatig een televisiespotje en/of een advertentie in de gedrukte media te kunnen realiseren.

H.G.M. Rooijmans

Voorzitter Platform Pijn en Pijnbestrijding

Pijn schreeuwt om een oplossing

In Nederland hebben meer dan drie miljoen mensen chronische pijn. Soms al langer dan zeven jaar. Bijna 40% van deze mensen heeft nog nooit adequate pijnbestrijding gekregen. Het is duidelijk dat pijn een onderschat probleem is in onze samenleving. Daarom is onlangs het Nationaal PijnFonds opgericht. Het PijnFonds is dé vraagbaak voor pijnlijders, steunt de activiteiten van het Platform Pijn en Pijnbestrijding en werft fondsen voor onderzoek naar pijnbestrijding. Pijn schreeuwt om een oplossing. Het PijnFonds roept om úw steun.

Meer informatie over het Nationaal PijnFonds? Neem dan contact op met Hilda Wieberneit-Tolman, tel. 071-518 18 95. Of kijk op www.pijnfonds.nl

redactioneel

Relevante en actuele informatie over pijn

Inmiddels ligt het zesde nummer van Pijnperiodiek voor u. De redactie van dit blad probeert voortdurend zoveel mogelijk relevante en actuele informatie over pijn te publiceren. De inhoud valt soms zo in de smaak, dat onlangs een artikel zelfs ongevraagd en zonder bronvermelding werd overgenomen in het tijdschrift van de Patiëntenvereniging voor Neurostimulatie. Hun excuses over de gang van zaken hebben wij aanvaard.

Suggesties

Een toenemend aantal lezers reageert. De meeste reacties zijn instemmend en lezers sturen suggesties. Aan de hand hiervan worden onderwerpen voor het Pijnperiodiek gekozen. Sommige reacties zijn van persoonlijke aard of een hulpkreet en hoewel de redactie hier

begrip voor heeft, kan er meestal niet op gereageerd worden. Wel zal hier rekening mee gehouden worden bij de keuze van onderwerpen. Zo zal er op veler verzoek dit jaar een themanummer komen over neuropathische pijn. In dit nummer staat in de rubriek over pijnpoli's de nieuwe opzet weergegeven van de pijnpolikliniek van het Amphia Ziekenhuis in Breda. De plaatsbepaling van de opioïden wordt beschreven en er wordt onder meer nader ingegaan op de Wereld Pijn Dag 2005, Pijn en kinderen. Tenslotte graag uw aandacht voor de nieuwe rubriek 'Wat wil je weten' met informatie over chronische pijn op internet.

W.J. Meijler, hoofdredacteur

Zorginnovatief Pijnbehandelcentrum Amphia Ziekenhuis

Bij een zorgvuldige naleving van de richtlijnen van de World Health Organisation (WHO) blijkt pijn in 95% van de gevallen goed behandelbaar te zijn. De praktijk wijst echter anders uit. Te veel patiënten worden nog onderbehandeld. Hieraan liggen diverse factoren ten grondslag. Van medisch inhoudelijke, financieel-economische tot organisatorische factoren. Reden voor het Amphia Ziekenhuis en in het bijzonder de Pijncommissie van de Maatschap Anesthesiologie (BOA= Bredase en Oosterhoutse Anesthesiologen) om een zorginnovatief Pijnbehandelcentrum te ontwikkelen.

R. van Seventer, anesthesioloog



De vorming van het Amphia Ziekenhuis uit vier afzonderlijke ziekenhuizen heeft geleid tot concentratie van vakgebieden. Pijnbehandeling hoort bij uitstek bij het specialisme anesthesiologie. Immers, de anesthesioloog combineert als geen ander technische vaardigheden met specifieke kennis over sterk werkzame medicamenten.

Doordat de anesthesiologen van de vier ziekenhuizen zijn gaan samenwerken binnen één maatschap, zijn door bundeling van kennis, kunde en ervaring nieuwe kansen ontstaan voor de pijnbehandeling.

Optimale doelmatigheid

Naast de ontwikkeling van nieuwe profielschetsen voor de verschillende locaties van het Amphia Ziekenhuis is intensief bestudeerd hoe de pijnbehandeling en de organisatie hiervan zich verder zou moeten ontwikkelen. Het centreren van de pijnbehandelingen op één locatie bleek essentieel. Als ideale plek werd hiervoor de locatie Pasteurlaan aangewezen. Hier worden nu onder de nieuwe naam Pijnbehandelcentrum Amphia (PCA) zorginnovatieve activiteiten ontplooid. Het Pijnbehandelcentrum moet niet alleen leiden tot een optimale doelmatigheid en doeltreffendheid in het belang van hulpverleners, maar juist ook voor de patiënten die een pijnbehandeling ondergaan. Denk hierbij onder andere aan verkorting van wachtlijsten, de ontwikkeling van een optimale logistiek voor patiënten en samenwerking en afstemming met andere disciplines en organisaties.

Veelbelovende visie

De visie van het Pijnbehandelcentrum is als volgt te verwoorden. Ontwikkeling van het topklinisch Pijnbehandelcentrum Amphia op de locatie Pasteurlaan, waar zowel pijn diagnostiek als pijnbehandeling geconcentreerd zijn om:

- de patiëntenzorg te optimaliseren,
- de doelmatigheid van de pijnbehandeling te verhogen,
- de doeltreffendheid te vergroten,
- continu te werken aan verbetering van de pijnbehandelingen,
- de beste en nieuwste behandelingstechnieken toe te passen,
- samen te werken met andere partijen, in- en extramuraal.

Van maandag t/m vrijdag worden behandelingen uitgevoerd en er wordt polikliniek gehouden. De acht klinische bedden zijn 7 maal 24 uur beschikbaar. Tevens wordt de pijnbestrijding bij patiënten in de thuissituatie gecontinueerd in samenwerking met de huisartsen en thuiszorgorganisaties.

Medische kernpunten

Het Amphia heeft een bovenregionale functie en biedt op het gebied van pijn alle topklinische zorg. Deze activiteiten sluiten nauw aan bij de overige activiteiten in het ziekenhuis.

Dit geldt met name voor complexe pijnbehandeling met multidisciplinaire aanpak. Per specialisme zijn er vaste consultants en behandelaars. Maandelijks is er een multidisciplinaire bespreking van patiënten door specialisten: psychologie, neurologie, orthopedie, psychiatrie, revalidatie en anesthesiologie.

Opleiding en onderzoek zijn essentiële onderdelen voor het continu ontwikkelen c.q. verbeteren van de pijnbehandelingen en behandelingstechnieken. De instructie en opleiding van medewerkers gebeurt door middel van structureel overleg en scholing.

Naast eigen onderzoek wordt onder strikte voorwaarden ook onderzoek verricht naar nieuwe behandelmethoden en medicijnen (contract research).

Organisatie en Logistiek

In de loop van 2006 wordt de ontwikkeling van een gestroomlijnde organisatie voor pijnmanagement voor zowel patiënten, behandelaars als overige hulpverleners binnen en buiten het ziekenhuis afgerond. Ketenzorg en carrousel zijn hier de treffende uitvoeringsvormen.

Binnen het centrum werken twee pijnverpleegkundigen en een verpleegkundig pijnspecialist. Daarnaast zijn er twee speciaal opgeleide medewerkers voor onderzoek (research coördinatoren). De POP verpleegkundigen (POP: post operatieve pijn) maken onderdeel uit van het pijncentrum, maar werken uiteraard op de verschillende locaties.

Automatiseringssystemen voor het verwerken van patiëntenstromen, voorlichting (patiënten ontvangen schriftelijk informatie over iedere vorm van behandeling), behandeling en communicatie, ondersteunen de totale zorg.

Inrichting

Basis voor een efficiënte manier van werken zijn de ligging, indeling, inrichting en het gebruik van ruimtes, waaronder de operatiekamer. De vernieuwbouw omvat onder meer een receptie, archief, secretaressekamer, wachtkamer, twee onder-





Werzaamheden op de nieuwe pijn OK met Henk van Driel in de hoofdrol. Ondanks de verschillende loodschorten (fusie) toch eenduidige visie.

zoekkamers, twee poliklinische behandelruimtes voor verpleegkundige en medische behandelingen. Op het aanpalende OK-complex is een aparte operatiekamer, ingericht met een speciaal röntgenapparaat (C-boog), bestemd voor pijnbehandelingen.

De klinische afdeling heeft een capaciteit van acht bedden voor pijnpatiënten ten behoeve van preventie, complexe pijnbehandeling en rehabilitatie. De medewerkers op de afdeling zijn bekend met de specifieke zorg voor pijnpatiënten.

Transmurale samenwerking

Buiten het ziekenhuis is samenwerking en afstemming gezocht met patiëntenorganisaties, thuiszorgorganisaties, huisartsen (DHV), zorgverzekeraars, het huisartsenlaboratorium, instellingen voor bejaardenzorg en verpleegtehuizen. De goede contacten zijn verder gestructureerd en geïntensiveerd. Dit was en is zeer noodzakelijk om niet alleen patiënten met chronische pijn te kunnen begeleiden, maar vooral ook patiënten met pijn ten gevolge van kanker. De hulp bij deze categorie patiënten heeft vaak een acuut karakter. De behandeling kan uit psychosociaal oogpunt gecompliceerd zijn en er wordt dikwijls gebruik gemaakt van technische hulpmiddelen zoals pompsystemen. Terminale zorg, stervensbegeleiding en de vraag om euthanasie vereisen een specifieke kennis en vaardigheid die binnen het Pijncentrum beschikbaar zijn. Het Pijncentrum heeft een consultantfunctie voor het Hospitium.

Verwijzingen

Patiënten met pijn worden verwezen door huisartsen en specialisten. Het is slechts bij zeer hoge uitzondering mogelijk om als patiënt zonder verwijzing zelf een afspraak te maken voor het pijnspreekuur. Aangezien de doorverwezen patiënten reeds door specialisten onderzocht zijn, wordt alleen op strik-

te indicatie (kostbare) diagnostiek herhaald of aangevuld. Ongeveer 15% van de patiënten wordt verwezen voor behandelingen die elders niet of slechts beperkt beschikbaar zijn. Zoals ruggenmergstimulatie (ESES) en pompimplantaties, epiduroscopie (waarbij de ruimte rond het ruggenmerg zichtbaar gemaakt wordt), bepaalde methoden voor behandeling van lage rugpijn en herniapijn (minimal invasive surgery), voor ingrepen in het centrale zenuwstelsel, zoals percutane chordotomie en andere behandelingen van pijn ten gevolge van kanker.

Geleidelijk wordt een toename gezien van zogenaamde 'second opinion' patiënten. Ook neemt de zorgvraag toe vanuit ARBO-diensten en soortgelijke instellingen. Pijn zonder aanwijsbare oorzaak maar wel met beperkingen van de belastbaarheid, vereist een bijzondere expertise als het gaat om arbeidsongeschiktheid.

Nieuwe patiënten krijgen een vragenlijst toegestuurd met specifieke vragen over pijn (soort en plaats), nachtrust, bezigheden, hobby's, medicijnen, werk, verzuim.

In 2004 werden 2.275 nieuwe patiënten verwezen (1e poli-bezoek, EAC). Er werden 3.703 herhaalbezoeken afgelegd. Hierbij valt aan te tekenen dat een aantal herhaalbezoeken na behandeling bij de specialistische verwijzer plaatsvindt, zoals de neuroloog of orthooped.

Buitengewoon resultaat

De realisatie van het Pijncentrum heeft nogal wat vergadertijd gevegd. Dankzij de vorming en begeleiding van een projectgroep is er een buitengewoon resultaat bereikt. De aanvankelijke scepsis van schrijver dezes is omgeslagen in bewondering voor degenen die participeerden in onder meer de Stuurgroep PCA, Projectteams, Klankbordgroep, Projectborging, en voor de projectmanager.

Namens dokters en patiënten: heel veel dank!

NVVR 'De Wervelkolom' op de bres voor meer begrip

Er zijn naar schatting in Nederland 300.000 mensen met chronische rugklachten. Veel voorkomend is lage rugpijn. 60 – 90% van de mensen die in Nederland leven heeft tenminste één keer in zijn leven te maken met lage rugpijn. Financieel betekent dat een kostenpost van € 4,5 miljard per jaar.

Leen Voogt

Dat ligt er niet om. En het geeft aan dat het hebben van rugklachten een probleem is dat ons allen aangaat. Zeker nu er onrust is ontstaan door het nieuwe zorgverzekeringsstelsel, de arbeids(on)geschiktheid en de ontwikkelingen in de nieuwe Wet Inkomen en Arbeid (WIA). Als 'ervaringsdeskundige' weet ik maar al te goed dat veel rugpatiënten te maken hebben met onbegrip. Doorgaans is er voor hen weinig begrip. Vooral veel pijn en de daarbij horende vermoeidheid is een groot probleem. Een uitspraak die we veel horen is dat je 'hartstikke moe wordt van de pijn'.

Meer begrip

Gelukkig merken we ook dat het bestaan van onze vereniging eraan bijdraagt dat er meer begrip komt voor mensen met rugklachten. Als bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten (NVVR) 'De Wervelkolom' vertegenwoordig ik onze vereniging in het Platform Pijn en Pijnbestrijding. Onder meer door de deelname aan dit platform merken we positieve ontwikkelingen in het belang van de patiënt.

NVVR 'De Wervelkolom'

De in 1987 opgerichte vereniging – ruim 1500 leden – heeft tot doel de individuele en gemeenschappelijke belangen van mensen met een afwijking aan de wervelkolom te behartigen en hen een houvast te bieden om 'overeind' te blijven.

De vereniging is aangesloten bij de Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad), neemt deel aan de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), en aan het Platform Pijn en Pijnbestrijding. Ook participeren we waar mogelijk in Regionale Patiënten Consumenten Platforms (RPCP's). We hebben zitting in Beleidsgroep Volksgezondheid van de CG-Raad, in Platform Eerstelijns Zorg (NPCF) en we worden regelmatig gevraagd voor overleg. Bijvoorbeeld bij vragen over medicijngebruik (Ministerie VWS) en onlangs zijn we via de Gezondheidsraad betrokken geweest bij het actuele onderwerp Rugklachten en Arbeids(on)geschiktheid en de WIA.

Alle werkzaamheden worden uitgevoerd door 30 vrijwilligers, bestaande uit bestuursleden, regiovertegenwoordigers en andere medewerkers. We bieden onze leden een ruim aanbod aan diensten door het geven van advies, informatie en voorlichting. Vier maal per jaar verschijnt het ledenblad 'Wervelwind' met een veelheid aan artikelen over de nieuwste ontwikkelingen op medisch gebied, wettelijke regelingen, nieuwe boeken en folders, maar ook ervaringen en vragen van leden. Daarnaast verschijnt er een 'Knipselkrant' met interessante artikelen.

Drie inspirerende dagen

Op 4 november jl. vond in het Universitair Medisch Centrum Groningen ter gelegenheid van de Week van de Chronisch Zieken het openingscongres 'Kiezen Kan!' plaats. In de Beatrixhal te Utrecht werd op 29 oktober door de RSI-patiëntenvereniging een Jubileumcongres georganiseerd ter gelegenheid van het 10-jarig lustrum. En eveneens in Utrecht organiseerde de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten (NVR) 'de Wervelkolom' op 25 oktober de Wereld Rugdag. Een kort verslag van drie inspirerende dagen.

H. Wieberneit-Tolman



04-11-05: Kiezen Kan!

Het plenaire ochtendprogramma bestond uit voordrachten van enkele prominente gasten: Roger van Boxtel (Menzis), Diana Monissen (ZonMw, inmiddels AGIS), Frans Jaspers (Raad van Bestuur – UMCG), Iris van Bennekom (NPCF) en Margo Trappenburg. Hun voordrachten hadden vanzelfsprekend diverse invalshoeken met betrekking tot chronisch zieken:

- Standpunten en wijziging in het zorgstelsel/ ziektekostenverzekering.
- Organisatie gezondheidszorg/ervaringsdeskundige/ziektekostenverzekering.
- Topreferentiezorg van het ziekenhuis ten aanzien van hart-, nier-, long- en leveraandoeningen.
- Patiëntenorganisatie en de rol daarvan in het krachtenveld.
- Ontwikkeling richtlijnen/protocollen (voorheen: voor, over en zonder de patiënt; nu: met, voor en niets zonder de patiënt).

Interessante workshops

Gedurende het programma werd op een indrukwekkende, herkenbare, maar gelukkig ook humoristische wijze gebruik gemaakt van opnames van (chronische) patiënten. Tijdens de anderhalf uur durende lunchpauze was er genoeg tijd voor een uitgebreid bezoek aan de informatiemarket en men kon er genieten van de optredens van diverse muzikanten en artiesten. Daarna werd het programma voortgezet in de vorm van workshops. Ook hierbij gold: 'Kiezen Kan!'. Over mijn eigen keuze was ik zeer te spreken: een interessante workshop over een onderzoek naar vraaggerichte/patiëntgerichte zorg. De dag werd afgesloten met een korte toespraak, diverse bedankjes, een optreden van een viertal zangeressen en met de nodige grappen.

29-10-05: Jubileumcongres RSI-patiëntenvereniging

De deelnemers werd een interessant en afwisselend programma geboden. Met sprekers als Femke Halsema (Groen Links), Margreet Pasman (FNV-bondgenoten), Eveline Zeegers (oprichter RSI-patiëntenvereniging), Corrie Kooijman (interim-voorzitter RSI-patiëntenvereniging), Prof. dr. Jaap van Dieën (bewegingswetenschapper), Prof. dr. Erik Peper (psycholoog/voorzitter Europese Biofeedback Foundation), Jip Driehuizen (fysiotherapeut), Carien Karsten (psycholoog/psychotherapeut) en Bart Meijer (directeur MuisWijs!). Het programma werd regelmatig afgewisseld door bewegingsoefeningen met de deelnemers in de zaal (geïnstrueerd en aangemoedigd door Moving Managers) en door korte optredens van de dansgroep Erasmus Dance Company.

Onderwerpen die door de sprekers aan de orde werden gesteld, waren onder meer:

- De stem van een patiëntenvereniging kan een signaal zijn richting politiek.
- Het is belangrijk om te voorkomen dat klachten ontstaan.
- De gezondheidszorg dreigt te vercommercialiseren.

- Indrukwekkende cijfers met betrekking tot het voorkomen van RSI.
- Kinderen/scholieren vormen een groeiende risicogroep.
- Druk op verzekeringsartsen is groot en kan enorme gevolgen hebben voor patiënten.
- Wijziging in de Arbo-wet geeft alléén regels voor grote risico's (hieronder valt niet de preventie van RSI).
- Fysiotherapie/oefentherapie uit het standaardverzekeringspakket.

Groot succes

Op de informatiemarkt was veel aandacht voor allerlei (al dan niet zinvolle) aanpassingen en mogelijkheden voor computergebruikers, technologische nieuwtjes, alternatieve behandelvormen en reïntegratiebedrijven. Sonja Dippel (de eerste vertegenwoordigster van de RSI-patiëntenvereniging als deelnemer aan het Platform Pijn en Pijnbestrijding) had een en ander op bewonderenswaardige wijze onder controle en de hele organisatie en coördinatie waren in zeer goede handen. Kort gezegd: er waren kosten noch moeite gespaard om de dag tot een groot succes te maken. Jammer alleen dat, wellicht door het enorme aanbod van conferenties, congressen, symposia en dergelijke, het aantal deelnemers terugloopt c.q. achterblijft bij de verwachtingen.

25-10-05: Wereld Rugdag

Het eerste programmaonderdeel was een bijdrage van het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (DGV). Het tweede deel werd verzorgd door de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Voor een klein, geïnteresseerd gezelschap hield Els Dik een voordracht in het kader van de brochure 'Het juiste medicijn bij pijn' – een gids voor senioren.

Ook de website www.meldpuntmedicijnen.nl, ontwikkeld in samenwerking met DGV, met als doel ervaringen met medicijnen uit te wisselen, kreeg aandacht.

Enkele aandachtspunten:

- Door het gebruik van meerdere medicijnen is het vaak moeilijk te traceren waardoor bijwerkingen ontstaan.
- Patiënten wordt aangeraden zelf ook bij de huisarts te melden welke middelen men gebruikt en aanschaft bij drogist of apotheek.
- De juiste dosering bij gebruik van medicatie is van groot belang, zeker ook bij het gebruik van morfine.
- Behalve over pijnstillers wordt er gesproken over indirecte pijnstillers, ook wel adjuvantia genoemd (antidepressiva, anti-epileptica, slaap- en kalmeringsmiddelen).
- Het belang van maagbescherming bij het gebruik van bepaalde medicijnen (hier dienen ook de arts en apotheker alert op te zijn).
- Wijziging door vergoeding via de ziektekostenverzekeraars van slechts generieke middelen.
- Hulpstoffen verschillen bij generieke middelen en merkproducten. Dit veroorzaakt soms andere bijwerkingen.
- Suggesties bij bezoek aan arts in gecompliceerde omstandigheden (dubbel-consult) aanvragen.

Even wennen

Het was een interessante bijeenkomst met levendige discussies in een gastvrije, aangename atmosfeer. Wel is het altijd even wennen om geconfronteerd te worden met een gezelschap, waarvan tijdens de bijeenkomst regelmatig deelnemers opstaan, lopen en gaan liggen in verband met chronische pijnklachten. Begrip hiervoor is altijd noodzakelijk, doch laat nog veel te wensen over.



Opioïd analgeticum: meer Beauty dan Beast

Vele jaren geleden werden opioïde analgetica (vooral de morfine als standaard medicatie) uitsluitend gegeven in een laatste fase van een zeer pijnlijke ziekte. Zoals Kanker, met een grote K. Voor deze patiënten zag men het als een laatste redmiddel. Terwijl men dacht dat het bij andere mensen verslavend zou werken, dat je er verschrikkelijk duf van zou worden, als een soort kasplantje, dat je je darmen uit je lichaam zou spugen, en dat je er ook aan dood kon gaan. Veel van deze vooroordelen worden helaas gekoesterd door zowel artsen als patiënten en hun naasten.

Een bijdrage over deze ideeën, of eigenlijk nachtmerries.

Dr. Ans P.E. Vielvoye-Kerkmeer

Laten we allereerst eens beoordelen of deze vooroordelen op enige waarheid berusten. Daarbij dienen we wel te bedenken dat alle middelen bijwerkingen hebben, maar dat niet iedereen die ook krijgt.

Slaperigheid, misselijkheid, braken, etc.

Deze kunnen optreden, maar zijn bijna altijd binnen enkele dagen over. Echter, ook veel andere middelen kunnen deze bijwerkingen geven. Zoals antibiotica, anti-emetica, NSAID's, anxiolytica, en alcohol. Het opioïd hoeft dus lang niet altijd de oorzaak te zijn. Zeker is dat opioïde analgetica geen negatieve invloed hebben op de lever- en nierfuncties (wel omgekeerd) of op de maagwand.

Obstipatie

Het gebruik van een laxans is bij een opioïd vanaf het begin geïndiceerd omdat deze bijwerking altijd optreedt en blijft bestaan.

Ademhalingsdepressie en levensverkorting

Ademhalingsdepressie treedt bij 'normaal' gebruik, dus gericht tegen pijn, niet op. Ook niet als hogere doseringen nodig zijn. Bij een goede pijnbestrijding zal de patiënt minder uitgeput zijn, en mogelijk zelfs iets langer kunnen leven. Als mogelijke bijwerkingen kunnen worden weggenomen c.q. behandeld, zal juist de kwaliteit van leven (QoL) toenemen.

Gewenning

Gewenning, dus: 'moet ik steeds meer nemen?' geldt voor de meeste stoffen, zoals nicotine, koffie, benzodiazepines, etc. Het is dus een lichamelijke afhankelijkheid, maar het lichaam kan gemakkelijk zonder en er kan dus altijd gestopt worden. De dosering moet dan wel worden 'afgebouwd' om acute ont-

wenningsverschijnselen te voorkomen. Zodra een effectieve dosering is bereikt, zijn de meeste patiënten gedurende een lange periode ingesteld op een stabiele dosering.

Maximale dosering

Meestal is er geen maximale dosering, bepaald door de mate van het optreden van bijwerkingen. Bij sommige patiënten treden nauwelijks bijwerkingen op. Omdat ze hoge doseringen kunnen verdragen als die nodig zijn om ernstige pijn te bestrijden. Bij andere kunnen al eerder enkele bijwerkingen, bijvoorbeeld hallucinaties, optreden. Dan is het wenselijk om op een ander opioïd over te schakelen. Veelal in een lagere dosering.

Misbruik

Er is sprake van misbruik van een middel als het gebruikt wordt voor een niet-bedoelde indicatie, dus oneigenlijk gebruik, om een prettige situatie te bereiken. Iedereen weet dat een patiënt met pijn juist geen hallucinaties wil ervaren. Indien dit ooit optreedt, is het juist een reden over te schakelen op een ander opioïd analgeticum.

Verslaving

Verslaving is een psychische afhankelijkheid, een drang het middel te gebruiken, en het verlies van controle over dat middel. Dit komt praktisch niet voor bij patiënten met pijn en speelt dus geen rol.

Pseudo-verslaving is iets heel anders! Dit treedt op als er sprake is van een duidelijke onderbehandeling van de pijn; dat wil zeggen, als er te weinig wordt gegeven of een middel dat minder geschikt is bij een bepaald soort pijn. Dus minder effectief, waardoor de patiënt steeds zal vragen om meer





medicatie. Zodra de pijn onder controle is, zal er niet langer sprake zijn van dit gedrag. Bij de 'slow-release' preparaten zal dit dus niet voorkomen.

In het kort iets over pijn

De verschillende oorzaken, het lichamelijk onderzoek en registratie van pijn door een patiënt vallen buiten deze bijdrage, maar zijn minstens zo belangrijk als het voorschrijven van een analgeticum. Dit in verband met de keuze van de pijnstillers of mogelijk zelfs een keuze voor een ander soort behandeling, zoals radiotherapie, et cetera.

Uitbreiding in verschillende weefsels veroorzaakt verschillende soorten pijn. In te delen in nociceptieve en niet-nociceptieve (= neuropathische) pijn. Hieraan is in voorgaande nummers van Pijnperiodiek al aandacht besteed. In het kort: nociceptieve (= nocigene) pijn ontstaat door prikkeling van vrije zenuwuiteinden (nociceptoren) in bijvoorbeeld huid, bot, spieren, waarbij onder andere prostaglandines vrijkomen. Deze pijn voelt scherp, dof, stekend of kloppend, en kan goed bestreden worden met niet-steroïde anti-inflammatoire middelen (= prostaglandinesynthetaseremmers). Dus paracetamol en NSAID's, maar ook met opioïde analgetica. Als het holle, inwendige organen betreft, wordt het viscerale pijn genoemd. Niet-nociceptieve (= neuropathische) pijn is het resultaat van druk op of beschadiging van zenuwen en/of zenuwbanen in het zenuwstelsel en wordt beschreven als brandend, tintelend of schietend. Voorbeelden hiervan zijn ingroei in een zenuw(bundel), polineuropathie na chemotherapie en het postmastectomie-pijnsyndroom (pijn na een

borstamputatie). Neuropathische pijn reageert vaak redelijk op adjuvantia (middelen die als analgeticum worden toegepast, terwijl hiervoor geen registratie bestaat), zoals antidepressiva en anti-epileptica. De opioïd-gevoeligheid van dit type pijn is wisselend; vaak is een hogere dosis van een opioïd analgeticum nodig of een combinatie met een adjuvans.

Opioïde analgetica

Zwakwerkende opioïden, zoals codeïne, tramadol en dextropropoxyfeen hebben een zogenaamde plafonddosering. Dat wil zeggen dat het effect niet toeneemt als de dosering wordt verhoogd. Codeïne is een pro-drug die voor 10% omgezet wordt in morfine (10% van de mensen mist het enzym hiervoor!), en het obstiperende effect is sterk. Tramadol geeft minder obstipatie. Door de aanvullende remming van noradrenaline is de werking sterker dan op grond van de binding aan de opioïd-receptor kan worden verwacht, waardoor het ook effectief kan zijn bij zenuwpijn.

De 'sterke' opioïden hebben onderling veel overeenkomsten. De verschillen in effecten berusten vooral op verschillende binding aan de opioïd-receptoren, zodat er sprake is van een gedeeltelijke kruistolerantie. Het effect en de bijwerkingen van de verschillende opioïden kunnen dus per patiënt verschillen. Indien een middel onvoldoende werkzaam is of te veel bijwerkingen veroorzaakt in relatie tot de dosering, kan een opioïd-overschakeling worden overwogen. Andere verschillen worden gevormd door het begin van het effect en de werkingsduur, en door verschillende mogelijkheden van toediening.

De meest optimale dosering is die waarbij de pijn maximaal wordt bestreden met de minste bijwerkingen.

Morfine

Beschikbaar als 'slow release' (SR: vertraagde afgifte) en 'immediate release' (IR: directe afgifte) preparaten. Bij doorbraakpijn en incidenteel optredende pijn kan dus 10-15% van de 24-uursdosering in IR-vorm gegeven worden. De biologische beschikbaarheid is 30-75%. Er bestaat kans op accumulatie (stapeling) bij oudere mensen en nier- en/of leverfunctiestoornis. Het IR-preparaat is momenteel uitsluitend in vloeibare vorm verkrijgbaar. Het SR-preparaat is bij een aantal patiënten geen twaalf maar acht uur werkzaam en moet dan driemaal daags worden ingenomen.

Oxycodon

De actieve stof is 2x zo sterk als morfine. Er zijn geen actieve metabolieten (omzettingsproducten). De biologische beschikbaarheid is 60-80%. Het is ook effectief gebleken bij neuropathische pijn. Mogelijk bestaat er minder kans op delier dan bij morfine. Recente studies hebben effect aangetoond bij viscerale pijn. Het is in diverse toedieningsvormen beschikbaar.

Hydromorfon

De actieve stof is 7 keer zo sterk als morfine. De biologische beschikbaarheid is 60-80%. Het is in een IR- en SR-formulering beschikbaar.

FentanylTTS

De actieve stof fentanyl is 80-100 maal zo sterk als morfine. De biologische beschikbaarheid 90%, de werkingsduur 72 uur. Het wordt via een pleister toegediend. Een aantal studies toont minder obstipatie dan bij andere opioïden. De pleister is niet geschikt voor acute en snel veranderende pijn.

Methadon

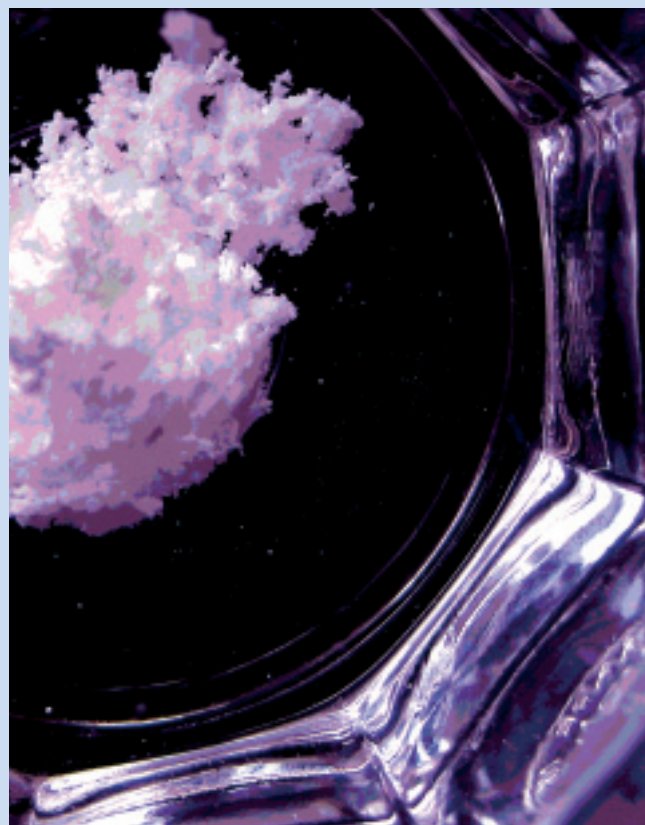
Heeft een werkingsduur van 4-6 uur en 8-12 uur bij langer durend gebruik. De halfwaardetijd is 15 uur tot soms meer dan 80 uur, zodat accumulatie kan ontstaan. Bij slaperigheid dient de dosering aangepast te worden. Het vergt dus een nauwkeurige controle gedurende enkele dagen tot een stabiele dosering is bereikt. Het heeft ook effect op neuropathische pijn.

Buprenorfine sublinguaal

Behoort tot de iets sterkere opioïden. Het is in Nederland alleen geregistreerd voor postoperatieve pijn, maar wordt wel bij matige tot ernstige pijn gebruikt. Indien patiënten aangeven dat ze van elk opioïd analgeticum 'ziek' worden, is buprenorfine nogal eens een oplossing. Bovendien werkt de tablet onder de tong snel. Het bestaan van een plafondeffect leidt momenteel na enkele studies tot discussie, evenals de mogelijkheid om over te schakelen op een opioïd met een volledig mu-agonisme en terug.

Een opioïde analgeticum dat wordt afgeraden bij langer durende pijn is Pethidine (een mu-agonist met anticholinerge eigenschappen). Werkt slechts 2 tot 3 uur, dus niet geschikt voor onderhoudsmedicatie. Verslaving (dus lichamelijke afhankelijkheid) komt veel voor. De metaboliet norpethidine kan convulsies veroorzaken.

Andere middelen die tot afhankelijkheid kunnen leiden zijn: dextropropoxyfeen (Depronal®), dextromoramide



(Palfium®), diacetylmorfine (Heroïne®) en pentazocine (Fortral®). Behalve de diacetylmorfine hebben ze een zeer matig pijnstillend effect. De diacetylmorfine wordt omgezet in morfine en heeft dus praktisch geen voordelen. Het kan wat meer euforie geven, waardoor het, vooral in Engeland, frequent in de palliatieve fase wordt gebruikt. Toen het enkele maanden geleden dan ook nauwelijks leverbaar was, stond de 'hele palliatieve wereld' in Engeland op z'n kop! N.B. De Nederlandse wet geeft aan dat het niet is toegestaan een motorvoertuig te besturen als sterke opioïde analgetica worden gebruikt. Tramadol mag dus wel.

Combinatie van middelen

Bij de meeste patiënten is sprake van meerdere 'soorten' pijn. Dan kunnen combinaties van middelen worden voorgeschreven, met name met een zogenaamd adjuvans!

Wordt de pijn toch niet minder, dan dringen zich vragen op als: Is de dosering van het middel wel voldoende? Neemt de patiënt het middel wel in (angst!)? Is de keuze voor het middel wel een juiste keuze geweest (genspecificiteit voor het opioïde analgeticum, een ander soort pijn?)? En: Spelen andere factoren mogelijk een rol (angst voor de bijwerkingen; opmerkingen van naasten of zelfs vreemden)?

Verschillende toedieningswegen

Oraal

Gemakkelijk. Soms veel omzetting in meer of minder werkzame metabolieten door de lever ('first-pass'-effect).

Sublinguaal

Buprenorfine; soms morfine in de 'wangzak'.

Rectaal

Morfine, oxycodon en methadon. MSContin® wordt wel rectaal toegediend, doch de absorptie is onvoorspelbaar en wisselend. Deze toedieningsvorm is niet geregistreerd. Bij rectale toediening van opioïde analgetica wordt het middel net zo snel geabsorbeerd als oraal en heeft het dezelfde werkingsduur. Er bestaat echter een individuele variabiliteit in absorptie. Deze is afhankelijk van het preparaat (waterig, alcohol, et cetera), van de zuurtegraad (pH) van de oplossing, de plaats van applicatie (hoog in het rectum) en de aanwezigheid van faeces in het rectum. Deze route is niet mogelijk bij diarree, colostomie (kunstmatige uitgang voor ontlasting), bloedende aambeien, fissuren en neutropenie. Ook moet rekening gehouden worden met het feit of het draaien, etc. voor de patiënt haalbaar, dus niet te pijnlijk is.

Transdermaal met behulp van een pleister

Bijvoorbeeld fentanyl. Deze route is niet geschikt bij acute pijn, bij pijn die per uur of activiteit kan verschillen (beweging), evenmin bij oedeem en cachexie.

Subcutaan (continu)

Morfine, methadon, (su)fentanyl, oxycodon, hydromorfon. Niet toepasbaar bij oedeem, erytheem, drukplekken, slechte perifere circulatie, enz.

De meeste pompjes (via thuiszorgorganisaties eenvoudig en binnen enkele uren te regelen) zijn uitgerust met een PCA (patient controlled analgesia) knop, zodat de patiënt zichzelf een extra dosering kan geven bij doorbraak-pijn of incidentele pijnlijke momenten, net zoals gebruikelijk is bij orale medicatie. Het is raadzaam het volume minder dan 1 cc/uur te houden en de subcutane naald elke vijf dagen te verplaatsen.

Intramusculair

Is erg pijnlijk. Indien mogelijk niet toepassen in de pijnbestrijding.

Intraveneus

Als andere toedieningswegen falen en als er om een andere reden een intraveneuze toedieningsweg is, bij voorbeeld bij oedeem, stollingsstoornissen, slechte perifere circulatie.

Epiduraal (buiten de ruggenmergvlieszen)

Wordt in de pijnbestrijding, zeker in latere fasen van een ziekte nog slechts incidenteel toegepast. De dosering bedraagt ongeveer 10-20% van de orale dosering.

Intrathecaal (binnen de ruggenmergvlieszen)

Slechts 1-2% van orale dosis nodig.

Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat er geen redenen zijn om het gebruik van opioïde analgetica uit te stellen tot een eindstadium van de ziekte, en dat ook combinaties met adjuvantia tot een betere pijnbestrijding kunnen leiden.

Want een effectieve behandeling van pijn, bij welke aandoening dan ook, kan alleen maar de kwaliteit van leven doen toenemen. Een opioïd analgeticum is dus in veel gevallen een Beauty, slechts zelden een Beast!

Dr. Ans P.E. Vielvoye-Kerkmeier is als anesthesioloog/sectiehoofd pijnbestrijding verbonden aan het Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

www:

Wat Wil je Weten

Wie meer wil weten over chronische pijn, wordt heel wat wijzer via internet. Over alles wat met pijn te maken heeft is daar wel ergens iets te vinden. Maar om het daadwerkelijk te vinden is niet echt gemakkelijk. Er is zó veel beschikbaar! De adressen die je op zoekmachines tegenkomt, laten niet meteen zien wat je gaat vinden. Algemene informatie, reclame, enthousiaste persoonlijke opvattingen en nog veel meer?!

Dr. R. Gaymans

Voormalig huisarts en pijndeskundige

Deze rubriek geeft een aantal adressen waar je een goede kans hebt, breed georiënteerde, algemene informatie te vinden. Zo levert zoeken naar *chronische pijn* met behulp van meerdere zoekmachines, diverse Nederlandse en Belgische adressen op.

Ga naar www.spreekuurthuis.nl, vervolgens naar het vak *zoeken* en voer daar 'chronische pijn' in. Dit geeft een helder leesbare ingang naar de wereld van chronische pijn.

De volledigheid die is nagestreefd, maakt sommige passages wel wat 'wetenschappelijk'.

De Belgische site www.tlichtpuntje.be is duidelijk meer vanuit een patiëntperspectief opgesteld. Met name de rubriek *Informatie* (dan naar *algemeen pijn*), is overzichtelijk.

De www.pijn.pagina.nl biedt een grote variatie aan titels en onderwerpen. In sommige titels komt de persoonlijke benadering van de site wat sterker naar voren.

www.chronische-pijn.eigenstart.nl is een naar opzet gelijke pagina, die wat meer op België georiënteerd is. Ook hier blijkt weer hoe uitgebreid het onderwerp chronische pijn is.

De site www.chronischepijnlinks.nl geeft met name in de rood aangegeven kolommen hoofdstukken om uit te kiezen. De mogelijkheden van behandelingen en behandeltechnieken zijn goed aangegeven.

Patiëntenverenigingen vind je het meest overzichtelijk op www.pijnplatform.nl

En al die andere prachtige sites? Kijken maar. Op het moment dat je verdwaalt, kun je weer terug naar een van de bovengenoemde adressen.

Wereld Pijn Dag 2005

Pijn en kinderen

De tweede Wereld Pijn Dag (17 oktober 2005) in het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam onderstreept dat nog veel over het onderwerp 'Pijn en kinderen' niet (geheel) duidelijk is. Een blik op de dagelijkse praktijk in Zuid-Afrika en Peru doet beseffen dat kinderen en zorgverleners elders op de wereld het met minder moeten doen. In eigen land krijgt de oprichting van het Nationaal Pijn Fonds veel positieve aandacht. De documentaire 'Pijn' bijt het spits af.

Gabriëlle Kuijer



mw. Dr. T. Boelen van Stichting Kind Pijn

'Dat is het erge aan pijn: je wordt bang voor je leven.' Twintiger Igor Kramer had op zijn negentiende een hernia. De pijn in zijn linkerbeen kon hij op een gegeven moment niet meer negeren – de pijn verlamde hem. Inmiddels is hij geopereerd, maar de dreiging van een nieuwe hernia is daar. Hij vraagt zich wel eens af: 'Ben ik wel sterk genoeg om elke paar jaar die pijn te doorleven?'

De documentaire 'Pijn' van Suzanne Raes portretteert een aantal mensen met chronische pijn. Ieder met zijn eigen verhaal, eigen emoties en een eigen manier om met de pijn om te gaan. De documentaire betreft ook de partner van de hoofdpersonen erbij. 'Pijn heb je niet alleen', zegt Rein Ravesteyn, die vroeger als bokser heel wat klappen heeft moeten incasseren, maar voor wie de jichtaanvallen in zijn voeten een technisch knock-out betekenen.

'We willen met de documentaire laten zien wat pijn met je doet. En wat je doet met de pijn', licht Raes toe.

Op 24 november zond de IKON het document uit. Het materiaal zal ook worden gebruikt voor artsen in opleiding.

Kinderen en pijn

De Wereld Pijn Dag is een initiatief van the International Association for the Study of Pain (IASP). Op Europees niveau is het de start van de European Week Against Pain, waarvoor de European Federation of IASP Chapters (EFIC) verantwoordelijk is. In Nederland is de Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (NVBP) de initiatiefnemer. Prof. dr. Ben Crul, voorzitter van de NVBP en anesthesioloog bij het Pijnkenniscentrum UMCN, opent de conferentie. Hij staat stil bij de inzichten die onderzoek de laatste jaren heeft gegeven. 'Het staat vast dat pijn waarneembare, plastische veranderingen teweeg kan brengen in het centrale zenuwstelsel.

Nationaal PijnFonds

De Wereld Pijn Dag biedt een mooi podium om het Nationaal PijnFonds te introduceren. Niet alleen in Rotterdam, maar ook in het VARA-programma 'De wereld draait door'.

Het Nationaal PijnFonds vraagt aandacht voor pijn als groot maatschappelijk probleem. Via fondsenwerving en het opbouwen van een krachtige achterban wil het fonds meer wetenschappelijk onderzoek faciliteren en via voorlichting en informatie-uitwisseling meer aandacht en begrip krijgen voor mensen met chronische pijn.

Het Nationaal PijnFonds is een initiatief van het Platform Pijn en Pijnbestrijding, de Nederlandse Vereniging ter Bestrijding van Pijn (NVBP) en de PijnKennisCentra (PKC's). De oprichting is mede mogelijk gemaakt door financiële bijdragen van Pfizer, Stichting Pijn Onderzoek Nederland en Grünenthal, Janssen-Cilag en de Stichting RWZ.



Voorzitter NVBP Prof. dr. B.J.P. Crul

Hierdoor kan pijn chronisch worden. Dat geldt ook voor pijn die kinderen ervaren.' Hij hoopt dat de conferentie een einde maakt aan de vooroordelen dat kinderen weinig pijn voelen en baby's al helemaal niet.

Misverstanden de wereld uit

'Pijn sloop ook kinderen! Het belemmert het genezingsproces, hindert de normale ontwikkeling, vermeerdert angst en stress, en bemoeilijkt de behandeling en het onderzoek.' Dr. Tera Boelen-van der Loo, orthopedagoog in het Emma Kinderziekenhuis en verbonden aan de Stichting Kind en Pijn, vindt dat er in de dagelijkse klinische praktijk in Nederland nog steeds sprake is van het onderschatten van chronische en acute pijn bij kinderen. Zij onderstreept dat pijn niet iets is wat erbij hoort. Dat kinderen niet minder pijn hebben dan volwassenen in dezelfde situatie. En dat ouders hun kinderen geen pijn aanpraten. Integendeel. Boelen-van der Loo is blij met de stappen die genomen zijn en worden om deze misverstanden de wereld uit te helpen, maar benadrukt dat het huidige pijnbeleid, ook in Nederland, nog steeds vooral of alleen op volwassenen is gericht.

In zijn presentatie blikt prof. dr. Dick Tibboel, kinderarts bij het PijnkennisCentrum Rotterdam, vooruit. Hij maakt duidelijk dat we al veel weten, maar over nog veel meer hebben we nog geen of onvoldoende kennis. Vanuit ethisch opzicht zijn niet alle onderzoeken wenselijk of mogelijk.

Dierexperimenteel onderzoek blijft dan ook van groot belang. Maar onderzoek bij kinderen moet wel toenemen. De FDA in de Verenigde Staten heeft de farmaceutische industrie al verplicht hun medicijnen ook op kinderen te testen. Nu is dat bij de meeste medicijnen niet het geval. In Europa zal vanaf 2007 een dergelijke test ook verplicht zijn, verwacht Tibboel. In de verre toekomst ligt de sleutel tot pijnbestrijding wellicht in het DNA.

Heb je pijn?

Je kunt een kind wel vragen of het pijn heeft, maar bij baby's en kinderen met een verstandelijke handicap krijg je geen of geen duidelijk antwoord. Adequate pijnmeting moet duidelijkheid geven en vormt de basis voor een adequate pijnbestrijding. Dr. Monique van Dijk, medisch psycholoog bij de Erasmus Universiteit, vertelt over pijnmeting bij pasgeborenen. Die is complex. 'Je kunt kijken naar de spierspanning, naar lichaamsbewegingen, het slaappatroon en naar fysiologische parameters als de hartfrequentie en bloeddruk. Het probleem is echter dat geen van deze indicatoren eensluidend iets zegt over de mate waarin een baby pijn voelt. Bovendien spelen nog allerlei contextuele factoren mee. Misschien heeft een prematuur geen energie om zijn pijn te laten zien. Misschien beïnvloedt een onrustige omgeving de gedragingen van het kind. En wellicht is er ook sprake van conditionering en reageert een baby na een paar keer al bij de geringste aanraking.' Van Dijk bespreekt de COMFORT gedragsschaal en de COMFORT neo (voor pasgeborenen) meer nadrukkelijk. Ook haalt ze het Neonatal Individualized Development Care and Assessment program (NIDCAP) aan. Ze benadrukt dat het belangrijk is de toepassing van meetinstrumenten vast te leggen in een richtlijn. Deze moet leiden tot een aanvaardbare balans tussen de noodzaak om bepaalde gegevens te verzamelen en de gezondheid en het comfort van het kind te monitoren.

Checklist Pijngedrag

Dr. Jeroen Peters, verpleegkundig onderzoeker Erasmus MC-Sophia, richt zich op een groep kinderen met een ernstig verstandelijke handicap. De medische literatuur verhaalt over lagere en hogere pijndrempels, en over het individueel karakter van pijn bij deze groep kinderen waardoor er geen eenduidige uitspraken over te doen zouden zijn. Maar het voelen van pijn is bij deze kinderen moeilijk te onderzoeken. Peters vertelt over de ontwikkeling van de Checklist Pijngedrag (CPG). 'Op basis van interviews met de verzorgers en video-opnames van het gedrag van 52 ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen voor en na de operatie blijken uiteindelijk tien uitingen het onderscheid aan te geven tussen wel en geen pijn.' De meeste van deze uitingen hebben te maken met

mv. Dr. M. van Dijk, Erasmus MC





Prof. dr. J. Passchier, Erasmus MC

mimiek. 'Het pijngedrag van kinderen met een diep verstandelijke handicap is dan ook minder individueel gebonden dan wordt aangenomen', concludeert Peters.

Ze begrijpen me niet!

Meer dan dertig procent van de pubers kent chronische pijn en velen van hen voelen zich onbegrepen, vertelt prof. dr. Jan Passchier, psycholoog bij de Erasmus Universiteit en voorzitter van ZonMW/NWO, onderzoeksprogramma 'Pijn III'. Zij ervaren onvoldoende aandacht van hun ouders en leeftijdsgenoten. De chronische pijn lijkt bij hen te zijn gaan horen en raakt op de achtergrond. 'Social understanding' is echter zeer belangrijk en dient een plek te krijgen in de interventie', meent Passchier. De interventies die een psycholoog kan bieden, zijn bijvoorbeeld ontspanningstraining, het gebruik van biofeedback om het lichaam zelf aan te sturen en cognitieve therapie. Resultaten hoeven niet altijd te liggen op het vlak van pijnvermindering of toename in de kwaliteit van leven. Ook minder pijnmedicatie kan een effect zijn.

Pijn internationaal

Na alle presentaties over wat bekend is en wat nog onder-

De NVBP PijnPrijs

De Nederlandse Vereniging ter Bestrijding van Pijn (NVBP) heeft jaren geleden de NVBP-PijnPrijs ingesteld om mensen te onderscheiden die zich op een bijzondere wijze hebben ingezet op het vlak van pijn. De voorzitter van de Wetenschappelijke Commissie, dr. J. Patijn, vertelt dat de jury dit jaar unaniem heeft besloten de prijs toe te kennen aan prof. Rianne de Wit, hoogleraar verpleegwetenschappen aan de Universiteit Maastricht. De jury heeft veel waardering voor haar inzet en de aard van haar werkzaamheden, waarbij zij veel nadruk legt op het multidisciplinaire karakter van pijnbestrijding. Bovendien meent de jury dat zij de pijnverpleegkundigen de positie heeft gegeven die deze beroepsgroep verdient. Prof. de Wit: 'Ik zie het als een eer voor mezelf, maar ook als waardering voor de rol van de verpleegkundige in de pijnbestrijding.'

zocht moet worden, voelen de twee sprekers over pijnbestrijding in onderontwikkelde landen zich een beetje ongemakkelijk – zij moeten zich met beperkte middelen zien te redden. Marjan van Mourik, directeur van Paz-Holandesa, vertelt hoe haar organisatie opereert in Peru. 'Wij helpen kinderen met een hazenlip, open rug, brandwonden of klompvoeten. Deze kinderen komen uit gezinnen die geen medische zorg kunnen betalen. Wij verzorgen de operatie en de nazorg, zoals spraken. Pijnbestrijding heeft zeer zeker onze aandacht – wij doen wat we kunnen met beperkte middelen, vooral paracetamol.' Dr. Rene Albertyn, principal investigator bij het Red Cross Memorial Hospital in Kaapstad, Zuid-Afrika, is dankbaar tijdens deze conferentie te mogen spreken en voor de contacten met het Erasmus MC. Naar eigen zeggen is 'haar' ziekenhuis de enige plek in Afrika waar speciale aandacht is voor pijnbestrijding bij kinderen. En ook in dit hospitaal is dat moeilijk. 'Niet alleen vanwege de beperkte (financiële) mogelijkheden, maar ook vanwege taalbarrières (Zuid-Afrika kent negen officiële talen – red.) en cultuurverschillen.' Personeelstekort is ook een belemmerende factor, net als het tekort aan pijnstillende middelen, de beperkte beschikbaarheid van recente onderzoeksresultaten, en ouders die analfabeet zijn – wat voorlichting en therapietrouw in de weg kan staan. Onwetendheid is er ook onder het personeel. 'Het gebeurt vaak dat ik morfine voorschrijf, maar dat het kind zijn medicijn niet krijgt. De verpleegkundigen zijn bang het kind over de rand van de dood te duwen.' Albertyn laat het publiek kennismaken met een aantal van haar patiënten via filmpjes. Helaas moet ze bij een aantal van hen melden dat ze inmiddels overleden zijn. Alles wat zij heeft verteld, krijgt met deze beelden een gezicht en dat laat een diepe indruk achter op de aanwezigen.



Meer informatie:

www.childrenshospitaltrust.org.za www.efic.org
www.iasp-pain.org www.kind-pijn.org
www.nvbp.nl www.pazholandesa.nl
www.pijnfonds.nl www.pijnplatform.nl

Voor u gesignaleerd

The Pain Survival Guide / How to Reclaim Your Life

Auteurs: Prof. dr. Dennis C. Turk,
Dr. Frits Winter

Uitgever: APA (American Psychological Association) www.apa.org

Informatie: info@mcwinter.nl

Engelstalige uitgave van APA, geschreven door Prof. dr. Dennis C. Turk en Dr. Frits Winter, beiden zeer ervaren in de behandeling van chronische pijn. 'If you suffer from chronic pain, this proven 10-steps program will bring hope and relief, showing you how gradual behavior changes can lead to great improvements. The recommendations are based on solid research and on success with patients. It doesn't promise miracle cures, but can be of help to learn not to let your body push you around, so you can enjoy life again.'

Altijd pijn: wat is hier aan te doen

Auteur: Prof. dr. W.W.A. Zuurmond
Uitgever: Spreekuur Thuis/Inmerc BV
ISBN: 90 6611 953 7
Prijs: € 14,95

Volledig herziene uitgave van het eerder verschenen 'Chronische pijn'. We spreken van chronische pijn als de pijn langer aanhoudt dan we zouden mogen verwachten. Die pijn heeft dan geen signaalfunctie meer, maar zorgt ervoor dat de kwaliteit van ons leven sterk achteruit gaat. Chronische pijn treffen we aan in velerlei vormen. En hoewel niet alle pijn te verhelpen is, heeft men de laatste jaren wel vooruitgang geboekt. Dit boek bevat informatie over verschillende manieren die er zijn gevonden om pijn te bestrijden. Daarnaast geeft het aan dat ook patiënten die niet of nauwelijks reageren op pijnbehandelingen niet in de steek moeten worden gelaten.

Chronic Spinal Pain

Uitgever: FlevoPress SA, Meggen (LU), Zwitserland
ISBN: 3-909441-01-7

Engelstalige uitgave met basisinformatie over 'Chronic Spinal Pain' en de behandeling ervan. Geschreven met het oog op artsen die kennis willen maken met deze behandeling.

Pijn-Kwartet

Uitgave van: Stichting Pijn-Hoop

Prijs: € 10,00

Speelse noot van de Stichting Pijn-Hoop: het 'chronisch pijn kwartet-spel'. Dit spel brengt allerlei aspecten van chronische pijn onder de aandacht en maakt ze bespreekbaar. Niet alleen interessant voor degene die pijn heeft, maar ook een mooie gelegenheid om het onderwerp chronische pijn op een speelse manier onder de aandacht te brengen. Ook zeer geschikt om bij opleidingen in de gezondheidszorg of revalidatieprogramma's dit onderwerp te behandelen. Het spel is verkrijgbaar bij de Stichting Pijn-Hoop (www.pijn-hoop.nl) of bij het Platform Pijn en Pijnbestrijding: info@pijnplatform.nl.

PAIN Practice

Engelstalig tijdschrift voor de behandelaar

Auteurs: David Niv and Marshall Devor
Uitgever: Blackwell Publishing
Organisatie: journal of the World Institute of Pain
Informatie: www.wipain.org

This journal of the World Institute of Pain publishes international multidisciplinary articles on pain that provide its readership with up-to-date knowledge of the research, evaluation methods, and techniques of pain management. The present literature on pain medicine is diverse and published in a variety of basic and clinical specialty journals. Pain Practice is a thorough multidisciplinary journal.

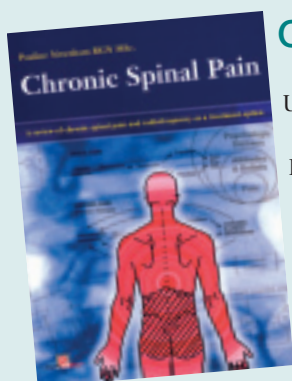
Neurofeedback

meer ontspanning en betere prestaties

Uitgever: Werkgroep Neurofeedback van het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen)
Informatie: info@psynip.nl

Folder met informatie voor cliënten. Neurofeedback is in Nederland vrij nieuw.

Neurofeedback (EEG-biofeedback of neurotherapie) is een trainings- of behandelingsmethode met als doel de hersenen op een specifieke wijze te trainen. Door deze methode 'leren' de hersenen beter te functioneren. Aan een systeem voor officiële erkenning van de behandelingsmethode wordt nog gewerkt. Voor artsen en psychologen is er de basisopleiding neurofeedback. Deze staat in voor een goede kwaliteit van de behandeling.



Congressen / symposia / bijeenkomsten

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

Redactieraad:

Drs. J. Arend
Drs. T.C. Besse
Drs. R.H. Boelhouwer
mw. Drs. E. Crombag
Drs. Th. Eldering
mw. Drs. C.A.M. Girardin-v.d. Klaauw
mw. Drs. M. Groeneveld
Drs. J. Jansen
dhr. M. van der Marck
dhr. B. Pietersen
mw. E. Roetering-van Geenhuizen
Prof. dr. H.G.M. Rooijmans
mw. Drs. J.L. Swaan
mw. Dr. G.J. Versteegen
mw. H. Wieberneit-Tolman

Coördinatie en eindredactie:

Hilda Wieberneit-Tolman

Productie:

Eldering Studios bv, Overveen

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.

nationaal

- Symposium Palliatieve Zorg: Richtlijnen voor de praktijk
www.m.haak@vikc.nl 12 januari 2006
- Bijeenkomst CDH-lotgenoten Nederlandse Hoofdpijnpatiënten Vereniging
www.hoofdpijnpatienten.nl 11 maart 2006
- Landelijk Implementatiecongres 'Kennis Beter Delen 3'
www.zonmw.nl 23 en 24 maart 2006
- Landelijk congres en Publieksdag Nederlandse Vereniging Fibromyalgie
www.fes.nl 12 en 13 mei 2006
- Anesthesiologen-dagen
www.anesthesiologie.nl 18 en 19 mei 2006

internationaal

- 10th International Biofeedback Conference
Organized by Austrian Society for Biofeedback
And Biofeedback Foundation of Europe, Vienna, Austria
www.bfe.org 14 - 18 februari 2006
- 2nd Global Patients Congress
Organized by Intern. Alliance of Patients' Organizations, Barcelona, Spain
www.patientsorganizations.org 22 - 24 februari 2006
- 22nd Annual Meeting of the American Academy of Pain Medicine, San Diego, USA
www.pain-med.org 23 - 25 februari 2006
- Annual Meeting of the British Pain Society 24 april 2006
- 25th Annual Meeting of the American Pain Society, San Antonio, USA 3 mei 2006
- 2nd International Forum on Pain Medicine
Organized by PAIN / Kenes International, Guadalajara, Mexico
www.kenes.com/ifpm 25 - 28 mei 2006
- Europees symposium anesthesiologen ESA
www.anesthesiologie.nl 3 - 5 juni 2006
- 5th IASP Research Symposium: Central Neuropathic Pain Centenary
of Central Post-stroke Pain, Toronto, Canada
www.iasp.pain.org 6 juni 2006
- 8th IFNA World Congress for Nurse Anesthetists, Lausanne, Switzerland
www.wcna2006.ch 10 - 13 juni 2006
- European Pain School 2006. Pain and Central Nervous System, Siena, Italy
www.unisi.it/pain-school 12 - 18 juni 2006
- 7th International Symposium on Pediatric Pain
Organized by the IASP Special Interest Group on Pain in Childhood,
Vancouver, Canada
www.meet-ics.com 25 - 29 juni 2006

Pijn Sloopt

De cijfers... pijnlijk indrukwekkend

Eén op de vijf volwassenen lijdt aan chronische pijn en meer dan 2 miljoen mensen hebben deze pijn al minstens 7 jaar. Van alle patiënten met kanker heeft 70% pijn.

En alleen lage rugpijn vormt al een jaarlijkse kostenpost van € 4,5 miljard.

De cijfers zijn pijnlijk indrukwekkend. Het Platform Pijn en Pijnbestrijding stelt zich ten doel de pijnpatiënt dichterbij de pijnbestrijder te brengen middels bijeenkomsten, congressen, onderzoek, informatie-uitwisseling en uitgave van het Pijnperiodiek. Voor het blijven realiseren van deze doelstellingen is veel geld nodig. Het Nationaal PijnFonds werft fondsen ten behoeve van de wereld van pijn en pijnbestrijding. Uw hulp wordt bijzonder op prijs gesteld!



nationaal PijnFonds

Giro 304050 Leiden

Nationaal PijnFonds: Wassenaarseweg 56, 2333 AL Leiden – T 071 - 5181895
Postbus 278, 2300 AG Leiden. info@pijnfonds.nl www.pijnfonds.nl



Het PijnFonds vraagt om uw steun

Het PijnFonds vervult een cruciale rol tussen de Nederlandse pijnlijder en de pijnbestrijder. Draagt u het Platform Pijn en Pijnbestrijding, het Pijnperiodiek en dus het Nationaal PijnFonds een warm hart toe? Word dan donateur! **Immers Pijn Sloopt!**

Ja, ik word donateur van het PijnFonds voor € 24,- per half jaar (€ 4,- per maand) tot wederopzegging

Ja, ik doe een éénmalige donatie aan het PijnFonds van € Ik machtig hiermee het PijnFonds

bovengenoemd bedrag af te schrijven (per half jaar/éénmalig) van mijn bank-/girorekening:

Voorletters:

Achternaam:

M/V

Straat en huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Geboortedatum:

E-mail:

Handtekening:

Datum:

Het PijnFonds mag mij op de hoogte houden op het bovenstaande e-mailadres. Stelt u hier echter geen prijs op, vink dan dit vakje aan
Indien u niet akkoord gaat met een afschrijving kunt u deze binnen 30 dagen via uw bank terug laten boeken.



Pijnperiodiek

Uitgave van het Platform Pijn en Pijnbestrijding

Postbus 278, 2300 AG Leiden

**Nationaal PijnFonds
Antwoordnummer 10107
2300 VB Leiden**