

2e jaargang nummer 3 – oktober 2005

# Pijnperiodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar

**RSI: nog lang niet de wereld uit**

**No-nonsense pijnmanagement**

**Pijnpoli VU Medisch Centrum**

**Donateurs gezocht!**

# Inhoud

- |   |   |
|---|---|
|    | <b>1</b> <b>Wat kunnen wij en wat kunt u doen?</b><br>H.G.M. Rooijmans                      |
|    | <b>2</b> <b>Redactioneel</b>  |
|    | <b>2</b> <b>Pijnbehandeling vraagt om een individueel zorgplan</b><br>Christiaan Keijzer    |
|    | <b>4</b> <b>Leer de factoren die jouw pijn beïnvloeden kennen én gebruiken</b> Frits Winter |
|   | <b>6</b> <b>Het begrip pijnrevalidatie bleek niet eenduidig</b><br>Loes Swaan               |
|  | <b>8</b> <b>Wees assertief! Anders gebeurt er helemaal niks</b><br>Chiel Bos                |
|  | <b>10</b> <b>RSI: nog lang niet de wereld uit</b><br>RSI-Vereniging                         |
|  | <b>14</b> <b>Voor u gesignaleerd</b>  |
|  | <b>16</b> <b>Congressen / symposia / bijeenkomsten</b>                                      |

Het Pijnperiodiek wordt mede mogelijk gemaakt door:



# Wat kunnen wij en wat kunt u doen?



Het Platform Pijn en Pijnbestrijding heeft in nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (NVBP) en de Pijnkenniscentra het initiatief opgevat om een Nationaal PijnFonds op te richten. Zonder uw hulp is dat echter niet mogelijk.

Het stopzetten van de subsidie aan het Platform Pijn en Pijnbestrijding heeft, zoals u heeft kunnen lezen op de laatste pagina nr. 2, 2005 – Pijnperiodiek, geleid tot het Nationaal PijnFonds. Bovengenoemde initiatiefnemers zijn hierin uiterst deskundig bijgestaan door de heer John Loudon, adviseur van het PijnFonds. Langer durende pijn is een groot maatschappelijk probleem. In uw directe omgeving lijdt minimaal een van uw naasten aan chronische pijn en het stopzetten van subsidie mag eenvoudigweg niet leiden tot het stopzetten van het Platform Pijn en Pijnbestrijding. Diverse verenigingen, organisaties, industrieën en fondsen hebben inmiddels middelen beschikbaar gesteld om de oprichting van het PijnFonds te kunnen realiseren. Met name sponsorbijdragen zijn van groot belang om het voortbestaan van het Platform Pijn en Pijnbestrijding en alle activiteiten ook in de toekomst te kunnen blijven garanderen.

## Wat kunnen wij doen?

Wij zijn van mening dat voorlichting aan zorgverleners, patiënten en de hele bevolking van Nederland sterk moet worden verbeterd. Wetenschappelijk onderzoek naar oorzaken en gevolgen van chronische pijn moet eveneens worden uitgebreid. Onderzoek naar preventie van pijn staat nog in de kinderschoenen en heeft een stimulans nodig. De overheid heeft de afgelopen jaren een financiële bijdrage aan pijnonderzoek gegeven. De huidige regering heeft echter het subsidiebeleid gewijzigd, hetgeen betekent dat de activiteiten in de toekomst op een andere wijze gefinancierd moeten worden.

## Wat kunt u doen?

Het Nationaal PijnFonds stelt zich tot taak deze verantwoordelijkheid op zich te nemen. Dit kan echter alleen met uw steun! Een ieder loopt de kans met chronische pijn te worden geconfronteerd. PIJN SLOOPT! Help dus de pijnlijder en word donateur van het Nationaal PijnFonds. In deze uitgave vindt u een kaart die u ingevuld kunt opsturen om uw zeer gewaardeerde steun te betuigen met dit initiatief.



*H.G.M. Rooijmans  
Voorzitter Platform Pijn en Pijnbestrijding*

# 'Pijnbehandeling vraagt om een individueel zorgplan'

De polikliniek pijnbestrijding van het VU Medisch Centrum voorziet in een grote behoefte aan behandeling van chronische pijnklachten. De polikliniek staat onder medische leiding van professor dr. Wouter Zuurmond, terwijl de logistieke coördinatie van de gehele polikliniek anesthesiologie (pijnpolikliniek en polikliniek pre-operatieve screening) in handen is van Christiaan Keijzer. Een verslag vanuit Amsterdam om te kijken hoe deze bijzondere polikliniek precies werkt.

*Tekst: Christiaan Keijzer, anesthesioloog en lid van het pijnteam en Wouter Zuurmond, anesthesioloog en hoogleraar pijnbestrijding*

'Wij zien een kleine 1200 nieuwe patiënten per jaar,' vertelt Keijzer. 'Bij het maken van een afspraak krijgt de patiënt een academische pijnvragenlijst toegestuurd. Daarnaast vragen wij informatie op bij de huisarts ten aanzien van de pijnklachten en in het verleden uitgevoerde diagnostiek en behandeling van de klachten van de betrokken patiënt. Een week voor het bezoek van de patiënt worden deze gegevens besproken in het voltallige pijnteam bestaande uit anesthesiologen, anesthesiologen in opleiding en pijnverpleegkundigen.

Tijdens deze bespreking stellen we een differentiaal diagnose op, bespreken we welke aanvullende diagnostiek nog nodig is en stellen een voorlopig behandelplan voor.'

## Een voorbeeld

Bij bijvoorbeeld een patiënt met lage rugklachten wordt bekeken of deze al door een neuroloog/neurochirurg onderzocht is en of in het verleden al chirurgie-interventie heeft plaatsgevonden. Ook bekijken we of er reeds invasieve pijnblokkades zijn uitgevoerd. Bij het eerste bezoek aan de polikliniek neemt de anesthesioloog in opleiding een gestandaardiseerde anamnese af horend bij het type pijnklachten van de patiënt. Het lichamelijk onderzoek richt zich met name op het mogelijk bestaan van een radicaire component en/of SI-gewrichtspijnklachten. Aan de hand hiervan en de resultaten van de pijnteambespreking doet de anesthesioloog in opleiding een voorstel voor aanvullende diagnostiek en/of behandelplan aan het staflid anesthesiologie dat superviseert. Het staflid en de anesthesioloog in opleiding bespreken dit voorstel vervolgens met de patiënt. Wanneer de patiënt met lage rugklachten nog niet neurologisch is onderzocht terwijl er wel een radicaire component aanwezig lijkt te zijn, zal er naar een neuroloog worden verwezen. Indien bij een dergelijke patiënt al eerder neurologisch onderzoek en/of behandelingen hebben plaatsgevonden, gaan we over tot behandeling.

## Individuele zorg

We maken voor elke patiënt een individueel zorgplan waarbij de patiënt, indien nodig, op korte termijn kan worden gezien door een neuroloog, neurochirurg, orthopedisch chirurg, fysiotherapeut, ergotherapeut of een psycholoog/psychiater. Hiervoor zijn afspraken gemaakt met de diverse specialismen.

redactioneel

## Onafhankelijkheid: hét waarmede van het Pijnperiodiek



In de afgelopen tijd is de kwestie van ongewenste beïnvloeding door sponsoring van patiëntenverenigingen door farmaceutische bedrijven in het nieuws geweest. Om iedere associatie hiermee te voorkomen, heeft de Reclamecodecommissie (CRG) een concept van randvoorwaarden opgesteld voor een verantwoorde samenwerking tussen farmaceutische bedrijven en patiëntenorganisaties. Tijdens de bijeenkomsten van de redactieraad van het Pijnperiodiek is de kwestie van ongewenste beïnvloeding al meerdere malen onderwerp van gesprek

geweest. Het Pijnperiodiek is immers een onafhankelijk orgaan, uitgegeven door het Pijnplatform, waarin beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen samenwerken. Financieel wordt het Pijnperiodiek door derden, onder andere een aantal farmaceutische bedrijven, mogelijk gemaakt. Zo zou ongewenste beïnvloeding kunnen plaatsvinden. De redactieraad is zich daar terdege van bewust. Daarom zijn reeds in een eerder stadium afspraken gemaakt met de sponsors om de onafhankelijkheid van het Pijnperiodiek te waarborgen. Deze afspraken komen overeen met de



*Drs. Christiaan Keijzer en  
pijnverpleegkundige Ria van den Heuvel*

## Tevredenheid

Deze tevredenheid uitte zich recent in een nominatie als 'best practice' polikliniek van de Nederlandse patiënten consumenten federatie op voordracht van verschillende patiëntverenigingen. We denken dat deze nominatie vooral te danken is aan ons beleid. Wij nemen ruimschoots de tijd voor elke patiënt en beëindigen een behandeling pas als wij met de hand op ons hart kunnen uitleggen dat alle mogelijke opties zijn uitgeprobeerd. 'Uitbehandelde' patiënten kunnen daarnaast regelmatig terugkomen om hun actuele situatie te bespreken. Dit resulteert in veel waardering en doorverwijzingen vanuit het hele land.

Alle patiënten met chronische pijn zijn welkom op onze polikliniek. Vanuit wetenschappelijk oogpunt zijn we in het bijzonder geïnteresseerd in patiënten met CRPS (voorheen post-traumatische dystrofie) en patiënten met pijnklachten op basis van kanker. Bij de patiënten met CRPS wordt veel onderzoek gedaan in het kader van het project TREND onder leiding van Dr. Roberto Perez. Voor patiënten die palliatieve zorg behoeven, bestaat er een langdurige samenwerking met de stichting Kuria (beheren een hospice in Amsterdam). Ook deze samenwerking staat onder de medische leiding van Wouter Zuurmond.

## 'Palliatieve' leerstoel

Zeer binnenkort wordt in het kader van de samenwerking met stichting Kuria de huidige leerstoel pijnbestrijding omgedoopt tot een nieuwe leerstoel aan het VU Medisch Centrum, zijnde de leerstoel pijnbestrijding en palliatieve zorg. Tegelijkertijd zullen er een aantal palliatieve bedden in het VU Medisch Centrum worden geopend om acute gespecialiseerde palliatieve zorg in dit academisch centrum te kunnen verzorgen. Het doel is om patiënten in een conditie te krijgen waarbij zij weer naar huis kunnen met eventuele thuiszorg of naar een hospice kunnen worden overgeplaatst.

(concept)aanbevelingen van de CRG. De kern van de gedragsregels luidt als volgt: onafhankelijkheid mag door sponsoring niet in gevaar worden gebracht, er mag geen exclusiviteit worden bedongen en er mag geen directe of indirecte reclame worden gemaakt. Verder moeten afspraken op transparante wijze vastgelegd worden. Door afspraken te maken met de sponsoren beschouwt de redactieraad de beïnvloedingskwesitie echter niet als afgedaan maar blijft deze op elke bijeenkomst van de redactieraad onderwerp van toetsing en overleg. Alle partijen die gezamenlijk het Pijnperiodiek realiseren, zijn het er namelijk over eens dat juist onafhankelijkheid het

waarmerk van het Pijnperiodiek is. En die onafhankelijkheid houden we samen scherp in het oog. In dit nummer wordt onder meer in de rubriek 'de pijnpoli' aandacht besteed aan de polikliniek pijnbestrijding van het VU Medisch Centrum in Amsterdam. Frits Winter legt uit welke rol de psycholoog kan spelen bij de behandeling van chronische pijn en dat wordt geïllustreerd aan de hand van een 'typisch' voorbeeld. De RSI Vereniging geeft een toelichting op haar werkzaamheden. In het interview met de directeur van de zorgverzekeraars Ch. Bos komt naar voren dat de samenwerkende patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen

verenigd in het Pijnplatform vooral niet moeten afwachten, maar initiatieven moeten nemen op het gebied van vergoedingen om op een welwillende reactie van de zorgverzekeraars te kunnen rekenen. Het is dus bijzonder belangrijk dat het Pijnplatform in het belang van de individuele pijnpatiënt blijft bestaan, nu de overheidssubsidie voor het Pijnplatform beëindigd is. De redactie van het Pijnperiodiek wil haar lezers oproepen om sponsor te worden van het PijnFonds dat mede in het leven is geroepen om het Pijnplatform te laten voortbestaan.

*W.J. Meijler, hoofdredacteur*



Medisch Centrum Winter pleit voor no-nonsense pijnmanagement

## 'Leer de factoren die jouw pijn beïnvloeden kennen én gebruiken'



*Dr. Frits Winter, psycholoog*

Psycholoog Dr. F.A.M. Winter heeft jarenlange ervaring op het gebied van pijn- en stressmanagement en is vanaf 2004 directeur van Medisch Centrum Winter, een behandelcentrum voor pijn, stress en burn-outklachten. Binnenkort wordt Winters boek 'De pijn de baas', inmiddels toe aan de vijfde druk, ook in de Verenigde Staten uitgegeven onder de titel 'The Pain Survival Guide'. Winter vertelt aan de hand van een herkenbaar praktijkvoorbeeld hoe pijn vaak samenhangt met sluipende stress en hoe deze kan worden gemanaged.

Iedereen heeft het in zijn leven wel eens meegemaakt. Terwijl je zelf de hele wereld op je schouders neemt, tot over je oren in het werk zit, nooit van negen tot vijf werkt, maar altijd doorgaat tot het werk af is en dan eigenlijk geestelijk al weer bezig bent met de volgende dag, juist dan meldt je collega zich ziek.

Nou ja, ziek zijn dat kan. En ziek is ziek. Maar als je geachte collega zich dit jaar voor de zesde keer ziek meldt, terwijl jij

degene bent die, bovenop je eigen werk, steeds maar weer 'de rotzooi' moet opruimen, ontstaat er langzaam, van binnen, een ander gevoel. Een gevoel dat meer lijkt op enige lichte vorm van irritatie. Dat gevoel wordt sterker als de dokter van de Arbodienst, waar je collega zich na een maand ziekte weer moet melden, doodleuk en al voor de tweede keer tegen je collega zegt: 'Ik zou nog maar een paar weken thuisblijven en lekker uitzieken.'



Herkenbaar. En enige vorm van jaloezie is er ook. Want het is toch wel makkelijk als je, wanneer je het niet meer ziet zitten, kan zeggen, laat de baas het maar zelf opknappen. Soms zou jij dat zelf ook wel willen. Maar ja, dat doe je toch niet zo gauw. Vooral niet als je bent opgevoed in de sfeer van opgestroopte mouwen en je laat je niet kisten. En al helemaal niet als je er aan gewend bent om je schouders onder het leven te zetten en je de motor van je bedrijf, je school, of de afdeling op je kantoor bent.

Iemand die chronische klachten ontwikkelt, is voor velen vaak een rots in de branding. Iemand die klaarstaat voor anderen, iemand die graag de dingen goed wil doen, die veel op zijn schouders neemt. Iemand waar iedereen eigenlijk wel tegenaan wil leunen. Het is dus niet zo erg als je een burn-out voelt naderen om dan voor een keer te zeggen: 'Laat de baas het maar even zelf opknappen'. Maar wat als je zélf de baas bent zoals bijvoorbeeld Gert Jan van der Poel?

## Praktijkvoorbeeld

Meer dan tien jaar was Gert Jan uiterst succesvol in de verkoop. Zijn baas, de directeur van het bedrijf, droeg hem op handen. Vlak voor diens pensioen vroeg de directeur of hij het bedrijf langzaam wilde overnemen. Trots op die mogelijkheid en uiterst ambitieus nam Gert Jan zijn kans waar. Het personeel breidde uit en de omzet van zijn bedrijf steeg in een beperkt aantal jaren naar het dubbele van voorheen. Gert Jan maakte, ondanks de protesten van zijn omgeving, steeds langere dagen en de winst van het bedrijf steeg tot ongekend niveau. Voor de leuke dingen in het leven bleef echter steeds minder tijd over. Gert Jan kreeg rugpijn, was vrijwel continu moe, sliep slecht en had last van hoofdpijn en plotselinge

stemmingswisselingen. Op een zondagmiddag knapte er iets. Naar aanleiding van een onbenullig meningsverschil met zijn vrouw, werd Gert Jan buitensporig kwaad. Vervolgens barstte hij in tranen uit en kon niet meer ophouden. Iedereen schrok. Gert Jan schaamde zich. Hij realiseerde zich dat hij langs de rand van de afgrond liep en dat er weinig meer nodig was om de levens van hemzelf en die van zijn vrouw en kinderen in die afgrond te doen storten.

## Verloren veerkracht

Het was duidelijk wat er aan de hand was. Gert Jan had z'n karretje te zwaar beladen. De assen dreigden te breken en het karretje dat jarenlang zo prima reed, kon bijna niet meer voor- of achteruit. Gert Jan ondervond tot zijn eigen ergernis dat ook zijn draagkracht beperkingen had. Zo'n constatering is vervelend, maar het is niet anders. En als je steeds maar weer onder spanning komt te staan, verlies je je veerkracht. Net als bij een veer gaat de rek eruit en kan deze zelfs knappen als er maar hard genoeg aan wordt getrokken. Als je als gevolg van langdurige overbelasting afknapt, dan is het terugkrijgen van je veerkracht een hele opgave.



Wetenschappelijk onderzoek heeft een directe relatie aangetoond tussen pijn en stress. De gewaarwording van pijn (hoe zeer pijn doet) en stress speelt namelijk in dezelfde hersengebieden (limbische systeem), waarbij stress een sturende werking heeft op de gevoeligheid van pijnbanen. Dus hoe meer stress, hoe gevoeliger voor pijn en hoe intenser de pijnbeleving.

Als je pijn hebt en doodmoe bent, heb je alleen maar behoefte aan rust. Maar rust krijg je niet en rust alleen helpt niet. Je gaat een keer per week naar de fysiotherapeut, maar dit staat vaak niet in verhouding tot de tijd die je piekerend door het leven gaat. Het is een druppel op een gloeiende plaat.

Bovendien valt tegen bepaalde situaties niet op te boksen met therapie. Gert Jan kwam uiteindelijk bij ons terecht. Wij hebben een effectieve methode ontwikkeld voor herstel bij stress-, burnout- en pijnklachten. De behandeling houdt het midden tussen een therapie en een hoogstaande cursus stressmanagement. Het programma is een afwisseling van inspanning-ontspanning, fysiek-mentaal, en praktijk-theorie. Door deze afwisseling kunnen zelfs de meest aangeslagenen het programma goed volgen. Men kan de gehele dag, inclusief de avond, goed functioneren.

## Beter terug

De behandeling onder de toepasselijke naam 'Beter terug', start met een bespreking van ieders eigen problematiek. Aan de tafel zitten, naast ondergetekende, een psychotherapeut en een beperkt aantal mensen dat getackled dreigt te worden door stressvolle situaties in het dagelijks leven. Naast groeps gesprekken is ook de licht fysieke training van belang. Mensen die amper meer in staat waren om langere tijd achtereen intensief te lopen of te fietsen, merken reeds in de tweede week dat hun lichamelijke conditie verbetert. In de praktijk blijkt dat deze conditieverbetering meehelpt om op een betere en afstandelijker wijze met de stresssituaties van het leven om te gaan. Terug naar Gert Jan die zes weken lang, twee dagen per week, het programma doorliep.

Gert Jan had niet verwacht dat hij met zijn oververmoeide lichaam nog tot zoveel in staat was. Hij leerde dat alleen hij zijn omgeving en programma kon veranderen. En dus hoe hij zich voelde. Gezond en gelukkig zijn, vraagt een gezonde, afwisselende levensstijl. Met uitdagingen, rustmomenten en warme sociale contacten, zodat het leven tegelijk veilig en natuurlijk wordt. Gert Jan moest aan de slag met zijn relatie, zijn werk én met zichzelf. Hij kreeg zijn karretje weer aan het rijden door de factoren die zijn pijn beïnvloedden, te leren kennen én gebruiken door onze beproefde combinatie van arbeid, fysieke training en pijnmanagement (o.a. ontspanningstechnieken).

Meer informatie  
op [www.mcwinter.nl](http://www.mcwinter.nl)  
Bron: Artikel Wegwijs



# 'Het begrip pijnrevalidatie bleek niet eenduidig'



Het Consensus  
Rapport  
Pijnrevalidatie  
Nederland  
toegelicht door  
Loes Swaan

Het Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland, dat recentelijk verscheen, beschrijft de totstandkoming en uitkomsten van een consensustraject dat in 2001 is gestart. Het initiatief ging uit van het Pijn Kennis Centrum Maastricht (PKC-M) en is uitgevoerd in samenwerking met de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN). Een projectgroep bestaande uit revalidatieartsen en vertegenwoordigers van het PKC-M werd opgericht onder voorzitterschap van dhr. Albere Kôke. 'Het idee voor dit project is ontstaan doordat in de praktijk bleek dat het begrip 'pijnrevalidatie' niet eenduidig was en de inhoud van programma's nog minder,' vertelt Loes Swaan, revalidatiearts, lid projectgroep Consensus Pijnrevalidatie en Platform Pijn en Pijnbestrijding en voorzitter WPN.

'Allereerst hebben we een enquête gehouden onder diverse gezondheidszorginstellingen in Nederland. Daaruit bleek dat in Nederland 55 ziekenhuizen en revalidatiecentra zijn die multidisciplinaire pijnrevalidatieprogramma's aanbieden. Dit lijkt voldoende en de geografische spreiding is goed. Wel bleken problemen te bestaan op het gebied van behandelcapaciteit met wachtlijsten als gevolg. De doelstellingen van de verschillende programma's zoals het leren omgaan met pijn, het niveau van functioneren verbeteren en het verbeteren van de kwaliteit van leven, kwamen redelijk overeen. De programma's zijn gebaseerd op het biopsychosociaal model maar daarbinnen bleken verschillen in concrete inhoud, duur en intensiteit. Ook de samenstelling van het behandelteam bleek wisselend. De resultaten van deze enquête gaven aanleiding tot een uniforme beschrijving van begrippen als doelstelling, selectiecriteria, behandel-elementen, evaluatiecriteria en theoretische achtergronden.'

## Vragenlijsten

Aan het verdere proces hebben behandelteams meegedaan van 20 revalidatiecentra en 19 ziekenhuizen (meestal de afdeling revalidatie). De behandelaars kregen steeds vragenlijsten voorgelegd met stellingen waarmee men het eens of oneens kon zijn. Door de stellingen steeds meer toe te spitsen op grond van eerdere resultaten, werd steeds duidelijker waarover overeenstemming bestond.

Overeenstemming werd bereikt over de definitie van pijnrevalidatie: 'Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met de pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren'. In het algemeen bestaat een programma uit een screeningsfase, observatiefase, behandelphase en nazorgfase.

De overkoepelende doelstellingen kunnen als volgt worden geformuleerd: 'Het verbeteren van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van een patiënt door het zelfstandig leren omgaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren'. Dit is echter zo algemeen dat het zinvol is om dit nader te omschrijven en onder te verdelen in vier soorten doelstellingen: optimaliseren van het activiteitsniveau, anders leren denken en voelen, anders doen en stoorissen in functies. Verder uitgewerkt gaat het dan bijvoorbeeld over structuur aanbrengen in arbeid-rustverhouding, het verbeteren van het gevoel van controle over de pijn, het uitvoeren van een rol in de maatschappij zoals (vrijwilligers)werk. Dit geeft aan dat pijnrevalidatie een grote motivatie en inzet vraagt van de patiënt.

## Wie wel en wie niet

Juist vanwege de grote inzet die gevraagd wordt, is het belangrijk om van tevoren goed te kunnen inschatten wie baat zal hebben bij een pijnrevalidatieprogramma en wie niet. De selectiecriteria bleken echter niet goed te benoemen. Wel hanteerde vrijwel iedereen de indeling van de WPN die al eerder opgesteld was. Hieruit volgt dat iemand kan deelnemen aan een pijnrevalidatieprogramma als er beper-

kingen zijn in het functioneren, als er geen reden is voor een andere behandeling of voor verdere diagnostiek, en als iemand bereid en in staat is om zelf actief aan de slag te gaan met aangereikte adviezen. Ook mogen er geen ernstige psychische of sociale problemen zijn die revalidatie in de weg kunnen staan.

Na het formuleren van de

## Het Consensusrapport Pijnrevalidatie Nederland bevat de volgende aanbevelingen:

- De huidige consensus kan gebruikt worden om aan te geven wat in grote lijnen de inhoud is van een pijnrevalidatieprogramma. Plaatsing van deze gegevens op het internet kan een middel zijn om zowel patiënten als verwijzers te informeren
- Het ontwikkelen van informatiemateriaal over inhoud en doelstellingen van ieder programma is noodzakelijk
- De visie vanuit de pijnrevalidatie zou breder verspreid moeten worden in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg
- Het ontwikkelen van meetinstrumenten om programma's te evalueren is noodzakelijk. Momenteel zijn er internationaal al meetinstrumenten die wellicht aangepast kunnen worden aan de Nederlandse situatie
- De indicatiestelling voor revalidatieprogramma's zal gebaat zijn bij een goede afstemming van de inhoud van de behandeling op de patiëntenkenmerken

definitie, doelstellingen en selectiecriteria kwamen de verschillende behandelelementen aan bod. De meeste overeenstemming bestond over fysieke training, ergonomie, ontspanning, dag- en weekschema, tijdsbesteding en arbeidsbegeleiding. Ook graded activity en graded exposure komen in vrijwel alle programma's voor. Dat wil zeggen, het heel consequent en geleidelijk opbouwen van activiteiten, het eerste wat betreft fysieke belasting en het tweede wat betreft activiteiten die angst oproepen (denk aan het tillen van zware boodschappen, bukken etc.). Verder besteden alle programma's aandacht aan het verkrijgen van inzicht in factoren die een rol spelen bij de pijn, het anders omgaan met de pijn, en uitleg over chronische pijn en de gevolgen ervan. Iedereen was het erover eens dat evaluatie belangrijk is, maar op dit moment ontbreekt overeenstemming over welke instrumenten daarvoor het beste kunnen worden gebruikt.

## Evaluatie

Nadat de behandelteams hun visie hadden gegeven, zijn ook de patiëntenverenigingen gevraagd mee te denken. De Stichting Pijn-Hoop heeft daarop een aantal knelpunten en wensen aangegeven. De knelpunten betroffen met name onvoldoende bekendheid bij patiënten en hulpverleners over de mogelijkheden van pijnrevalidatieprogramma's. Ook de al door de behandelaars gesignaleerde lange wachttijden worden als knelpunt ervaren. Verder ontbreekt naar de mening van de Stichting Pijn-Hoop vaak goede nazorg. Als wensen kwamen naar voren, meer informatieverstrekking en -voorziening en nauwere samenwerking tussen behandelaars en pijnpatiënten. Patiëntenverenigingen zouden mogelijk in de nazorg een rol kunnen spelen. Het Platform Pijn en Pijnbestrijding en de Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofiëpatiënten hebben aangegeven dat zij zich herkennen in de visie van de Stichting Pijn-Hoop.



Drs. Chiel Bos, directeur Zorg van Zorgverzekeraars Nederland, praat over zorg op maat

# 'Wees assertief! Anders gebeurt er helemaal niks'

Er wordt wat afgeklagd in de zorg. Door specialisten, huisartsen, verzekeraars en niet in de laatste plaats door patiënten. En het zorgsysteem daadwerkelijk veranderen, bleek lange tijd eenvoudigweg een brug te ver. Sinds een jaar of twee is het roer om en is er eindelijk ruimte voor zorg op maat. Maar geldt dat ook voor pijnpatiënten? In een gesprek met drs. Chiel A.J.M. Bos, directeur Zorg van Zorgverzekeraars Nederland, praatten we over de huidige ontwikkelingen in de zorg en vragen in het bijzonder naar zijn mening over 'pijnzorg' op maat.

Tekst: Monique de Mijttenaere

'Sinds een paar jaar wordt er veel meer naar de patiënt geluisterd,' vertelt Bos. 'Er wordt beter gekeken waar een patiënt precies behoefte aan heeft. Zorg op maat dus. Een goed voorbeeld hiervan zijn de profielziekenhuizen zoals een staarkliniek. In de oude situatie had een oogarts bijvoorbeeld recht op één middag in de operatiekamer, maar kwam daar een ongeluk of besmetting tussen, dan verviel die ene middag. Met alle gevolgen van wachtlijsten en dergelijke vandiën. De ontwikkeling van profielziekenhuizen en gespecialiseerde instituten en daarmee het bundelen van kennis en kracht is ontzettend logisch. Veel minder omslachtig en veel transparanter allemaal. Als ZN moedigen we dit soort 'gespecialiseerde' initiatieven aan. Daar zijn niet alle ziekenhuizen even blij mee maar dat is nu eenmaal de marktwerking. Die is nodig voor zorg op maat.'

## Het brede plaatje

Hoe ziet het brede plaatje eruit van zorg op maat versus ziektekostenverzekering? Bos: 'Verzekeren is niet meer of minder dan het organiseren van solidariteit. Als verzekeraar probeer je de interesse te wekken van gezonde mensen om premie te betalen voor kosten, in dit geval voor zorg op maat die ze zélf mogelijk nooit zullen maken. Met zijn allen delen we, door het betalen van premies, de kosten die zieke mensen maken. Best simpel.' In welk daglicht moeten we de fel bekritiseerde basisverzekering, die continu verder wordt 'uitgekleed', bekijken? Wat is de rol van de zorgverzekeraar hierin? 'Daar kan ik heel kort over zijn. De basisverzekering is een puur politieke beslissing. In de wet wordt vastgelegd welke kosten worden opgenomen in de basisverzekering. Daar heeft ZN niks over te zeggen. Het gaat om het in balans houden van de premie enerzijds en de inkomens anderzijds. Minister Zalm blijft hameren





*'Verzekeren  
is niets meer  
of minder  
dan het  
organiseren  
van solidariteit'*

op het gelijk blijven van de premies van de basisverzekering omdat hij weet dat hij anders de lonen met gelijke tred moet verhogen. En hogere lonen daar is niemand mee gebaat. Dat schaadt de concurrentiepositie van Nederland. Waar een zorgverzekeraar zich onder andere sterk in onderscheidt, zijn de aanvullende verzekeringen. Daar is eigenlijk van alles mogelijk, maar alles heeft zijn prijs. Zo kan in die aanvullende polis fysiotherapie, homeopathie, tandheelkunde, acupunctuur en zelfs een modderbadenkuur worden opgenomen. Wat niet in de basisverzekering is opgenomen, kan aanvullend verzekerd worden mits er voldoende belangstelling voor is. Dat zou voor pijnbehandelingen een weg kunnen zijn.'

## **DBC voor pijn**

'Pijn is een signaal dat vaak de start vormt van onderzoek en behandeling en dus opgenomen in de reguliere diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Op die manier maakt pijn deel uit van de basisverzekering. Het is natuurlijk denkbaar dat de behandeling is afgerond en de patiënt nog steeds pijn heeft. Simpel gezegd, napijn die buiten de bestaande DBC's valt. Medicijnen of specifieke therapie om deze napijn te verlichten, kan worden vergoed wanneer er een speciale DBC voor bestaat. Om deze DBC te maken, nodig ik allereerst de verschillende beroepsgroepen uit om met voorstellen te komen. En deze in te leveren bij de overheid want die bepaalt uiteindelijk wat wel en niet onder gezondheidszorg valt. Wanneer er een speciale pijn-DBC is vastgesteld kunnen zorgverzekeraars dat zonder veel problemen in een verzekering aanbieden. Maar zonder vraag vanuit de markt gebeurt er niks. Ik verwacht dat pijn-DBC's er op termijn zullen komen gezien het grote aantal chronische pijnpatiënten.'

## **Multidisciplinaire visie**

De officiële beroepsgroepen en patiëntenorganisaties die betrokken zijn bij pijnbestrijding hanteren sinds enige tijd de multidisciplinaire visie met betrekking tot pijndiagnostiek en -behandeling. Bos: 'Dat lijkt me uitermate goed. Het is de optimale benadering om alle disciplines gericht in te kunnen zetten. En dat geldt niet alleen op het gebied van pijnbestrijding. In die multidisciplinaire visie kun je heel ver gaan. Een voorbeeld. Iemand krijgt te horen dat hij of zij kanker

heeft. Dan stort je wereld in, je denkt dat je dood gaat en hoort niets meer van wat de specialist allemaal vertelt. Eenmaal weer buiten met een afspraak om over drie weken de eerste chemokuur te ondergaan, blijft het allemaal onwerkelijk. Op dát moment is mijns inziens al hulp nodig. Mentale hulp van bijvoorbeeld een psycholoog die in deze fase misschien wel de belangrijkste behandelaar is. Deze ontwikkeling is nu gaande.'

## **Assertief**

Volgens Bos staat Nederland een flinke marktwerking te wachten op zorggebied. 'Dat proces is gestart. De ziekenhuizen maken momenteel een sprint. Simpelweg eens rechtoe rechtaan naar de kosten kijken en bepalen waar zorg beter en directer kan. Zorgen dat een patiënt niet tien keer naar het ziekenhuis hoeft maar in drie keer klaar is door effectiever samen te werken.' Het wordt zorgverzekeraars nogal eens voor de voeten gegooid dat ze alle macht in handen zouden hebben. 'Dat is heel betrekkelijk,' lacht Bos. 'We willen kwaliteit inkopen tegen een goede prijs. We contracteren iedereen hoor, maar de beste stimuleren we. Niemand is immers gebaat bij middelmatige of zelfs slechte zorg. Opnieuw marktwerking.' Volgens Bos werkt ZN graag en intensief samen met patiëntenorganisaties. 'Via hen horen we de specifieke wensen en behoeften van de patiënten. Mijn slotadvies luidt dan ook: wees assertief. Want wél klagen en tegelijkertijd huiverig zijn voor verandering, is hartstikke krom.

Assertief zijn dus. Als patiënt, beroepsgroep, specialist, patiëntenorganisatie. Stop met klagen en kom samen tot werkelijke oplossingen. Dan is betaalbare zorg op maat geen gekoesterde wens maar wordt deze werkelijkheid.'

In eerdere gesprekken tussen Hilda Wieberneit-Tolman van het Platform Pijn en Pijnbestrijding en Chiel Bos van Zorgverzekeraars Nederland kwamen het PijnFonds, Pijnperiodiek en de functie van het platform in het kader van DBC's en de toekomst aan de orde. In dit interview schetst Bos het brede plaatje van de zorg, kijkt naar de toekomst en deelt zijn visie over 'pijnzorg' op maat.



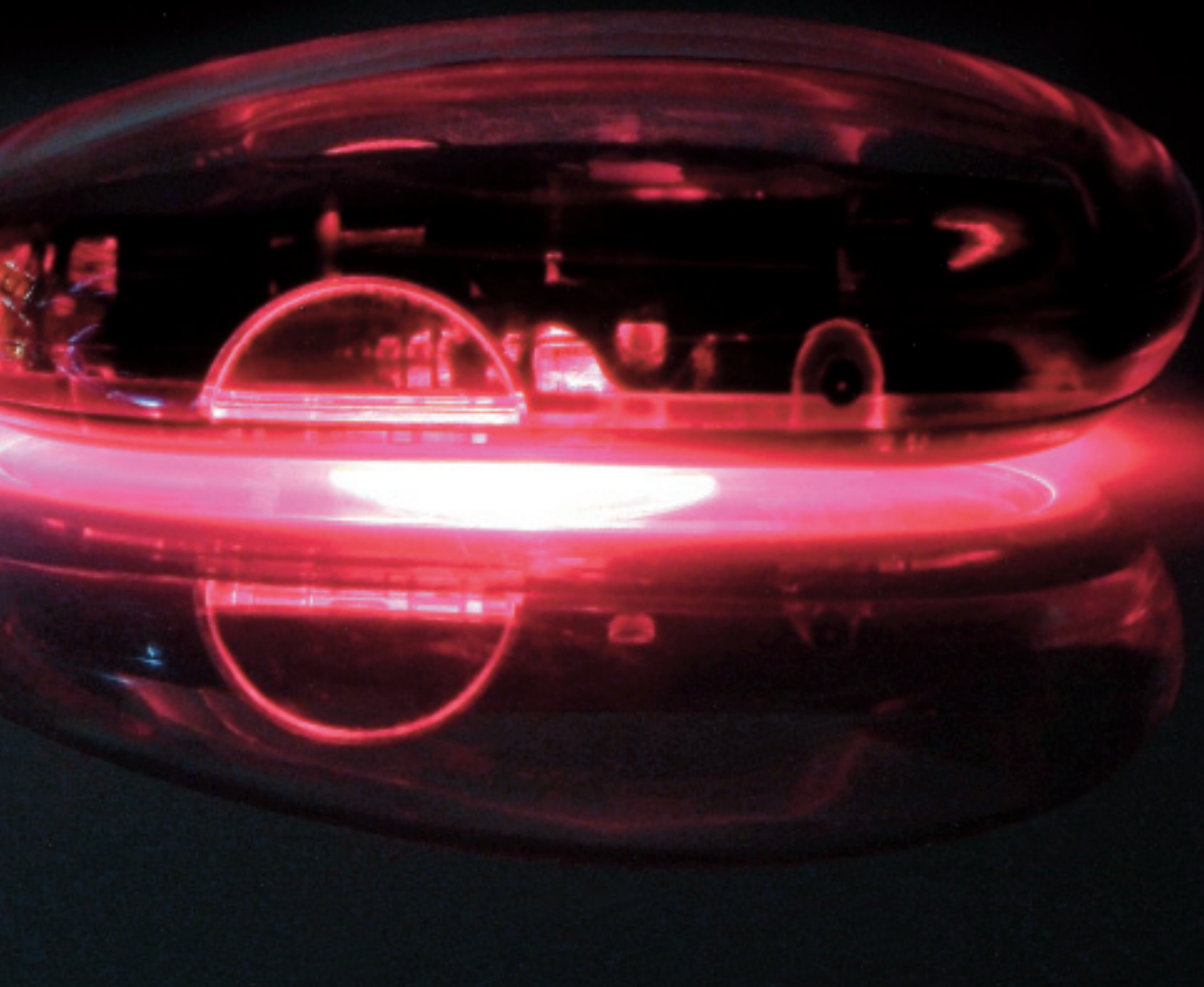
# RSI:

## **nog lang niet de wereld uit**

Vrijwel iedereen weet vandaag de dag wat RSI inhoudt. Toch meldt een recentelijk onderzoek (RIVM 2004) nog altijd in totaal 213.000 mannen en vrouwen met RSI. De aandacht voor preventie mag daarom volgens de RSI-patiëntenvereniging zeker nog niet verminderen.

Mede daarom organiseert de vereniging op 29 oktober 2005 in het kader van haar 10-jarig bestaan het jubileumcongres 'RSI is de wereld nog niet uit' in de Jaarbeurs, Utrecht.

Tekst: RSI-Vereniging



RSI is een bekende aandoening en al enige tijd geen nieuws meer. Een groot verschil met tien jaar geleden. De meeste huisartsen en specialisten wisten er destijds nauwelijks iets van. Ze waren vaak niet geneigd de klachten, meestal veroorzaakt door een combinatie van repeterende bewegingen en een statische houding, serieus te nemen. Ziek door beeldschermwerk leek in medische termen onmogelijk. Het risico op RSI is in bepaalde beroepssectoren hoger maar in absolute aantallen blijkt beeldschermwerk dé grote boosdoener. Door de sterke toename van algemene en specialistische kennis over RSI is een grote slag gemaakt. Toch komt ondanks alle vergaarde kennis en informatie, en maatregelen op de werkvloer RSI niet minder voor. Integendeel, tegenwoordig heeft 28 procent van de werkenden regelmatig of langdurig last van deze klachten. Een studie onder de gehele Nederlandse bevolking van 25 jaar en ouder (RIVM 2004) meldt 102.000 mannen en 111.000 vrouwen met RSI.

### **Waarom een vereniging?**

De RSI-patiëntenvereniging is opgericht in 1995 en telt inmiddels ruim 3200 leden. Centrale thema's zijn belangenbehartiging, lotgenotencontact, informatievoorziening en

onderzoek. De vereniging trad in de beginjaren vooral op als dé bron van informatie voor patiënten, behandelaars en media. Informatie over RSI ligt nu overal 'op straat'. Ook op internet is enorm veel te vinden. En bedrijven en Arbodiensten hebben vaak zelf informatie ontwikkeld. Als vereniging vinden we het belangrijk een zo objectief mogelijke positie in te nemen in de informatievoorziening met feitelijke, bij voorkeur wetenschappelijke informatie, als uitgangspunt. Deze wordt aangevuld met de nodige ervaringsdeskundigheid. Dit komt goed van pas bij de huiskamerbijeenkomsten en de landelijke RSI-lijn waar lotgenoten ervaringen uitwisselen en elkaar tips geven. Het leren omgaan met RSI is een belangrijke factor bij vermindering van klachten en lotgenotencontact kan daarbij helpen. Ieder kwartaal verschijnt 'Het handvat', een blad over de nieuwste ontwikkelingen op het terrein van RSI.

De RSI-patiëntenvereniging is een vrijwilligersorganisatie waar 80 vrijwilligers alle taken uitvoeren. De meesten van hen hebben zelf RSI of RSI gehad. Er zijn ook een aantal vrijwilligers zonder RSI, want niet voor alle taken is ervaringsdeskundigheid nodig.

## Goedgekeurd?

De activiteiten van de vereniging verschuiven langzaam richting belangenbehartiging. Er zijn namelijk actuele knelpunten waar onze leden mee te maken hebben. Zoals de gevolgen van de strengere regels voor de herkeuring. Velen worden nu vaak goedgekeurd, terwijl hun feitelijke arbeidsongeschikte situatie niet is veranderd. Daarom heeft de vereniging een meldpunt Herkeuringen geopend. Met de resultaten daarvan willen we de politiek informeren over de sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen. Overigens is RSI niet per definitie een reden voor ziekmelding: 65% van onze leden werkt. In het algemeen stopt men pas met werken als het echt niet anders kan.

Een andere belangrijke taak van de vereniging is het stimuleren van onderzoek. Enerzijds wordt de literatuur bijgehouden, anderzijds werkt de vereniging mee als patiënten worden gevraagd voor nieuw onderzoek. Onlangs ging er bijvoorbeeld een enquête van het Coronel Instituut naar alle leden. De vereniging wordt inhoudelijk geadviseerd door een adviesraad. Deze bestaat uit ruim 15 deskundigen met expertise op verschillende terreinen (onder meer juridisch, medisch, wetenschap). Er wordt met name geadviseerd over kwesties die vragen om een afgestemd standpunt of strategieën met betrekking tot inhoudelijke ontwikkelingen.

## Beroepsziekte RSI: een werkgerelateerde aandoening

RSI is sinds 1999 een meldingsplichtige beroepsziekte in Nederland. Met ruim 40 procent zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat de meest gemelde beroepsziekten. Voor het melden van RSI hanteert het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten het Europese criteriadocument voor de arbeidsgebondenheid van aandoeningen aan de bovenste ledematen oftewel het 'Saltsa-rapport'. Er lijkt een licht dalende trend in RSI als beroepsziekte (signaleringsrapport beroepsziekten 2004). Hoewel RSI een meldingsplichtige aandoening is, blijken Arbo-artsen regelmatig te verzuimen een geval van RSI te melden. Het rapport geeft dus geen volledig landelijk beeld.

## Wat is RSI?

RSI staat voor Repetitive Strain Injury. RSI is een verzamelnaam/paraplubegrip voor klachten en symptomen die voorkomen in bovenrug, nek- en schoudergebied, armen, ellebogen, polsen, handen en vingers. De klachten worden doorgaans veroorzaakt door repeterende bewegingen, een langdu-



rige statische houding of een combinatie van beide. Verder kunnen persoonsgebonden en werkgebonden factoren een rol spelen bij het ontstaan, verergeren of instandhouden van RSI. RSI is het gevolg van het uit balans zijn van de fysieke belasting en belastbaarheid. RSI-klachten variëren van lichte klachten die nauwelijks van invloed zijn op iemands werk, tot ernstige klachten die kunnen leiden tot uitval en arbeidsongeschiktheid.

## Wat te doen bij klachten?

Klachten zijn onder meer: zwakte/krachtsverlies ('geen kopje kunnen optillen'), verminderde coördinatie (onhandigheid), pijn, tintelingen, stijfheid, vermoeidheid en een verminderd gevoel. Neem klachten in een vroeg stadium serieus. Het lichaam geeft een signaal en het is van belang daar gehoor aan te geven. Een eerste stap is het zorgen voor voldoende



# RSI:

is een combinatie van  
repeterende bewegingen  
en een statische houding

behandeling. Wat bij de een helpt, kan echter bij de ander averechts uitwerken. Aangezien er niet een reguliere behandeling bestaat, adviseren we als vereniging een multidisciplinaire behandeling. Veel patiënten geven aan baat te hebben bij fysiotherapie of een oefentherapie. Daarnaast zijn er tal van methoden op het terrein van: verbetering van de doorbloeding, vermindering van de pijn, training van de houding, ontspanning, beweging, en bewustwording van de houding en spierspanning. Deze kunnen de reguliere behandeling ondersteunen.

## Acute en chronische pijn

In het actuele stadium van RSI kunnen mensen enorm veel pijn hebben, waardoor zij genoodzaakt zijn naar pijnstillers te grijpen. Door de pijn kan men vaak niet slapen, door het niet-slapen raakt men vermoeid en wordt het moeilijker te ontspannen waardoor klachten toenemen. Deze vicieuze cirkel moet worden doorbroken. Aandacht voor pijnvermindering is dus essentieel. Daar kan op verschillende manieren aan gewerkt worden: bijvoorbeeld, een warm bad of douche, pijnstillers, ontspannende bezigheden, massages etc..

Bij 20 procent van de mensen met RSI-klachten is er sprake van chronische pijnklachten. Waardoor die klachten aanhouden en niet verminderen, is niet bekend. Vermoedelijk spelen processen in de hersenen daarbij een rol. Een aantal specialisten diagnosticeert dit klachtenbeeld als chronisch benigne (goedaardig) pijnsyndroom, waarbij een versterking van pijnsignalen is opgetreden (sensitatie; zie Pijnperiodiek nr 2, december 2004: Waarom pijn zeer doet).

In het grootste deel van de gevallen is sprake van een redelijk goed herstel van RSI-klachten. Herstel van RSI kost veel tijd en vereist daarnaast veel geduld en discipline. Vrijwel iedereen herkent echter een chronische gevoeligheid. Een bepaalde activiteit kan onverwacht opnieuw leiden tot een flinke terugval. Het blijft dus belangrijk altijd in meer of mindere mate rekening te houden met de eigen grenzen.

## Andere termen voor RSI

Er worden nationaal en internationaal nogal wat termen gebruikt waarmee dezelfde groep klachten wordt aangeduid. ABBE Aandoening aan het Bewegingsapparaat in de Bovenste Extremititeit

CANS Complaints of Arm, Neck and/or Shoulder (Nederland)\*

CS Cervicobrachial Syndrome (Japan en Zweden)

CTD Cumulative Trauma Disorder (Verenigde Staten)

DORT Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

afwisseling en micropauzes. Totale rust valt af te raden. In beweging blijven is noodzakelijk, maar wel binnen de grenzen van wat mogelijk is. Wat meer pijn veroorzaakt, kan voorlopig het beste vermeden worden. Wanneer klachten aanhouden of verergeren is het raadzaam om naar de huisarts te gaan. Deze kan doorverwijzen naar een Mensendieck-, Cesar- of fysiotherapeut. Zoek naar oorzaken en pak ze aan en licht je werkgever tijdig in. Samen kan gekeken worden naar het aanbrengen van meer variatie in werkzaamheden, het zorgen voor tijdelijk ander en minder belastend werk, en het creëren van een ergonomisch verantwoorde werkplek. Let ook op je werkplek thuis.

## Behandelmogelijkheden

Voorlopig blijft het dus bij gokken in de goede richting met preventieve maatregelen en zoeken naar de best passende

KANS Klachten aan Arm, Nek en Schouder  
 LER Lesões Por Esforços Repetitivos (Portugal)  
 MSD Musculoskeletal Disorders  
 MSI Musculo-skeletal Injury  
 OCD Occupational Cervicobrachial Disorder  
 OOS Occupational Overuse Syndrome  
 RMD Repetitive Motion Disorder  
 RMI Repetitive Movement Injury  
 RMI Repetitive Motion Injury  
 TMS Trouble Musculo Squeletique (Frankrijk)  
 UEWMSD Upper Extremity Work Related Musculoskeletal Disorders  
 ULD Upper Limb Disorder (Groot-Brittannië)  
 WABBE Werkgerelateerde Aandoening aan het Bewegingsapparaat in de Bovenste Extremitet (Nederland)  
 WMSD/WRMD Work Related Musculoskeletal Disorder  
 WRUEMD Work Related Upper Extremity Musculoskeletal Disorders  
 WRULD Work Related Upper Limb Disorder

\* In Nederland is in 2004 het begrip CANS (Complaints of Arm, Neck and/or Shoulders) geïntroduceerd, een werkmodel voor behandelaars. Voor het brede publiek blijft RSI de meest gebruikte term. Omdat CANS geen wetenschappelijke aansluiting heeft, blijft de vereniging RSI gebruiken.

### Landelijke informatiemarkt RSI

Tijdens het jubileumcongres op 29 oktober 2005 in de Jaarbeurs Utrecht wordt de eerste landelijke RSI-informatiemarkt georganiseerd. Een breed en uitgebreid scala van innovatieve producten en behandelmethoden, die bijdragen aan het verminderen van klachten en ondersteunen bij reïntegratie en het omgaan met RSI, wordt gepresenteerd. De markt is open voor publiek van 10.30-17.00 uur. Toegang is gratis.

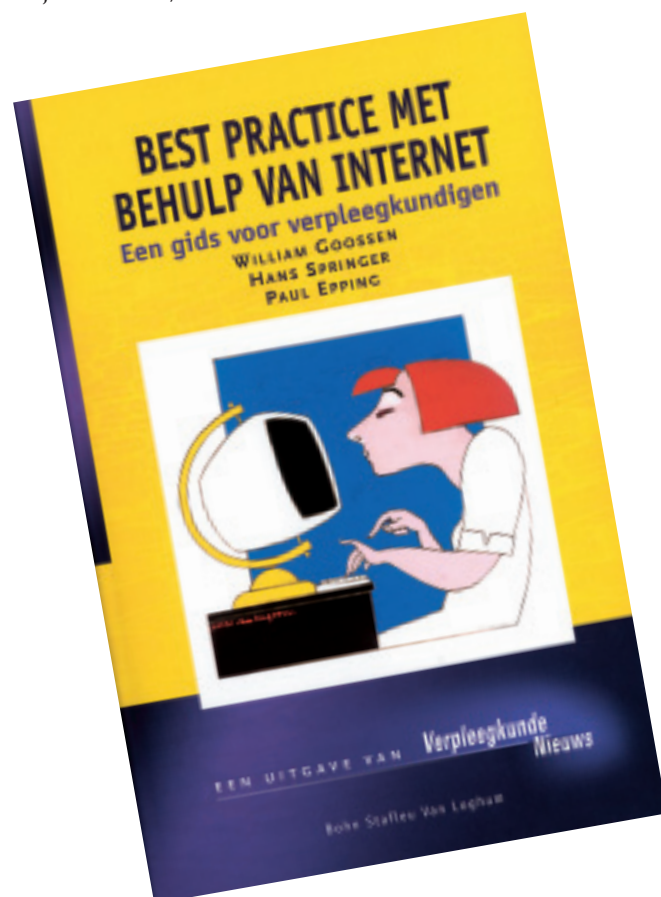
Meer informatie op  
[www.rsi-vereniging.nl](http://www.rsi-vereniging.nl)



## Voor u gesignaleerd

### Best Practice met behulp van Internet Een gids voor verpleegkundigen

Auteurs: William Goossen, Hans Springer, Paul Epping  
 Uitgever: Bohn Stafleu Van Loghum  
 Uitgave: Verpleegkunde Nieuws  
 ISBN: 90-313-3698-x  
 Prijs: € 13,50



'Best Practice met behulp van Internet' biedt verdiepende kennis en vaardigheden om het internet praktisch toepasbaar te maken voor de beroepsuitoefening van verpleegkundigen. Het boek gaat in op ontwikkelingen die voor de patiëntenzorg belangrijk zijn. Patiëntenvoorlichting, e-mailhulpverlening, het vinden van richtlijnen en protocollen en evidence based materialen. Gericht op de toekomst wordt het gebruik van telecare en e-health toegelicht. Voor beginners wordt in het eerste hoofdstuk ook de basis van het internetgebruik toegelicht. Deze uitgave bevat duidelijke illustraties en praktische checklists en adreslijsten. Volgens de uitgever leest en werkt het boek als een virtuele supersneltrein en maakt je binnen zeer korte tijd internetvaardig. Kortom, geschikt voor iedere verpleegkundige.

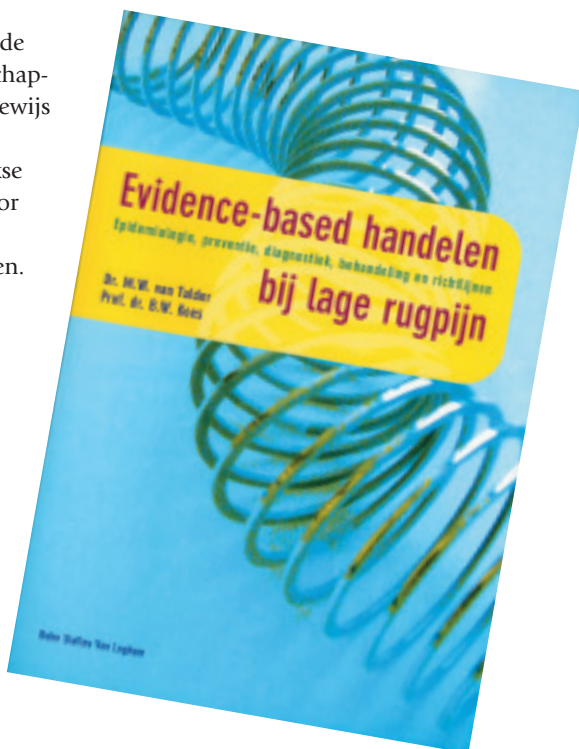
## Evidence-based handelen bij lage rugpijn

Epidemiologie, preventie, diagnostiek, behandeling en richtlijnen

Auteurs: Dr. M.W. van Tulder, Prof. dr. B.W. Koes  
 Uitgever: Bohn Stafleu Van Loghum  
 ISBN: 90-313-4206-8  
 Prijs: € 35,00

Lage rugpijn is een groot medisch en maatschappelijk probleem. Dit boek biedt een schat aan informatie voor iedereen die wil weten wat het wetenschappelijk onderzoek naar lage rugpijn tot nu toe heeft opgeleverd. Het boek ondersteunt zorgverleners in hun keuze voor diagnostische en therapeutische interventies, en onderzoekers en beleidsmakers bij het stellen van prioriteiten voor nieuw onderzoek. Verder leert het boek studenten wat het optimale beleid is bij lage rugpijn. 'Evidence-based handelen bij lage rugpijn' geeft onder meer een systematisch overzicht van literatuur op het gebied van primaire preventie in bedrijfssetting. Het bespreekt verder wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van veel gebruikte diagnostische testen, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, röntgenfoto's en CT- en MRI-scans. Daarnaast wordt het wetenschappelijk bewijs beschreven voor niet-operatieve behandelingen van acute/subacute en chronische lage rugpijn. Het laat zien hoe dit wetenschappelijk bewijs is vertaald in klinische relevante aanbevelingen voor zorgverleners in de praktijk door middel van richtlijnen.

'Evidence-based handelen bij lage rugpijn' stelt huisartsen, fysiotherapeuten, bedrijfsartsen en orthopeden in staat op een weloverwogen en expliciete wijze gebruik te maken van het bestaande wetenschappelijk bewijs in de dagelijkse zorg voor hun patiënten.



## Rugpijn, Hoezo eigenlijk?

Een ontdekkingsreis door de wereld van de pijn

Auteur: J.H.J. van de Kamp, orthopedisch chirurg  
 reg.memb. IASP  
 Prijs: € 45,00  
 Bestelinformatie via: <http://home.hccnet.nl/e.vdkamp/jhj/>



'Rugpijn, Hoezo eigenlijk?' wil een methodische richtlijn presenteren voor wie zich in de met menselijke pijn verbonden mechanismen wil verdiepen met als uitgangspunt de meest voorkomende en sociaal en economisch belangrijkste pijn, de rugpijn. Dit boek geeft een aanzet tot het begrijpen van pijn als een onvermijdelijke biologische noodzaak om ooit mee kennis te maken. Als methodische richtlijn beschrijft, onthult en verklaart dit boek wezen en begrip van pijn voorzover mogelijk en doenlijk. Het scheidt verwachting die steeds nieuwe mogelijkheden inhoudt van bestrijding, overheersing, aanvaarding en weerstand tegen pijn zonder angst, paniek of wanhoop.

In iedere nieuwe jaarlijkse editie (eind 2004 was de 13de druk een feit) wordt gebruik gemaakt van de inmiddels vermeerderde kennis van de processen die bij de ervaring van pijn een rol spelen.

# 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  
mw. M. de Mijtenaere  
Drs. J. van Niekerk  
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  
Frits Terpoorten (fotografie)  
Joost Leijen (art direction)

Uitvoerder en producent van Het Pijnperiodiek zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van de teksten.

© Platform Pijn en Pijnbestrijding, 2005



Thomas  
Eldering

## nationaal

Richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom, Utrecht	7 oktober 2005
Osteoporose: weten is meten, Utrecht	12 oktober 2005
Wereld Rugdag van de NVVR, Utrecht	15 oktober 2005
Wereld Pijn Dag 2005: Pijn en kinderen, Rotterdam	17 oktober 2005
Congres RSI is de wereld nog niet uit, Utrecht	29 oktober 2005
Week van de chronische zieken	4 november 2005
Wetenschappelijke Bijeenkomst NVBP, Amersfoort	16 november 2005
Kennis Beter Delen 3 (zonmw.nl), Veldhoven	23 maart 2006

## internationaal

XII International Headache Congress Kyoto, Japan	9 – 12 oktober 2005
Annual International Pain Congress The 7th Czecho-Slovak and 13th Slovak Dialogues on Pain, Spa – City Bojnice, Slovakia	13 – 15 oktober 2005
9th Annual Interdisciplinary Approach to Symptom Control, Palliative and Hospice Care Houston, Texas, USA	14 – 16 oktober 2005
European Week against Pain	17 – 22 oktober 2005
4th International Symposium on the Hand VitalMed Rehabilitation / Erasmus MC Bodrum, Turkey	24 – 28 oktober 2005
8th International Conference of the Mechanisms and Treatment of Neuropathic Pain San Francisco, California, USA	3 – 5 november 2005
Annual Meeting of the Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur Paris, France	17 – 19 nov. 2005
7th International Symposium on Pediatric Pain Organized by the IASP Special Interest Group on Pain in Childhood Vancouver, Canada	25 – 29 juni 2006
8th World Congress for Nurse Anesthetists Lausanne, Switzerland	10 – 13 juni 2006
5th EFIC Congress / Pain in Europe Istanbul, Turkey	13 – 16 september 2006
14th World Congress of Anaesthesiologists Durban, South Africa	25 – 30 mei 2008
12th World Congress on Pain Glasgow, United Kingdom	17 – 22 augustus 2008

# 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](mailto:info@pijnfonds.nl) [www.pijnfonds.nl](http://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**