

2e jaargang nummer 1 – maart 2005

# Pijnperiodiek

Driemaandelijks tijdschrift over pijn en pijnbestrijding voor patiënt en behandelaar

**Hoe pijn voelt**

**Samenwerking tussen  
onderzoekers en patiënten kan beter**

**Zenuwblokkades bij de  
behandeling van pijn**

**15 jaar Nederlandse Vereniging van  
Posttraumatische Dystrofie Patiënten**

# Inhoud



- 1 Toekomst Platform Pijn en Pijnbestrijding en oprichting Fonds Pijnbestrijding** H.G.M. Rooijmans



- 2 Chronische pijn is complex**  
W.J. Meijler



- 2 Hoe pijn voelt**  
E. Roetering-van Geenhuizen



- 5 Samenwerking tussen onderzoekers en patiënten kan beter** C. Vossen



- 8 Zenuwblokkades bij de behandeling van pijn**  
T.C. Besse



- 11 15 jaar Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofie Patiënten** I.L. Thomassen



- 14 De pijn die niet overging (2)**  
E. Caro



- 15 Voor u gesignaleerd**



- 17 Congressen / symposia / bijeenkomsten**

Het Pijnperiodiek wordt mede mogelijk gemaakt door:



# Toekomst Platform Pijn en Pijnbestrijding en oprichting Fonds Pijnbestrijding

**Pijn is een onderschat probleem in onze samenleving. Eén op de vijf volwassenen lijdt aan chronische pijn. Van de ongeneeslijke kankerpatiënten heeft zeventig procent pijn. Pijn na operaties wordt onderbehandeld en zelfs vroeggeborenen en zuigelingen kunnen nodeloos pijn hebben. Hoe gaan we met dit probleem om in de toekomst?**

In Nederland hebben meer dan twee miljoen mensen chronische pijn die al langer dan zeven jaar duurt. De kosten zijn enorm. Alleen al lage rugpijn zorgt in ons land voor een kostenpost van € 4.5 miljard. Naast de grote last die pijn voor mensen sowieso is, wordt hun situatie nog eens verergerd door onvoldoende behandelingsmogelijkheden, door gebrek aan inzicht en kennis bij hulpverleners en beleidsmakers en door de houding van mensen in hun omgeving die hen vaak betichten van 'aanstellerij'.

## Pijnonderzoeksprogramma

In voorgaande jaren heeft de Nederlandse overheid de omvang van het probleem pijn erkend. Dit was onder meer de reden voor een gericht stimuleringsprogramma voor onderzoek en behandeling van pijn. Het Ministerie van VWS stelde ZonMw in staat een pijnonderzoeks-programma te lanceren en verschaft financiële middelen voor de oprichting van een viertal universitaire pijnkenniscentra. Ook verleende VWS een financiële ondersteuning voor het Platform Pijn en Pijnbestrijding.

## Gezamenlijk beleid

Het Platform Pijn en Pijnbestrijding fungeert onder andere als ontmoetingsplaats voor patiëntenverenigingen en wetenschappelijke beroepsverenigingen. Als zodanig is het uniek en nieuw voor Nederland en daarbuiten. Het Platform heeft een overlegstructuur waarbinnen patiënten en medische beroepsbeoefenaars op overkoepelend niveau met elkaar van gedachten kunnen wisselen. Zo kunnen zij zonder drempels elkaars inzichten en prioriteiten leren kennen en tot een gezamenlijk beleid komen.

Het is het Platform Pijn en Pijnbestrijding gelukt een brug te slaan tussen patiënten en hulpverleners, waardoor beter begrip kan ontstaan tussen beide partijen. Voorts speelt het een belangrijke rol bij de oprichting van een Europese organisatie voor pijnpatiënten.

## Bezuinigingen

De verslechterende economische situatie en de daarmee samenhangende bezuinigingen heeft de overheid doen besluiten de subsidie voor het Platform Pijn en Pijnbestrijding begin 2005 te beëindigen. Dit zal tot gevolg hebben dat het Platform zijn activiteiten moet beëindigen, waardoor veel van het bereikte weer zal moeten worden prijsgegeven. Uiteindelijk betaalt hier met name de patiënt met pijn de rekening van deze desastreuze ontwikkeling.

## Fonds Pijnbestrijding

Mogelijk kan de oprichting van een Fonds Pijnbestrijding deze ontwikkeling keren. De Stichting Platform Pijn en Pijnbestrijding neemt hiertoe het initiatief. Het Fonds zal als doelstelling hebben financiële ondersteuning te bieden voor het gezamenlijk ijveren van patiënten en behandelaars om blijvende aandacht te vragen voor pijnbestrijding en deze zo optimaal mogelijk toegankelijk te maken.



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



# Hoe pijn voelt

Elly Roetering-van Geenhuizen

Patiënten met chronische pijn ervaren veel onbegrip. Het is voor anderen niet in te denken hoe het is om altijd met pijn op te staan en ermee naar bed te gaan. Het onbegrip ontlokt nogal eens de opmerking "ik wou dat je eens kon voelen wat ik voel".

"Hoe pijn voelt" was onderwerp van een focusgroep, waarbij Pim Meijler moderator was.

Tijdens een kadertraining voor medewerkers van Stichting Pijn-Hoop, begin november 2004, probeerden 20 mensen met chronische pijn een antwoord te geven op de vraag: "Hoe zou je jouw pijn willen omschrijven, zodat anderen weten wat je voelt?"

redactioneel

## Chronische pijn is complex



In dit nummer zijn opnieuw patiënten aan het woord die uitleggen 'hoe pijn voelt'. In een focusgroep met twintig mensen met chronische pijn komt naar voren hoe moeilijk het is om dat aan anderen uit te leggen. Ook in 'Pijn die niet overging' komt dit aan het licht, en wordt het probleem

gekoppeld aan 'doktoren die niet willen luisteren'. Dit artikel gaat onder meer over onbegrip en 'niet serieus genomen worden'. Of heeft dat te maken met een

verschil in verwachtingen? De meeste doktoren beschouwen pijn als symptoom van weefselbeschadiging. Chronische pijn is echter lang niet altijd in termen van weefselbeschadiging te verklaren en in dat geval zal een handdruk het laatste zijn wat de dokter zegt dat hij voor je kan doen. Lang geleden was de titel van een artikel in de Volkskrant: 'Voor pijn moet je niet bij de dokter zijn', en misschien is dat wel waar. De dokter is er om onderzoek te doen naar weefsel schade en dat is lang niet altijd het geval bij chronische pijn. De schrijfster zal het vast met de Volkskrant eens zijn. Bij pijn (en weefsel schade) is er een belangrijke rol weggelegd voor de anesthesioloog en zenuwblokkades. In het artikel hierover wordt uitgelegd hoe zenuwblokkades

toegepast kunnen worden als hulp bij de diagnose of als behandeling.

### Toonaangevend wetenschappelijk onderzoek

Het hoofdartikel gaat over het typische, chronische pijnsyndroom CRPS. Het is nog niet lang geleden dat dit pijnsyndroom als een psychisch conversiebeeld gezien werd. Inmiddels wordt steeds meer bekend over de oorzaak en wordt thans algemeen aanvaard dat er sprake is van een ontregeld pijnmechanisme door meerdere oorzaken. Een actieve patiëntenvereniging zet zich al 15 jaar in. Naast lotgenotencontacten is deze vereniging ook actief bij het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek dat



## Reacties

- "Pijn is een onaangename ervaring waarmee de lijder een haat- en nijdverhouding heeft. Het is een vijand, maar ook een 'maatje' dat er altijd is."
- "Als je altijd pijn hebt, moet je ervoor zorgen dat de pijn je niet 'te pakken' krijgt en dat je de regie in eigen hand houdt."
- "Pijn gaat ten koste van je concentratie. Het voelt alsof er achter je iemand staat te vloeken. Dan kun je je ook niet concentreren. Dat vreet energie."
- Iemand met vooral chronische pijn in de gewrichten van hoofdzakelijk knieën en enkels, vertelde de pijn als zeurend, in wisselende intensiteit, te ervaren. Vergelijkbaar met kiespijn.
- Een ander beschreef haar nekklachten met een verloop dat vergelijkbaar is met onweer. Daarbij treden pieken op die afnemen zodra ze de pijn weer onder controle heeft. Soms ontstaat er zo'n spanningsverhoging dat de pijn ervaren wordt als 'iets dat niet goed is in mijn hoofd'. De kwaliteit van de pijn wordt omschreven als snijdend. Als ze kan ontspannen, neemt de pijn weer af.
- Iemand ervaart haar pijn als brandend. Het voelt alsof een verpleegkundige een verband om haar voet heen trekt en zo strak mogelijk aanhaalt. Dat voelt ze de hele dag. Er treden daarbij steken op en haar voet voelt brandend aan. Het lijkt op pijn die bij verbranding optreedt. Daarnaast bestaat soms ook het gevoel dat het been heel warm of heel koud wordt, terwijl het been juist altijd ijskoud aanvoelt.
- Ook iemand anders gaf haar pijn aan als brandend, maar dan een die in het verloop van de dag wisselend aanwezig kan zijn. De pijn is echter nooit weg. Ze zou willen dat ie eens een



uurtje weg was. "Je kunt je niet meer voorstellen hoe het was zonder pijn!"

- Daarop reageerde iemand met de beschrijving van een continue basispijn met alleen maar 'uitschieters' naar boven. Die pieken kunnen een aantal uren duren. Deze pijnverergeringen zijn echter heel geleidelijk en minder abrupt dan de eerder genoemde pijn die als onweer werd beschreven.
- Iemand vertelde dat haar pijn op verschillende plaatsen anders aanvoelt. Op sommige plaatsen heel scherp en schrijnend, elders trekkend alsof de spieren te kort zijn. Daarnaast is er een tintelende en prikkelende pijn. Op bepaalde momenten ervaart ze de pijn als heel bedreigend, waarbij een gevoel optreedt alsof haar botten breken. Dat gevoel kan haar erg beangstigen. Dan is het alsof ze geen controle over de situatie heeft.
- Een andere deelnemer kwam met het verhaal dat ze in het begin ook geen controle over de pijn had en er haast gek van werd. In de loop van de tijd is dat gevoel echter verdwenen. Door de jaren heen heeft ze ervaren dat afleiding het beste medicijn is. Ze heeft ermee leren leven. Daarbij heeft ze meer hulp gehad van contacten met lotgenoten tijdens bijeenkomsten van Stichting Pijn-Hoop dan van enige dokter.
- Hierop vertelde iemand dat ze tegenwoordig meestal ook wel controle heeft over de pijn en zich dan een ander mens voelt dan toen de pijn leidde tot allesomvattende beperkingen.
- Er was iemand die zijn pijn beschreef als zeurend. Gelokaliseerd in de rug. Daarnaast heeft hij continu hoofdpijn. Deze twee verschillende soorten pijn zijn met elkaar in gevecht. Als hij moe is, na bijvoorbeeld een wandeling, kan de pijn als een vuur oplaaien, waarbij hij onvoldoende middelen heeft om 'de brand te blussen'. Hij heeft er dan ook

mondiaal toonaangevend is.

Het artikel van ZonMw bespreekt ook een actieve samenwerking tussen onderzoekers en patiënten(verenigingen). Die kan natuurlijk altijd beter, maar op zijn minst is er al samenwerking tot stand gekomen. Patiëntenverenigingen zijn al betrokken bij de toewijzing van subsidiegelden van de overheid voor wetenschappelijk onderzoek.

Patiëntenverenigingen van chronische pijnpatiënten zouden een grotere rol kunnen vervullen bij fondswerving, zoals de Hart-, Nier- of MS-stichting. Deze zienswijze wordt ook gepropageerd in het bericht vanuit het Pijnplatform.

W.J. Meijler  
hoofdredacteur

*”Als je  
altijd pijn hebt,  
moet je  
ervoor zorgen  
dat de pijn je niet  
'te pakken' krijgt  
en dat je de regie  
in eigen  
hand houdt”*

geen controle over. Op dat moment helpt alleen rust en moet hij de pijn als een vuur laten uitbranden. Desgevraagd wordt de rugpijn als brandend ervaren.

- Iemand anders beschreef haar pijn als zenuwpijn. Als 'overprikkelde' zenuwen. Het voelt als bij de tandarts wanneer een zenuw wordt geraakt. Dit gevoel wordt ervaren in het rechterbeen alsof de tenen vanuit de rug onder stroom staan. De elektrische scheuten gaan continu heen en weer. Het voelt alsof het been onder stroom staat. Het gevoel is continu aanwezig, maar de ene keer heftiger dan anders. Daarbij werd de vergelijking gemaakt met een slapend been dat doof aanvoelt en waar met naalden in geprikt wordt. Daar treden ook tintelingen bij op en het gevoel alsof er met messen in gestoken wordt.

### Verschillende soorten pijn

Desgevraagd voelt zenuwpijn heel anders dan een mechanische pijn door bijvoorbeeld een klap met een hamer op je vinger. 'Normale pijn' komt en gaat en reageert op pijnverlichtende handelingen. Dit in tegenstelling tot zenuwpijn. Zenuwpijn blijft doorjanken. Meerdere aanwezigen herkennen het gevoel van jankende pijn.

Alle aanwezigen beaamden dat pijn heel moeilijk te omschrijven is. Dat komt onder meer doordat er zoveel verschillende soorten pijn zijn die in beleving sterk kunnen variëren. Daarom heeft iedereen altijd zo veel moeite met de verschillende kwaliteitstyperingen in de pijnlijsten die ze moeten invullen bij een dokter of een pijnpoli.

### Veel onbegrip

- Een van de aanwezigen vertelde dat 'normale' pijn veel z eerder lijkt te doen dan vroeger. Kortgeleden was ze gevallen en de pijn die ze toen had deed veel meer pijn dan normaal

en ging veel langzamer over. De napijn ervan nam maar heel langzaam af. Op het moment dat ze viel, ervoer ze deze pijn als onbeschrijfelijk. Op de pijnschaal was het voor haar een 10 (of zelfs méér). Door deze onbeschrijfelijke pijn kon ze niet meer praten, werd ze misselijk en kon ze wel overgeven.

- Er was ook iemand die haar pijn beschreef als knagend. Alsof termieten aan de botten en de spieren knagen. Het lijf lijkt een termietenest waarbij het aantal termieten en de plaats waar geknaagd wordt, wisselt. In dat geval wordt er ook aan het uithoudingsvermogen geknaagd. Meerdere aanwezigen herkennen deze beschrijving van pijn.

- Een van de aanwezigen merkte nog op dat een nieuwe pijn vaak verzwegen wordt om reacties van de omgeving te vermijden. "Er bestaat toch al zo veel onbegrip."

### Onder stroom staan

Op de vraag of de meeste gevoelskwaliteiten van pijn nu besproken waren, merkte iemand op dat haar pijn aanvoelt alsof ze altijd onder stroom staat, waarbij de spanning geleidelijk oploopt om zich later te ontladen. Ook dat gevoel werd door anderen herkend en werd eerder bedoeld met het gevoel van onweer.

Uit het bovenstaande blijkt eens te meer dat pijn door iedereen anders wordt ervaren en niet in een paar woorden is uit te leggen. Het enige wat degene die de pijn heeft, nog van anderen verlangt, is dat er serieus naar de pijnklacht geluisterd wordt. Als iemand zegt dat ie pijn heeft moeten anderen dat serieus nemen! Anders wordt het niet alleen een gevecht tegen de pijn, maar ook tegen onbegrip!

*”Pijn gaat ten koste  
van je concentratie.  
Het voelt  
alsof er achter je  
iemand staat  
te vloeken. Dan kun  
je je ook niet  
concentreren.  
Dat vreet energie”*

Onderzoek naar chronische pijn

## Samenwerking tussen onderzoekers en patiënten kan beter

Cecile Vossen



Er valt veel te winnen in de pijnbestrijding als onderzoekers en patiëntenorganisaties meer zouden samenwerken. ZonMw – die in opdracht van VWS diverse onderzoeksprojecten naar het voorkomen van chronische pijn financiert – zette dit jaar beide werelden aan tafel om tot uitwisseling te komen. Dat gebeurde tijdens de conferentie Kruisbestuiving. Ilona Thomassen (Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofiëpatiënten) en Marjolijn Sorbi (Universiteit Utrecht) waren er ook bij. Hun conclusie? "Je moet elkaar leren verstaan én weten te vinden."

*Denice Moi Think Shung / ZonMw*

Ilona Thomassen is er uitgesproken over. Onderzoekers maken nog veel te weinig gebruik van de inbreng van patiënten. Als lid van de commissie die het ZonMw-Pijnprogramma aanstuurt, heeft ze talrijke onderzoeks aanvragen voorbij zien komen. Ook kent ze de andere kant. Thomassen is namelijk voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofiëpatiënten. "Veel onderzoeken

komen toch niet verder dan 'we hebben contact gehad met de patiëntenvereniging'. En dat is al heel wat. Meestal weten patiëntenverenigingen nauwelijks welke onderzoeken uitstaan. Ze worden niet geïnformeerd. Ze worden niet geraadpleegd. Terwijl het onderzoek over hen gaat, krijgen ze nog maar weinig de vraag voorgelegd wat zij graag uitgezocht willen zien," aldus Thomassen.



## Vooraf toetsen

"Wel gek eigenlijk dat beide werelden elkaar nog zo weinig gevonden hebben. Kruisbestuiving kan onderzoekers en patiënten namelijk veel opleveren. In de aanloop naar het onderzoek bijvoorbeeld. Door in het veld te inventariseren wat er aan problemen leeft, is gericht onderzoek mogelijk. Dat kan de maatschappelijke waarde van onderzoek alleen maar ten goede komen," aldus Thomassen.

Ook bij het opzetten van het onderzoek heeft uitwisseling veel nut. "Door als onderzoeker met de patiëntenvereniging aan tafel te zitten, kun je uiteenlopende zaken toetsen. Is de keuze voor alleen deze onderzoeksgroep wel terecht? Moeten we ook andere groepen meenemen? Worden patiënten niet te zwaar belast in het onderzoek?" Ook loont het om de onderzoeksvragen die patiënten voorgelegd krijgen, vooraf te toetsen. Vaak is het taalgebruik academisch en alleen voor hooggeschoolden te volgen, zo ervaart Thomassen. "De patiënteninformatie moet goed toegankelijk en prettig leesbaar zijn. Mensen zullen dan ook eerder geneigd zijn om mee te werken aan je onderzoek."

## Veel afstand

Maar er is meer. Kruisbestuiving biedt ook betere mogelijkheden om onderzoeksresultaten te verspreiden. Veel informatie, bijvoorbeeld of een behandeling wel of niet werkt, stroomt nog te weinig door naar artsen en patiënten, aldus Thomassen. Zet patiëntenverenigingen vooral in bij de implementatie, zo luidt haar advies. "Patiënten kloppen vaak aan bij hun vereniging om te vragen of ze iets weten over een bepaalde behandeling. De vereniging stuurt dan de patiënt de informatie toe die beschikbaar is. Die neemt dat dan mee in het gesprek met de behandelaar. Zo gaat dat in de praktijk. De verenigingen kunnen de resultaten dus breed uitdragen. Dat doet de waarde van het onderzoek stijgen. Het positieve effect is enorm."

Als de voordelen van samenwerken zo groot zijn, wat zit die kruisbestuiving dan in de weg? Thomassen: "Van alles. Onbekendheid bij de onderzoekers: bij welke patiëntenvereniging moet je zijn en met wie moet je rond de tafel? Ook verstaan wetenschappers en patiënten elkaars taal niet altijd. En dat is eigenlijk wel een voorwaarde om elkaar te begrijpen. Verder is er gewoon sprake van een emancipatieproces. In het verleden was er veel afstand tussen enerzijds de patiënt en anderzijds de arts en onderzoeker. Dat is gaandeweg aan het veranderen. Zo'n proces heeft gewoon tijd nodig."

## Migraine voorkomen

Dat kruisbestuiving wel degelijk mogelijk is, bewijst het migraineonderzoek van de Universiteit Utrecht en het Erasmus Medisch Centrum. Onderzocht wordt of een training migraineaanvallen kan helpen voorkomen. Mensen leren daarbij signalen van een opkomende aanval herkennen en die aanval zo vroeg mogelijk te keren door zich te ontspannen. Dat laatste is vaak moeilijk. Projectleider Marjolijn Sorbi: "Migrainepatiënten zijn geneigd om snel af te maken waar ze mee bezig zijn, voordat de migraineaanval losbarst. Terwijl ze juist op dat moment een stap terug moeten doen. Dat is moeilijk om te leren." Om dat leereffect te ondersteunen wordt gebruik



*Ilona Thomassen*

gemaakt van een zakcomputertje. Die stuurt twee keer per dag een seintje waarna de patiënt op een aantal vragen het antwoord intoetst. Binnen een halfuur komt er een berichtje terug. Bijvoorbeeld met de waarschuwing dat de patiënt in de gevarenzone zit en een tip om daaruit te komen.

## Erg tevreden

Sorbi werkt met professor Passchier van het Erasmus MC al jaren nauw samen met de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten. Het lag dan ook geheel in de lijn om de patiëntenorganisatie bij dit onderzoek te betrekken, aldus Sorbi. Temeer omdat het een praktijkgericht onderzoek betreft. "We hebben bijvoorbeeld overlegd of wat we voor ogen hebben ook zinvol is. Anders zitten we op het verkeerde spoor. Omdat de vereniging er heil in zag, konden we via dat kanaal mensen bereiken om aan het onderzoek deel te nemen. Ook heeft de vereniging meegekeken of de belastbaarheid van het onderzoek wel opweegt tegen het nut." Sorbi is erg tevreden over de samenwerking. Het succes schrijft ze toe aan meerdere factoren. "We zijn al heel lang betrokken bij de vereniging en dan weet je elkaar ook beter te vinden. Het is een stevige patiëntenvereniging met veel leden."





Marjolijn Sorbi

Dat is gunstig. Vanaf het begin van dit migraineonderzoek heeft een vertegenwoordigster van de patiëntenvereniging zitting gehad in de begeleidende werkgroep. Zij is wetenschapper en dat scheelt enorm. Daardoor begrijp je elkaars taal. Anderzijds hebben wij onderzoekers jarenlange ervaring in het klinische werk met migrainepatiënten. Ook dat helpt om elkaar beter te begrijpen. Maar het belangrijkste is dat je iets met elkaar wilt bereiken, dat je oog hebt voor wederzijdse belangen en echt wilt samenwerken. Die houding is cruciaal."

## In gesprek

Wat vraagt de kruisbestuiving volgens Sorbi van de onderzoeker? "Je moet respect hebben voor de inbreng van patiënten en elkaar echt willen begrijpen. Ook is het van belang om zorgvuldig om te gaan met ieders belangen. Die kunnen soms haaks op elkaar staan. Wat ideaal is vanuit onderzoekersperspectief, bijvoorbeeld een bepaalde opzet of bepaalde subgroepen, is vaak in de praktijk niet haalbaar. Het kan voorkomen dat je voor een onderzoeksgroep kiest die de patiëntenvereniging graag breder zou willen zien. Of dat de kenmerken van de beoogde onderzoeksgroep zo bijzonder zijn, dat de vereniging met een kam door het ledenbestand moet – wat

veel werk zou betekenen. Ook is het nodig om aandacht te hebben voor de wijze waarop je deelnemers aan een onderzoek benadert en informeert. Houd daarover nauw contact met de vereniging."

Verder zal je met elkaar in gesprek moeten over de druk die het onderzoek op patiënten kan leggen, aldus Sorbi. Zo maakte de hoofdpijnvereniging zich zorgen dat het zakcomputertje zomaar af zou kunnen gaan tijdens een vergadering. "Daar moet je dan wat mee. Of neem de ontspanningstraining. Patiënten zouden dat het liefst beperken tot één keer per dag. Vanuit onderzoek weten we echter dat je twee keer per dag de oefeningen moet doen om effect te hebben. Dus moet je met elkaar in overleg. Dan kan de vereniging het straks ook makkelijker uitleggen aan de achterban."

Ook vanuit de patiëntenhoek is beweging noodzakelijk om samenwerking in onderzoek mogelijk te maken. Thomassen: "Patiëntenverenigingen moeten in hun ledenbestand actief onderzoek gaan naar iemand die in gesprek kan met de wetenschappers. Dat is natuurlijk lastig als je maar een kleine club bent. De verenigingen zouden hun krachten kunnen bundelen door gezamenlijk een pool van leden met een wetenschappelijke achtergrond op te richten. Het Platform Pijn en Pijnbestrijding kan hierin mooi een rol vervullen. Wellicht kan het platform ook op andere punten een brug helpen slaan door informatie van patiënten en onderzoekers te bundelen. Zoals bepaalde pijnklachten die vaak voorkomen, behandelingen die problemen geven en onderzoeksgegevens die beschikbaar zijn gekomen."

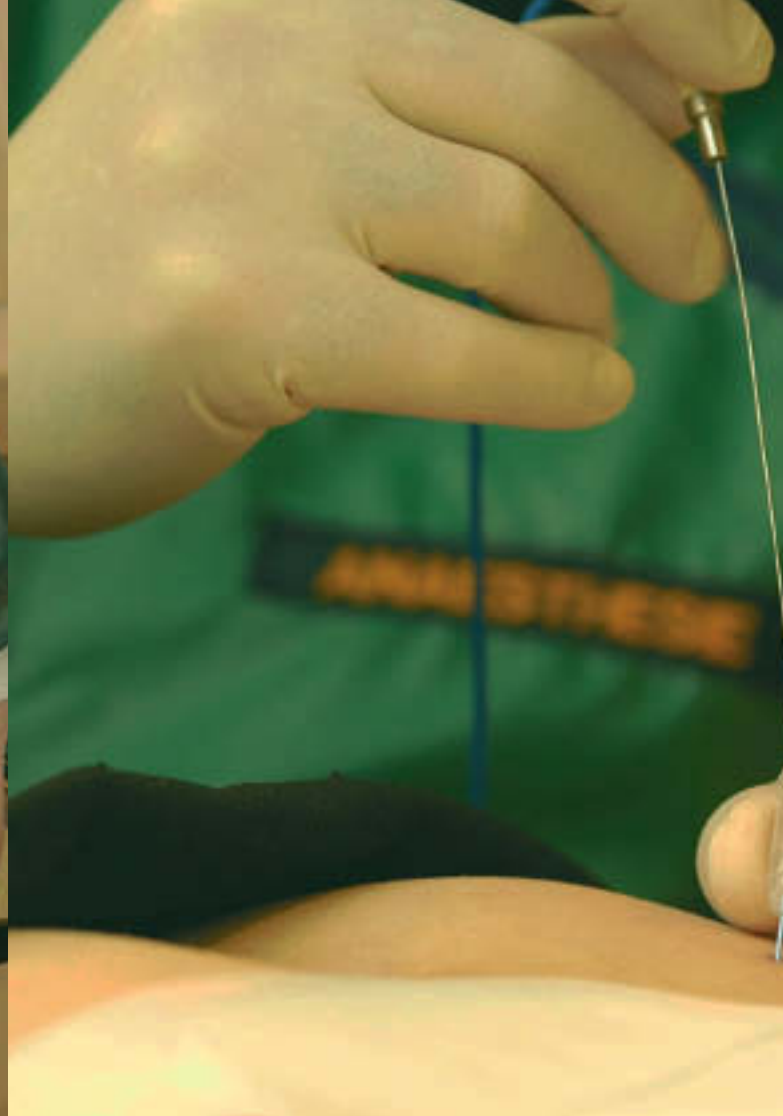
## Weinig middelen

Hebben Thomassen en Sorbi nog een boodschap om kruisbestuiving te bevorderen? Thomassen: "Tegen onderzoekers zou ik willen zeggen: zoek de patiëntenvereniging op. Dat is makkelijker dan patiëntenverenigingen die moeten speuren naar onderzoek dat mogelijk interessant voor hen is. Verhoog de onderlinge betrokkenheid want het levert echt veel op.

Patiëntenorganisaties: zorg ervoor dat je serieus genomen wordt. Rust jezelf toe met dat wat nodig is om mee te praten over onderzoek. Zorg ervoor dat je spreekbuis kunt zijn voor de problemen van je leden en dat die problemen een plek krijgen binnen onderzoek."

Sorbi voegt toe: "Realiseer je wel dat samenwerking veel tijd en inzet vraagt van alle betrokkenen. Overleg, telefoontjes, bijeenkomsten, reizen, dingen in de week leggen, terugkoppeling in de vereniging en voorstellen weer terugkrijgen in een andere vorm. Het lastige is dat patiëntenorganisaties weinig financiële middelen hebben en onderzoeksinstituten subsidieafhankelijk zijn. Nu is het allemaal eigen tijd die we investeren want reserves zijn er niet. Wil je de samenwerking tussen beide werelden geolied laten verlopen? Dan moet dat eigenlijk ook financieel mogelijk worden gemaakt."

Programmasecretaris van het Pijnonderzoek bij ZonMw is mevrouw Denise Moi Thunk Shung. Zij is tevens vertegenwoordiger van ZonMw in het Platform Pijn en Pijnbestrijding.



*T.C. Besse*

De behandeling van pijn door middel van onderbreking van zenuwgeleiding heeft een lange geschiedenis.

De plaatselijk verdovende werking van cocaïne werd al in 1884 beschreven door Koller. Anesthesioloog bij het Mesos Medisch Centrum in Utrecht, de heer Besse, legt uit hoe anno nu zenuwblokkades toegepast kunnen worden als hulp bij de diagnose of als behandeling.

# Zenuwblokkades bij de behandeling van pijn

T.C. Besse

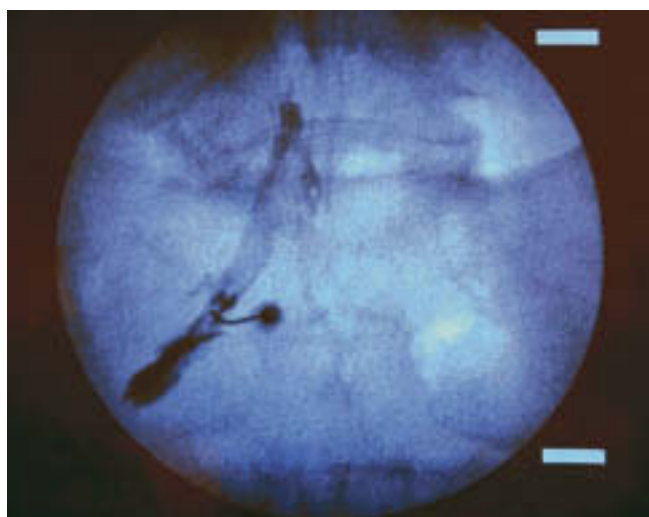
Aanvankelijk werd lokale anesthesie vooral toegepast ter pijnvermindering tijdens operaties. In de loop van de twintigste eeuw vond zij ook toepassing bij de behandeling van acute en chronische pijn buiten de operatiekamer.





*Plaatsen van de electrode in de geïsoleerde naald bij een lumbale facetdenervatie.*

Met name de Amerikaanse anesthesioloog Bonica was in de jaren vijftig van de vorige eeuw actief om de bestudering en de behandeling van pijn meer in de belangstelling te brengen. Naast de reversibele blokkade van de zenuwgeleiding was er ook aandacht voor procedures die een langer durende onderbreking van de zenuwgeleiding bewerkstelligen. In 1931 beschreef Kirschner de elektrocoagulatie van het Ganglion Gasseri ter behandeling van de trigeminus neuralgie. Recenter is de beschrijving van de percutane radiofrequente facetdenervatie door Shealy (1975), de percutane radiofrequente rhizo-



*Röntgenbeeld van een wortelblokkade S1 links.*

*Boven: Thermolaesiegenerator: het apparaat waarmee de plaats van de thermolaesie wordt gecontroleerd en waarmee de behandeling wordt uitgevoerd.*

*Onder: Benodigdheden voor een cervicale wortelblokkade, v.l.n.r. lokale verdoving, een geïsoleerde naald, de te gebruiken electrode en röntgencontrastmiddel.*

tomie door Uematsu (1977) en de ontwikkeling van een temperatuur monitorsysteem door Sluyter en Mehta (1981). Momenteel wordt door anesthesiologen veelvuldig gebruik gemaakt van zenuwblokkades bij de diagnostiek en de behandeling van met name goed gelokaliseerde somatische pijn. Bij chronische pijn (langer durend dan 6 maanden) spelen vaak ook andere dan alleen somatische factoren een rol. Deze moeten meegewogen worden bij de diagnostiek en de behandeling. Een tweesporenbeleid is vaak het gevolg. Dan wordt de zenuwblokkade enerzijds gebruikt om meer inzicht te krijgen in de voortgeleiding van pijn in het zenuwstelsel en anderzijds om langer durende pijnvermindering te bewerkstelligen. Hierdoor kan de patiënt meer activiteiten ontplooiën en kan de vicieuze cirkel van pijn en toenemende inactiviteit worden doorbroken.

## Diagnostisch en therapeutisch

Bij zenuwblokkades worden diagnostische en therapeutische ingrepen onderscheiden. Bij diagnostische blokkades wordt de zenuwgeleiding kortdurend onderbroken door het toedienen van lokale anesthesie bij een zenuw, waarvan de locatie meestal via röntgendoorlichting is vastgesteld. Deze methode wordt gebruikt voor het vaststellen van de plaats waar pijn gegenereerd wordt; bijvoorbeeld het lokaliseren van de geïrri-





*Overzicht van behandeltafel en röntgenapparatuur. Na afloop van de behandeling worden de naalden verwijderd en wordt de prikplaats verbonden.*

teerde zenuwwortel als beeldvormend onderzoek met MRI daar onvoldoende uitsluitsel over geeft. Tevens wordt van deze methode gebruik gemaakt om te bepalen of een therapeutische blokkade kan worden verricht; we spreken dan meestal van een prognostische blokkade.

Therapeutische zenuwblokkades worden verricht om langdurige pijnvermindering te verkrijgen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van neurolytische stoffen, het bevriezen en het verhitten van zenuwen.

Neurolytische stoffen (alcohol en fenol) worden bij therapeutische zenuwblokkades nog maar beperkt toegepast in verband met de kans op onbedoelde schade aan het zenuwstelsel. De belangrijkste indicaties zijn de blokkade van de onderste zenuwwortels van het ruggenmerg (lower end block) bij pijn ten gevolge van een recidief rectumtumor en de blokkade van de plexus coeliacus in de bovenbuik bij pijn ten gevolge van tumoren in de bovenbuik.

Het bevriezen van zenuwen (zogenaamde cryobehandeling) wordt nog maar beperkt toegepast. Omdat het instrumentarium veel grover is en het effect veel korter aanhoudt dan bij het toepassen van een radiofrequente laesie. Deze methode wordt nog gebruikt bij het langer durend blokkeren van perifere zenuwen en neurinomen (zenuwkluwens na doorsnijding).

### Radiofrequente laesie

De tegenwoordig meest toegepaste therapeutische zenuwblokkade vindt plaats door middel van de radiofrequente laesie. Met deze methode kan met behulp van elektrische stroom een goed gelokaliseerde laesie in het zenuwstelsel

worden aangebracht met slechts geringe kans op onbedoelde zenuwuitval. Toepassing vindt onder andere plaats bij de behandeling van eenzijdige pijn ten gevolge van kanker chordotomie, trigeminus neuralgie, cluster headache, pijn uitgaande van de cervicale, thoracale en lumbale wervelkolom. De gebruikte naalden zijn van zodanig geringe diameter, dat de behandeling in het algemeen weinig belastend is. Lokalisatie van de plaats van de aan te brengen laesie vindt altijd plaats door middel van röntgendoorlichting en elektrostimulatie.

### Epiduroscopie

Een nieuwere invasieve methode bij de behandeling van pijn, uitgaande van laaglumbale zenuwwortels, is de epiduroscopie. Hierbij wordt door middel van een zeer dunne fiberscoop een te behandelen zenuwwortel zichtbaar gemaakt en door fibrosering vrijgelegd. De plaats van deze behandeling in het armamentarium van de anesthesioloog zal in de nabije toekomst verder worden bepaald. Zoals al in het pijnperiodiek 2 staat geschreven, is deze behandeling nog experimenteel. Samenvattend zijn er vele mogelijkheden om pijn door middel van zenuwblokkades te behandelen. Of een bepaalde methode voor de behandeling van een patiënt geschikt is, kan het beste met een in de pijnbehandeling gespecialiseerde anesthesioloog worden overlegd.

Sinds de Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofie Patiënten 15 jaar geleden werd opgericht, is er steeds meer duidelijkheid gekomen over posttraumatische dystrofie, ofwel: Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 (CRPS). Voorzitter van deze actieve patiëntenvereniging, Ilona L. Thomassen, geeft haar kijk op posttraumatische dystrofie en het belang van de vereniging.



Ilona L. Thomassen

## 15 jaar Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofie Patiënten

Wanneer je met je vinger tussen de deur komt, je tegenstander bij het voetballen de bal mist maar niet jouw knie of als je je enkel verzwikt bij het wandelen, dan heb je pijn. Pijn waarvan je weet dat die enige tijd aanhoudt, maar waarvan je tegelijkertijd weet dat die daarna verdwijnt. Althans, dat geldt voor de meeste mensen. We noemen dat 'normale' pijn. Voor zo'n 8000 anderen in Nederland pakt dat echter heel anders uit.

Als deze circa 8000 mensen een letsel (eenvoudig of gecompliceerd) aan hand of been hebben, neemt de pijn toe. Alsmede de functiebeperking. De kleur van die arm of dat been verandert in fel rood of paars/blauw en het lidmaat wordt brandend heet of ijskoud. De pijn neemt ook toe na beweging en/of belasting en in een veel groter gebied dan waar het oorspronkelijke letsel was. Voor deze mensen is er geen logisch te verwachten genezing zoals bij 'normale' pijn. Er is alleen maar verwarring over wat ze nu toch hebben. En dat kan posttraumatische dystrofie zijn. Ofwel Complex Regionaal Pijn Syndroom type I dat na een letsel als complicatie kan optreden.

### Ernstige beperkingen

Gelukkig geldt voor het merendeel van deze 8000 mensen dat zij na enkele weken of maanden geen last meer hebben van posttraumatische dystrofie. Maar uiteindelijk zijn er, voor zover wij weten, jaarlijks nog altijd een kleine 2000 mensen voor wie het probleem blijft. Zij worden jaren geconfronteerd

## De vereniging drijft op 90 vrijwilligers

met pijn en beperkingen. En een deel van hen krijgt te maken met ernstige beperkingen, en met complicaties als dystonie (verkramping) of aanrakingspijn waardoor een beetje wind over het aangedane lidmaat al niet meer te verdragen is. Oedeem en moeilijk te genezen wondjes kunnen optreden. En voor menig patiënt is het verhaal daarmee nog niet klaar.

### Neurogene ontsteking

Sinds kort zijn er aanwijzingen dat posttraumatische dystrofie een neurogene ontsteking is. Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat in blaarvocht een ontstekingsreactie (PD) is aan te tonen. Waardoor PD ontstaat en bij wie, is nog niet bekend. Wereldwijd heeft PD de laatste jaren aandacht gekregen. Nederland loopt op dit gebied voorop. Met in de laatste 12 jaar zo'n 17 proefschriften, vele onderzoeken en diepgaande medische belangstelling.

Dit betekent ook dat er inmiddels veel behandelaars weten wat PD is en daarop hun behandeling inzetten. Dat was zo'n 15 jaar geleden wel anders. Toen moest je nog erg je best doen om ergens in Nederland een arts te vinden die er iets van wist.

### Goede diagnose en behandeling

Die belangstelling helpt de patiënten. Ze kunnen nu op veel plaatsen terecht voor een goede diagnose en behandeling. En de Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofie Patiënten helpt op haar manier. We kunnen stellen dat wij als vereniging ons best hebben gedaan om goede informatie aan patiënten en behandelaars te verstrekken. Met name voor patiënten is er informatiemateriaal. Van een op beurzen verspreide folder tot uitgebreide brochures over onder meer pijnbehandelingen bij PD. Ook wordt er achtergrondinformatie verstrekt over fysio- en ergotherapie bij PD, en er is een specifiek kinderboekje en een video/dvd. Daarnaast is de website ([www.posttraumatischedystrofie.nl](http://www.posttraumatischedystrofie.nl)) een zeer toegankelijk medium voor de patiënt, maar we merken ook dat behandelaars erop kijken voor het medisch protocol.

Dankzij al die informatie kunnen patiënten zich verdiepen in mogelijke behandelingen en strategieën om PD de baas te worden of in elk geval daar niet aan onderdoor te gaan.

### Multidisciplinaire aanpak

Posttraumatische dystrofie vereist een multidisciplinaire aanpak. Alleen medicatie of alleen bewegen is veelal onvoldoende. Ook kan PD zo'n grote impact hebben op iemands leven dat die even niet meer weet hoe het hoofd te bieden aan de pijn en de beperkingen. Dan is hulp op

psychologisch terrein van belang. Het is dan ook een goede ontwikkeling dat psychologische ondersteuning meer en meer een plaats krijgt in het behandelplan. Hiermee wordt uitdrukkelijk niet bedoeld dat PD psychisch is. Wel dat invloeden van pijn, beperkingen, het moeten verhuizen, de impact op het gezin of relaties dramatisch kunnen zijn en dat een helpende hand om daarmee te leren omgaan enorm belangrijk is in het ziekte- en vooral helingsproces.

### Functieherstel

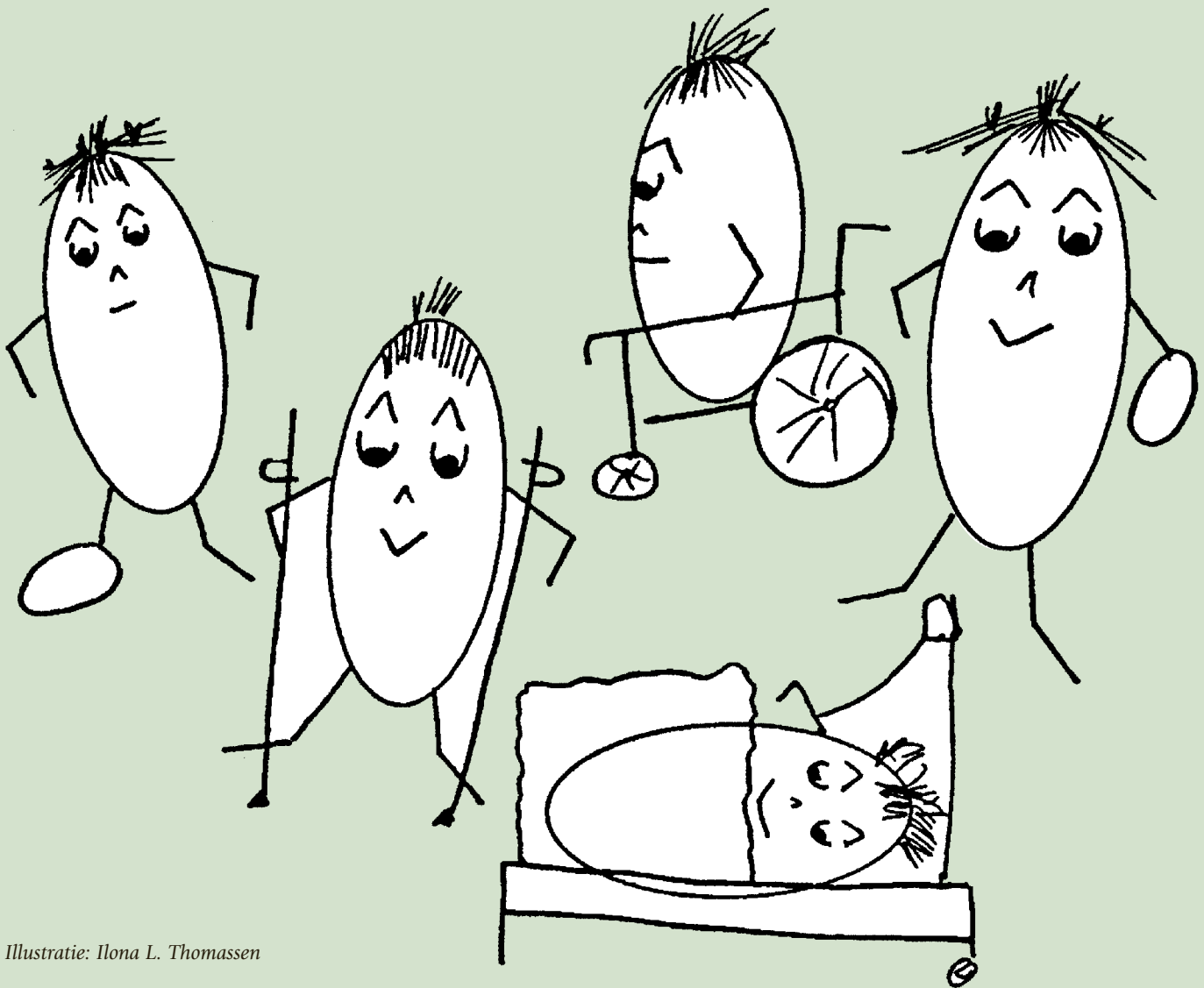
Een opmerkelijk verschil ten opzichte van andere landen is dat in Nederland in de acute fase 'scavengers' (DMSO en/of Fluumucil) worden voorgeschreven. Zij pakken de ontsteking aan en voorkomen veelal dat PD chronisch wordt. Helaas gebeurt dat niet altijd. In dat laatste geval wordt de aandacht gericht op pijnbestrijding waardoor bewegen weer mogelijk wordt en de kwaliteit van leven verbetert. Ook zijn er behandelingen die de dystonie of krampaanvallen aanpakken. Er lijkt zich een verschuiving af te tekenen in de aandacht voor pijn bij chronische PD. Pijn was altijd een belangrijke leidraad in de behandeling. Dat is niet echt vreemd omdat patiënten vooral in beslag worden genomen door hun pijn. In de medische literatuur, maar ook in nationale en internationale lezingen en onderzoek, wordt meer en meer aangegeven dat functieherstel in de behandeling centraal moet staan. Als het functioneren beter wordt, wordt de pijn minder. Dat is, voor behandelaar en patiënt, een nieuwe ontwikkeling in denken en doen.

### Waarom een patiëntenvereniging?

De Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofie Patiënten bestaat inmiddels 15 jaar. De uitgangspunten zijn in de jaren niet veranderd. Nog steeds is het belangrijk om ervaringen te delen en elkaar steun te bieden. In gesprekken met een behandelaar kan niet altijd uitvoerig worden stilgestaan bij wat PD aanricht in je leven. Dat kan wel met lotgenoten die precies snappen wat je doormaakt. Naast informatieverstrekking biedt de vereniging ook opvang als zorgen of verdriet te veel worden.







Illustratie: Ilona L. Thomassen

De vereniging drijft op 90 vrijwilligers, dus geen beroepskrachten. Ze zijn veelal zelf patiënt en geven hun tijd en energie om andere patiënten tot steun te zijn. Het wordt echter steeds moeilijker om mensen te krijgen die capabel en mobiel zijn, en er de tijd voor hebben. Dat treft niet alleen onze vereniging. We horen het ook van andere verenigingen en organisaties. Het lijkt erop dat er nog maar weinig bereidheid is om zich als vrijwilliger in te zetten. Toch verwachten patiënten dat de vereniging activiteiten dichtbij huis en adequate reacties op vragen en verzoeken biedt, en met snelle acties en nieuwe informatie komt.

Of we dat als vereniging goed doen, moeten we ons steeds afvragen. Daarom heeft er bijvoorbeeld een ledenraadpleging bij 1000 leden plaatsgevonden. De gegevens hieruit zullen ons helpen om nog beter af te stemmen op wensen en mogelijkheden.

### Actuele zaken

Achter de schermen zijn we hard bezig om via onze website een forum op te zetten en chatmogelijkheden uit te bouwen. Dit laatste is vooral van belang voor leden die de deur niet uit kunnen en toch graag contact hebben met lotgenoten. En via het forum kunnen leden tips en ervaringen uitwisselen. We blijven vrijwilligers oproepen. Voor zowel besturen van afdelingen, voorlichting alsook monitoren bij het chatten en dergelijke. We participeren in diverse overlegorganen zoals

Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen, Platform Pijn en Pijnbestrijding, CG-raad. En meer gericht op onze specifieke aandoening praten we mee bij de Landelijke Werkgroep Richtlijnontwikkeling CRPS type I. Dit is een belangrijke groep van vertegenwoordigers uit medische- en paramedische beroepsgroepen met grote betrokkenheid bij CRPS. Over twee jaar moeten landelijke richtlijnen zijn opgesteld voor diagnostiek en behandeling.

Een andere ontwikkeling waarop we ons richten is het opzetten van een Europees Netwerk van PD/RSD/CRPS patiëntenorganisaties. Behalve een goed georganiseerde vereniging zoals de onze zijn er verder weinig vergelijkbare verenigingen in andere landen. Toch zijn er ook in onder meer Italië, Zwitserland, Engeland en Duitsland veel PD-patiënten. Daarnaast moeten we er gewoon voor zorgen dat de vereniging een prettige, goed functionerende vereniging is. Waarin leden en vrijwilligers zich welkom en goed voelen.

*Inmiddels weten  
veel behandelaars  
wat PD is*

In Pijnperiodiek nr. 2 – december 2004 vertelde Ellemijn Caro hoe ze door een val van een trap in handen viel van de gezondheidszorg, door haar 'de Witte Brigade' genoemd. Een val die haar leven binnen tien seconden totaal veranderde. Daarvóór danste Ellemijn. Ze zwom, fietste, tenniste, zeilde en ging naar de wintersport. Dat is nu allemaal verleden tijd.

## De pijn die niet overging (2)

Ellemijn Caro

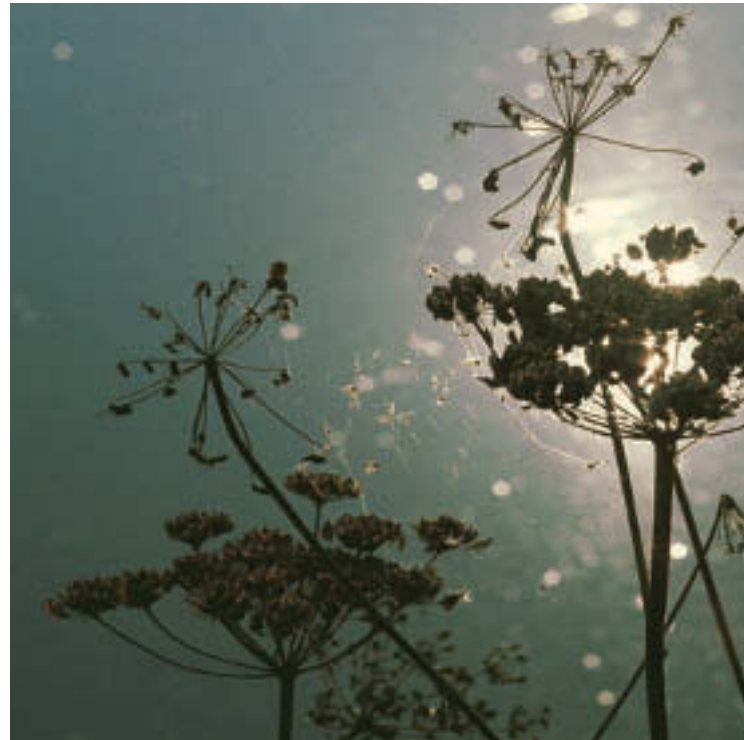
**Lopen deed pijn, zitten deed pijn, en slapen was moeilijk omdat de pijn vaak zorgde voor wakker liggen. Zo bleef er weinig energie over voor de 'gewone dingen' in het leven. Overdag, als mijn man en de kinderen de deur uit waren, haalde ik de schade zoveel mogelijk in door veel te rusten. Zodat ik, als iedereen weer thuis was, kon zorgen dat alles zo normaal mogelijk verliep.**

Als er toen iemand geweest was die mijn pijn serieus had genomen en naar mijn klachten had willen luisteren, dan had ik eerder met mijn beperkingen kunnen leren omgaan en had de pijn me nooit zo de baas kunnen worden!

In plaats daarvan begonnen we een lange zoektocht naar 'de Dokter' die wilde luisteren. Jaren later kreeg dit in de medische wereld de naam 'Medisch Winkelen'. Eerlijk gezegd had ik helemaal niet zo'n zin in dat winkelen. Ik had graag meteen gevonden wat ik zocht: erkenning van mijn problemen en serieus genomen worden! Het had me veel teleurstellingen kunnen besparen, maar 40 jaar geleden was er nog weinig aandacht voor pijn met onbekende oorzaak.

### Tussen mijn oren

Nadat alle organen die de klachten mogelijk zouden kunnen verergeren operatief uit mijn lijf waren verwijderd, was de pijn er nog steeds. En daar was ook nog pijn door littekenweefsel en 'verklevingen' bijgekomen. Dat klinkt alsof er iemand met een potje lijm aan de gang was gegaan om alles weer keurig in elkaar te zetten, maar het kan behoorlijk pijn doen!



Eindelijk was er daardoor een beetje 'oorzaak van pijn', maar jammer genoeg toch niet voldoende om een diagnose te kunnen stellen en serieus genomen te worden.

Omdat er op een gegeven moment geen artsen meer waren die iets wilden uitproberen of beloofden dat ze de pijn wel konden verhelpen, bleek mijn pijn ineens gewoon tussen mijn oren te zitten! Gelukkig weet ik nu dat daar álles tussen zit wat een mens ervaart, maar toen was ik nog niet zo ver. Ik werd daar toen alleen maar heel boos over. Nu ben ik er blij om dat het daar zit want dan heb ik tenminste íéts tussen mijn oren. Iets wat ik bij sommige hulpverleners soms betwijfel.

### Gek van auto's

Toen de diagnose was gesteld, vroeg ik dus om iemand die het tussen mijn oren vandaan zou kunnen praten. Er kwamen 'logen', 'gogen' en 'peuten' in beeld. De eerste 'loog' ontdekte dat ik een affectie had voor oudere mannen omdat ik mijn vader miste die overleden was kort voor mijn valpartij! Een mevrouw 'goog' ontdekte dat ik het huishouden maar niks vond. Dit kwam omdat ik geen ramen meer lapte en de stofzuiger niet meer hanteerde. (Dat me dat te veel pijn deed was volgens haar onwil!) Ze vroeg zich ook af wat ik de hele dag deed in een huishouding met twee kinderen. Ik heb haar toen uitgenodigd om eens een weekje te komen meelopen, maar dat sloeg ze verontwaardigd af. De volgende vond me te onvrouwelijk en beweerde dat ik liever een jongetje had willen zijn in plaats van een meisje. Dat baseerde hij op het feit dat ik tijdens een test meer dan tien automerken kon noemen en wel eens gezegd had dat ik in een raceauto zou willen rijden. Voor mij was dat een vanzelfsprekende zaak met een echtgenoot en twee kinderen die helemaal gek van auto's waren. Die test was nodig, omdat de man na twaalf gesprekken nog niet begreep dat mijn pijn het merendeel van mijn zorgen veroorzaakte.

"Wie begrijpt mijn angst, mijn  
'machteloos' te zijn. Wie begrijpt  
mijn eenzaamheid, mijn onmacht  
en 't alléén zijn met mijn pijn,  
waardoor dat alles niet mijn  
ondergang zal zijn?"

## Ontevreden met je leven

Ook zijn opvolgers luisterden niet echt naar mijn probleem. Niemand scheen te begrijpen dat ik me grote zorgen maakte over de vraag waar het zou eindigen. Zou ik in een rolstoel terecht kunnen komen of misschien helemaal niet meer kunnen lopen of zou ik misschien een heel ernstige ziekte hebben die ze niet aan mij durfden te vertellen? De onzekerheid over de oorzaak van mijn pijn beheerste mijn hele leven, maar van 'goog', 'loog' en 'peut' mocht ik niet over mijn pijn praten, want die wás er volgens hen helemaal niet! Die bestond alleen maar in mijn gedachten, omdat ik ontevreden was met mijn leven. Ja, vind je 't gek! Alles wat ik vóór die verdomde val had gekund, was verleden tijd. Het lijkt me, nu nog steeds, heel logisch dat je dan ontevreden bent met je leven.

## Pijn een plek geven

Toch is die periode niet helemaal nutteloos geweest want door de gesprekken met al deze 'hulpverleners' heb ik mezelf heel goed leren kennen. Na bijna een elftal 'logen', 'gogen' en 'peuten' belandde ik eindelijk bij een meneer 'Peut' die luisterde en me duidelijk maakte dat die pijn voortaan wel eens bij mij zou kunnen horen. Dus niet opgelost zou kunnen worden! En dan waren er nog maar twee mogelijkheden: óf ik werd heel zielig en eenzaam, óf ik zou – met zijn hulp – kunnen proberen die pijn een plek te geven in mijn leven. Ophouden met zeuren over 'wat niet meer was zoals vroeger' maar aan de gang gaan met wat er nog wél voor mogelijkheden waren! Eerst was ik nogal boos over zijn directheid maar na veel nadenken, kwam ik tot de ontdekking dat ik maar het beste voor het laatste kon kiezen.

## Creativiteit

Gelukkig was ik nogal handig en bleek er ergens tussen mijn oren óók nog een behoorlijk stuk creativiteit verborgen te zitten. Dit is mijn redding geweest. Alle hobby's die er in die tijd beoefend konden worden, werden uitgeprobeerd. Uiteindelijk kon ik mijn dagen goed vullen met het graveren van glas, met tekenen, schilderen en het werken met kralen. Ik ontdekte dat dat leuker was dan te liggen wachten tot ik weer moeder en echtgenote moest spelen. Langzamerhand werd ons leven weer iets normaler. Ik zeg nadrukkelijk 'ons' leven want natuurlijk ben je niet de enige die de gevolgen van de pijn ervaart. Ook het leven van je directe omgeving wordt beïnvloed! Gedurende al die jaren heb ik blocnotes vol geschreven. Praten, met wie dan ook, bood toch geen oplossing. Daarom heb ik alles 'van me afgeschreven'. Nu ben ik verbaasd dat de vrouw die dat toen allemaal heeft opgeschreven dezelfde is als die ik nu ben! Uit die periode stamt de hier afgedrukte tekst. Vandaag de dag weet ik dat je toch weer uit zo'n periode kunt komen, mits je de juiste mensen maar ontmoet. Maar zo ver was ik toen nog lang niet!

## Voor u gesignaleerd

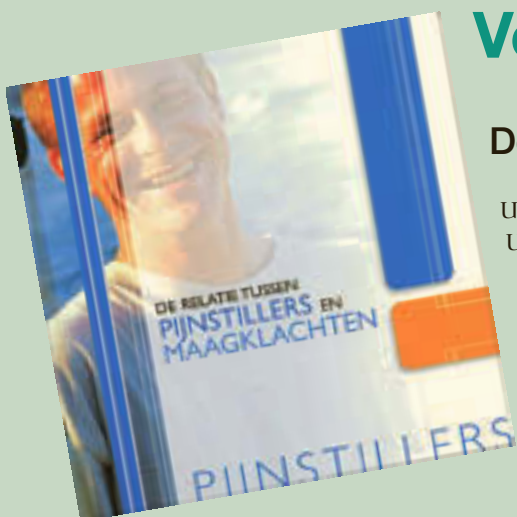
### De relatie tussen pijnstillers en maagklachten

Uitgave van: Altana Pharma bv en Christiaens  
Uitgever: Healthcare Publishers, Amersfoort

De uitgave, met zeer veel illustraties en foto's, richt zich op patiënten in de wachtkamer die vragen hebben met betrekking tot hetzij pijnstillers hetzij maagklachten.

Uitgangspunt is dat veel pijnstillers worden geslikt zonder dat men zich bewust is van de risico's. Er wordt gewezen op het feit dat men zich bij maagklachten niet altijd afvraagt wat de klachten veroorzaakt. Er wordt in deze uitgave gewezen op het eventueel bestaan van een verband tussen het slikken van pijnstillers en maagklachten. Het betreft hier een uitgave die verschenen is in 2004 en bestemd is voor de

wachtkamer. Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot Altana Pharma bv, Jupiterstraat 250, 2132 HK Hoofddorp, telefoon 023 5668700. Of: [www.altanapharma.nl](http://www.altanapharma.nl)





## Voor u gesignaleerd

### Richtlijn NSAID-gebruik en preventie van maagschade

Auteur: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO  
 Uitgever: Van Zuiden Communications B.V.  
 ISBN: 90-76906-69-6  
 Prijs: € 16,00

Binnen de gezondheidszorg vormen richtlijnen een leidraad voor de professionals. De richtlijn NSAID-gebruik en preventie van maagschade is een leidraad bij de keuze van preventieve maatregelen bij het voorschrijven van NSAID. Richtlijnen betreffen preventieve, diagnostische, therapeutische en organisatorische procedures hebben een professionele en een maatschappelijke betekenis. De richtlijnen zijn bedoeld om:

1. De kwaliteit van zorgverlening te verbeteren.
2. De klinische besluitvorming te ondersteunen.
3. De diversiteit in handelen door professionals te verminderen.
4. Een beter inzicht te geven in het professionele handelen.

De richtlijn 'NSAID-gebruik en preventie van maagschade' is ontwikkeld op initiatief van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Voor deze richtlijn is

co-financiering verkregen van de Orde van Medisch Specialisten in het kader van het programma 'Ontwikkelen en implementeren van medisch-specialistische richtlijnen'. De richtlijn is opgesteld door vertegenwoordigers van medisch-wetenschappelijke verenigingen. Helaas waren hierbij geen organisaties betrokken die zich specifiek op pijn richten. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke gegevens en de ervaring in de praktijk zijn aanbevelingen geformuleerd over de te volgen strategieën met betrekking tot de preventie van maagschade bij patiënten bij wie een NSAID geïndiceerd is.

Het betreft hier een uitgave die verschenen is in 2003. ([www.richtlijnonline.nl](http://www.richtlijnonline.nl))



### Instructie CD-ROM: meten van pijn bij kinderen

Deze CD-ROM werd al enige tijd geleden, tijdens de landelijke bijeenkomst van de pijnkenniscentra op 18 december 2003, gepresenteerd.

Gesponsord door het Sophia wetenschapsfonds en ZonMw, heeft de pijngroep van het Erasmus MC-Sophia de instructie CD-ROM ontwikkeld om het gebruik van het pijnmeetinstrument COMFORT gedragschaal te begeleiden. Oorspronkelijk werd de COMFORT gedragschaal vooral gebruikt om postoperatieve pijn op de kinder-IC te scoren, maar meer en meer wordt de schaal ook op medium care afdelingen toegepast en als sedatie-instrument op de kinder-IC's. Met deze CD-ROM wordt geleerd hoe pasgeborenen en jonge kinderen (tot ongeveer 3 jaar) kunnen reageren bij pijn. Hiervoor zijn onder andere videofragmenten op de CD-ROM te zien, aan de hand waarvan verpleegkundigen leren welke gedragingen wijzen op comfort of onrust/ pijn. De CD-ROM bevat verder veel achtergrondinformatie over hoe pijnmeting uit te voeren en te introduceren op een ziekenhuisafdeling, literatuurreferenties en FAQ. De Nederlandstalige instructie CD-ROM is kosteloos aan te vragen bij Monique van Dijk, e-mail: [m.vandijk.3@erasmusmc.nl](mailto:m.vandijk.3@erasmusmc.nl). Ook voor nadere informatie is zij telefonisch bereikbaar op 010-4636066 (Erasmus MC- Sophia) of via eerdergenoemd e-mailadres.



# 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  
M. van der Marck  
Drs. J. van Niekerk  
mw. E. Roetering-van Geenhuizen  
Prof. dr. H.G.M. Rooijmans  
mw. Dr. G.J. Versteegen  
mw. H. Wieberneit-Tolman  
Dr. F.A.M. Winter

#### Coördinatie en eindredactie:

Hilda Wieberneit-Tolman

#### Productie:

Eldering Studios bv, Overveen

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

© Platform Pijn en Pijnbestrijding, 2005



Drs. M. Groeneveld

## nationaal

Wetenschappelijke bijeenkomst NVBP, Amersfoort	13 april 2005
Symposium Pijnrevalidatie: hoe eerder, hoe beter? Eindhoven	16 april 2005
Landelijke Contactdag Nederlandse Vereniging Posttraumatische Dystrofie Patiënten, Lunteren	23 april 2005
5de Pijncongres voor Behandelaar en Patiënt, Den Haag	najaar 2005
Wetenschappelijke bijeenkomst NVBP, Amersfoort	16 november 2005

## internationaal

24th Annual Scientific Meeting of American Pain Society, Glenview, USA	30 maart – 2 april 2005
3rd Annual Comprehensive Pain Board– Review Symposium Middleton, USA	2 – 6 augustus 2005
Partners in Pain Conference 2005, Sydney, Australië	18 – 19 augustus 2005
IASP 11th World Congress on Pain, Sydney, Australië	21 – 25 augustus 2005
The 4th International Conference on Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders, Sydney, Australië	26 – 28 augustus 2005
European Week against Pain	oktober 2005
8th World Congress for Nurse Anesthetists, Lausanne, Zwitserland	10 – 13 juni 2006

## CURSUS

Cursus Assistent Pijnbehandeling	informatie: www.vdo.han.nl
----------------------------------	-------------------------------

# Pijnperiodiek

Uitgave van het Platform Pijn en Pijnbestrijding

Postbus 278, 2300 AG Leiden