

## Chronische Pijn

---

**‘Het kruis van de geneeskunde’**, zo karakteriseerde dr. A.M.E. Vrancken het probleem in haar proefschrift van 1989. (1)  
Voor pijn patiënten is die karakterisering nog steeds van belang.  
Er zijn wel allerlei behandelingsmogelijkheden bijgekomen, maar zelden geeft dit voldoende soelaas. Echt weten, waardoor chronische pijn ontstaat, is er nog steeds niet. Echt weten, waarmee je chronische pijn moet behandelen is er ook nog steeds niet.  
Op 1 april 2000 meldt NWO (De subsidieverlener voor Wetenschappelijk Onderzoek in Nederland) op de website: "De wetenschappelijke basis voor behandeling van chronische pijn ontbreekt". een conclusie, die voortkwam uit een onderzoek van de Universiteit Maastricht in samenwerking met de Vrije Universiteit van Amsterdam.  
Er is sprake van een uitgebreid verwijscircuit, waar behandelaars via "trial and error" proberen hun beste beentje voor te zetten.

### **Chronische pijn is een probleem.**

De Pijn Stichting Nederland schreef na haar oprichting in 1982 als onderdeel van een installatieproject van de Junior Kamer in Den Helder:

**“Pijn wordt (nog) niet als afzonderlijke diagnose aanvaard. Van het pijnmechanisme zelf is nog weinig bekend en onbekend maakt onbemind...De gevolgen van het pijnfenomeen zijn veelomvattend. Er zijn implicaties van psychologische, micro- en macro-economische respectievelijk sociologische aard.**

### **Psycho-sociaal**

**Pijn heeft verstrekende gevolgen voor de patiënt, voor zijn of haar directe omgeving en voor de samenleving als geheel.**

**Chronische pijn beïnvloedt het leven van de patiënt en zijn omgeving zelfs dusdanig, dat het leven gaat draaien rond het fenomeen pijn. Het leven verwordt tot pijn. Plezierige, opgeruimde mensen worden depressief, zien het niet meer zitten en veranderen van karakter. Hun omgeving heeft de grootste moeite met adequate aanpassing, te meer daar de emotionele situatie op slag kan veranderen als die pijn eens een keertje (door toeval ?) niet aanwezig is.”**

Zoals de aanhef al aangeeft is er in 2000 nog geen grote vooruitgang. Er zijn wel allerlei therapievormen, die er in 1982 nog niet waren, maar de wetenschappelijke basis ervoor ontbreekt nog steeds. Er is nog steeds geen wetenschappelijke doorbraak na 2000.

### **Economisch**

**Sociaal Economisch** is chronische pijn ook een probleem: Volgens dezelfde Pijnstichting Nederland waren er in 1982: 150 000 gezinnen met een chronisch pijnpatiënt.

De website van NWO van 1 april 2000 vermeldt een NIPO enquête uit 1996: achttien procent van de Nederlandse bevolking lijdt aan chronische pijn: 2.9 miljoen Nederlanders.

Binnen een gezondheidssysteem, dat ziekte moet uitsluiten betekent dit zeer vergaande kostbare én belastende onderzoeken, voordat de diagnose chronische pijn kan worden gesteld. Die omvang aan onderzoeks- en behandelingskosten kan nauwelijks worden geschat. Wel kon de omvang aan ziekte- en uitkeringskosten worden geschat.

In 1986 verscheen de brochure van de Pijn Stichting Nederland : "Chronische pijn in Cijfers". Bestudeerd was de periode 1975-1984.

Uitgegaan werd van een ziekteduur langer dan 3 maanden.

Berekend werd, dat 30 % van de langdurig zieken behoorde tot de doelgroep "Chronisch Pijnlijden". Vastgesteld werd, dat deze groep praktisch ongewijzigd de WAO datum bereikte. Het aantal WAO-ers met chronisch pijnlijden nam toe van 160 000 in 1975 tot 259 000 in 1984. In deze cijfers zijn jongeren, niet arbeidsactieven en gepensioneerden niet meegerekend. De gemiddelde jaarlijkse toename bedroeg 10 000 patiënten per jaar. Aangenomen, dat deze geconstateerde groei zich in de toekomst in dezelfde mate zou doorzetten zou dat voor 1996 een vergroting met 130 000 personen betekenen.

Aangezien de werkende bevolking in 1996 6.5 miljoen personen betrof en de totale bevolkingsomvang 15.5 miljoen maakt de werkende bevolking in 1996 ongeveer 42 % uit van de totale bevolking.

Het berekende aantal chronisch pijnpatiënten zou daarmee  $100/42 * 390\ 000$  personen bedragen. Dat komt neer op: 929 000 Pijnpatiënten. Volgens het NIPO onderzoek is dat het drievoudige!

**Financieel economisch** was er al een probleem in 1986: toen reeds werd alleen al aan ziekte-uitkeringen en WAO voor 2.7 miljard uitgegeven aan chronisch pijnpatiënten.

Een chronisch pijnpatiënt consumeerde vijf maal zoveel aan medische zorg dan een niet-pijnpatiënt. (rapport "Pijnbehandeling"; Gezondheidsraad december 1986)

Er zijn geen aanwijzingen, dat het op dit moment anders ligt. Medische diagnostiek is aanzienlijk geavanceerder en duurder dan in 1986. Desondanks levert het geen betere resultaten voor de diagnostiek van chronische pijn.

De NWO website meldt op 1 april 2000: **"Een kleine vijfduizend zorgverleners-huisartsen, fysiotherapeuten, chiropractors en medisch specialisten als orthopedisch chirurgen, reumatologen, gastro-enterologen en neurologen- hebben aan het NWO Pijnproject hun medewerking verleend. Uit een nauwgezette inventarisatie bleek, dat zij chronische pijn op veel verschillende manieren behandelen . Meest gangbaar is pijnmedicatie of fysiotherapie. De huisarts speelt in het hele behandelproces een sleutelrol. Hij verwijst de pijnpatiënt naar (telkens) andere zorgverleners, die de patiënt op hun beurt vaak weer onverrichter zake naar hem terugverwijzen."** (2)

**Sociaal medisch** is er een groot probleem. Zowel Vrancken verwijst daarnaar in haar titel van het proefschrift als de onderzoekers in het VWO artikel.

Medici en andere curatieve hulpverleners kunnen Chronische Pijn maar moeilijk hanteren. Het ontbreken van diagnostische mogelijkheden en gerichte protocollaire wetenschappelijk onderbouwde of "evidence based" gebaseerde aanpak is niet mogelijk. Het blijft een kwestie van "trial and error". En omdat pijn een nare sensatie betreft worden alle registers beproefd en dat is heel begrijpelijk.

Op dit moment staat wereldwijd één vorm van chronische pijn wetenschappelijk erg in de belangstelling CRPS: Complex Regionaal Pijn Syndroom. (Vroeger heette dit reflexdystrofie of Südeckse dystrofie) . Het woord syndroom geeft aan, dat het een complex van vaste klachten en verschijnselen betreft, waar geen duidelijke oorzakelijke verklaring, noch behandeling voor

gevonden is. De aandoening verloopt heel spectaculair en is erg invaliderend. Het is zo zichtbaar, dat niemand het in zijn hoofd zal halen de pijn ervan als een niet functioneel signaal, dat om een of andere reden is blijven hangen en geen actieve functie meer heeft, te beschouwen.

De aandoening is een vrij zeldzame ziekte, die ontstaat na een –soms klein-letsel. De frequentie van voorkomen wordt als heel wisselend beschreven: tussen 7 en 35 procent. In 10-26% van de gevallen wordt er zelfs geen voorafgaand letsel gevonden.

Het lijkt wel vrij veel, maar het aantal letsels, dat gevolgd wordt door een CRPS is betrekkelijk gering. Grote onderzoeksgroepen zijn er dan ook niet bij dit type onderzoek.

Maar de meeste chronisch pijn patiënten hebben geen CRPS, maar gewoon pijn, waarbij de diagnose niet altijd de lading zal dekken.

Volgens de gangbare mening betreft het dan een situatie, waarbij er ooit "iets" is geweest, dat een alarm afgaf, wat als pijn wordt beleefd. De aandoening is hersteld, maar het alarm blijft zinloos afgaan.

Daarom is de meest gangbare aanpak een therapie met pijnbestrijding en psychologische begeleiding om te leren omgaan met dat signaal. "De psychische component".

Cognitieve therapie noemen ze dat in de psychologie.

Maar toch waren er rond 1900 al aanwijzingen en wetenschappelijke publicaties, die op een actieve functie van het pijnsignaal wezen. Er waren ook allerlei publicaties met bevindingen, waar vandaag de dag niet op wordt gelet. "Vergeten" of "niet belangrijk gevonden".

In het midden van de vorige eeuw werden er ook met instrumenten afwijkingen gevonden en beschreven. Dus is er op zijn minst reden voor twijfel over de gangbare opvattingen.

In deze site komen die onderzoeken en publicaties aan bod en de mogelijkheden de resultaten ervan te benutten. Want praktische betekenis hebben ze zeker, al zijn ze vergeten in de stroom van moderne onderzoeken. Weinigen hebben die oude onderzoeken met moderne methoden overgedaan.

In het wetenschappelijke deel komen die onderzoeken nog aan bod. Daar zijn ook niet eerder gepubliceerde onderzoeken bij.

De wel voorlopig te trekken conclusies uit al dat werk is, dat chronische pijn zonder vindbare oorzaak zelden een levensbedreigend verloop heeft.

1. (Vrancken AME. Chronische Pijn Het Kruis van de Geneeskunde. 1989. Alblasterdam. Haveka BV.)
2. (Onderzoekers NWO: Mariëlla Kroese [UM]; Riekje de Vet [VU].)