

Chronische **pijn**

Regieraad Kwaliteit van Zorg

Chronische pijn

Regieraad Kwaliteit van Zorg

Regieraad Kwaliteit van Zorg

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 53 00

F 070 349 53 01

info@regieraad.nl

www.regieraad.nl

Ontwerp

WIM Ontwerpers, Den Haag

© Regieraad Kwaliteit van Zorg

Den Haag, november 2011

Inhoud

1	Voorwoord	5
2	Inleiding	7
3	Beschrijving van het probleem	8
4	Discussie	14
5	Conclusie en aanbevelingen	18
6	Samenstelling werkgroep	19
7	Referenties	20

Voorwoord

Geachte lezer,

Met veel genoegen presenteer ik u het rapport 'Chronische pijn' van de Regieraad. Dit advies is geschreven door een werkgroep die de raad heeft geïnstalleerd, na een verzoek vanuit het veld, in de persoon van prof. dr. Frank Huygen.

Waarom een advies over chronische pijn?

In vergelijking met andere chronische aandoeningen komt chronische pijn vaak voor. Niet iedereen met chronische pijn wordt behandeld, er is een grote variatie aan behandelingen en relatief veel patiënten ervaren de behandeling als inadequaat. Chronische pijn heeft een forse impact op kwaliteit van leven, dagelijks functioneren, stemming, ziekteverlof en gaat gepaard met aanzienlijke directe en indirecte kosten.

Dat chronische pijn niet adequaat wordt behandeld komt enerzijds doordat er te weinig aandacht is voor dit onderwerp bij opleidingen in de gezondheidszorg en anderzijds door een tekort aan kennis over pijn.

Door het ontbreken van een algemeen geaccepteerde definitie en classificatiesysteem en het ontbreken van een ICD-10 codering is chronische pijn weinig zichtbaar in de statistieken. Er is dus sprake van grote fragmentatie en onbekendheid. Er zijn vele verschillende patiëntenverenigingen die pijn adresseren. Pijn is van iedereen en tegelijkertijd van niemand.

Advies

Dit probleem vereist gecoördineerde benadering. De werkgroep doet hiertoe diverse concrete aanbevelingen.

Er moet veel veranderen. Zo'n groot veranderingsproces kan alleen slagen als op meerdere terreinen tegelijk actie wordt ondernomen. Er zou een meerjarenagenda moeten komen met een stappenplan. Uit dit stappenplan destilleert de raad een aantal adviezen die bovenaan staan en waar de raad al in 2012 een begin zou willen maken:

- Stel een multidisciplinaire landelijke werkgroep (platform) in met de opdracht de aanbevelingen voor verbetering van pijnzorg nader uit te werken en uitvoering ervan te coördineren.
- Ontwikkel een algemene richtlijn chronische pijn en zo mogelijk een NHG-standaard. Een algemene richtlijn kan vervolgens de basis vormen voor een zorgstandaard voor chronische pijn. Hierbij kan dankbaar gebruik worden gemaakt van de richtlijn Herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen, die onder leiding van Verenso is afgerond.
- Ontwikkel een definitie en classificatiesysteem, liefst op internationaal niveau, bijvoorbeeld Europees. Monitor vervolgens de incidentie en prevalentie van chronische pijn. Zolang er geen eigenstandige ICD code voor pijn is, is het aangewezen pijn als indicator te behouden op de lijst van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zichtbare Zorg als maat voor het vóórkomen van pijn en de kwaliteit van zorg dienaangaande.

- Zet een raamwerk voor chronische pijn op dat kan worden gebruikt als uitgangspunt in de ontwikkeling van curricula van medische, paramedische en verpleegkundige opleidingen.
- Richt binnen de verschillende wetenschappelijke verenigingen pijnsecties in als deze er nog niet zijn. Laat deze pijnsecties samen werken in de Dutch Pain Society, een multidisciplinaire vereniging die officieel deel uitmaakt van de International association for the study of Pain.
- Entameer onderzoek, bijvoorbeeld via programma's van ZonMw, naar de epidemiologie, preventie en pathofysiologie van pijn en de daaruit voortvloeiende gevolgen voor kwaliteit van leven en dagelijks functioneren, verbetering van kennis en effectiviteit van diagnostiek en interventies.

De Regieraad zal zich tot de komst van het Kwaliteitsinstituut voor de Zorg bezig houden met chronische pijn en zal de instanties en organen die hier in een rol spelen aanspreken op hun verantwoordelijkheden in het maken van vervolgstappen.

Hoogachtend,
namens de Regieraad Kwaliteit van Zorg



Prof.dr. P.A.M. Vierhout
voorzitter

1 Inleiding

In november 2010 benaderde prof. dr. Frank Huygen, anesthesioloog en pijnspecialist in het Erasmus MC, de Regieraad Kwaliteit van Zorg om aandacht te vragen voor chronische pijn. Zijn doel is om dit onderwerp bij landelijke beleidsmakers op de agenda te krijgen. Hij verzocht de Regieraad hiervoor een forum te bieden. De belangrijkste beweegredenen voor zijn actie waren:

- Chronische pijn komt in vergelijking met andere chronische aandoeningen heel vaak voor. Toch krijgt chronische pijn geen of onvoldoende aandacht van beleidsmakers. Aandoeningen als diabetes, chronisch hartfalen, COPD en kanker krijgen veel meer aandacht, middelen en actief beleid gericht op preventie en terugdringen.
- Er zijn veel verschillende behandelingen voor chronische pijn. Lang niet iedereen krijgt een (adequate) diagnose en behandeling. Chronische pijn heeft grote impact op de kwaliteit van leven, dagelijks functioneren, stemming, en ziekteverzuim. Dit alles gaat gepaard met aanzienlijke kosten, zowel direct aan gezondheidszorg gerelateerd als indirect.

De Regieraad heeft zijn verzoek gehonoreerd en een werkgroep samengesteld met erkende experts uit het veld. Om het merendeel van de betrokken beroepsgroepen te vertegenwoordigen was gekozen voor een zo breed mogelijke samenstelling. Deelname was op persoonlijke titel. Op 26 april 2011 kwam de werkgroep in Utrecht bijeen voor een discussie. De deelnemers waren vooraf gevraagd hun visie op chronische pijn te formuleren in de vorm van statements. Deze statements zijn gebruikt als leidraad voor de discussie. In dit rapport worden deze statements toegelicht op basis van de gevoerde discussie. De op deze manier verzamelde informatie is gebruikt voor een advies.

2

Beschrijving van het probleem

Wat is pijn?

De International Association for the Study of Pain (IASP) definieert pijn als een onplezierige, sensorische en emotionele gewaarwording. Deze wordt geassocieerd met actuele of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van beschadiging. Pijn is subjectief, ieder individu leert het woord pijn te gebruiken op basis van ervaringen met weefselschade.¹ Pijn is een vitale sensibiteit. Zonder pijn overleef je niet. Een voorbeeld hiervan is de hereditaire sensorische en autonome neuropathie (HSAN), een aangeboren aandoening waarbij dunne pijn geleidende zenuwvezels afwezig zijn. Patiënten met deze aandoening worden niet ouder dan 20 tot 30 jaar. Deze patiënten beschadigen zich met een zekere regelmaat zodanig dat zij uiteindelijk niet overleven.² Pijn heeft dus een vitale rol maar dat is meteen de keerzijde: pijn is moeilijk te negeren.

Fysiologisch leiden pijnstimuli tot elektrische impulsen die via zenuwbanen in de hersenen pijngewaarwording creëren. Dit pijnsysteem is geen eenvoudige telefoonleiding die louter een signaal doorgeeft maar veeleer een zelfregulerend systeem dat afhankelijk van de omstandigheden impulsen versterkt, verzwakt of één op één kan doorgeven. Patiënten met een vergelijkbare ernst van hun aandoening, bijvoorbeeld artrose van de heup, kunnen grote verschillen tonen in pijnwaarneming. Pijn is niet alleen een onaangename sensorische sensatie maar kan ook een duidelijke impact hebben op kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren.

Pijn is multidimensioneel van karakter: pijn en emotie zijn niet te scheiden. Loeser heeft hiervoor een model ontwikkeld waarin hij onderscheid maakt in de bron van pijn (nociceptie), de gewaarwording, de beleving en het gedrag. Pijn is te beschrijven als een emotie waarin verschillende systemen hun invloed op uitoefenen (fysiek, cognitie, gedrag). In de diagnostiek en behandeling van pijn dient men al deze dimensies te beschouwen.³ De invloed van psychosociale factoren bij het ontstaan en onderhouden van pijn zijn niet te ontkennen. Belangrijk is te realiseren dat continue pijn een verandering van beleving en gedrag kan veroorzaken. Dit is een normale reactie van het zenuwstelsel op blootstelling aan continue pijnimpulsen.

Wat is chronische pijn?

Qua indeling maken we onderscheid in acute en chronische pijn. Acute pijn associëren we met acute beschadiging of ziekte. Chronische pijn wordt bij afspraak gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte. Acute pijn, zoals pijn na trauma, heeft vaak een reversibele oorzaak en vraagt slechts een correctie van het onderliggende probleem. Chronische pijn kan veroorzaakt worden door een continue pijnstimulus, zoals bij artrose of reumatoïde artritis. Acute pijn en chronische pijn die veroorzaakt worden door een continue pijnstimulus, noemen we nociceptieve pijn. Chronische pijn kan ook ontstaan als direct gevolg van een laesie of ziekte die het somatosensorische systeem aantast. Dit heet neuropathische pijn. Het pijnsysteem is in deze situatie zelf ziek. Er ontstaan spontane pijnimpulsen zonder pijnstimulus of er is een versterking van prikkels door sensitatie en/of neuroplasticiteit. Voorbeelden van neuropathische pijn

zijn pijnlijke diabetische polyneuropathie en chronische pijn na gordelroos. Er zijn ook situaties waarbij nociceptieve en neuropathische pijn naast elkaar bestaan. Dat noemen we mixed pain. Chronische pijn resulteert vaak in condities die moeilijk te diagnosticeren en te behandelen zijn en kunnen een lange tijd innemen om te herstellen.

Hoe wordt pijn behandeld?

Pijnbehandeling houdt een breed scala aan behandelingsmodaliteiten in. Zo zijn er farmacologische methoden middels analgetica, bijvoorbeeld NSAID's en opiaten of co-analgetica zoals tricyclische antidepressiva en anticonvulsiva. niet-farmacologische interventies als fysiotherapie, activatie, mobilisatie, applicatie van warmte of koude en psychosociale methoden zoals biofeedback en cognitieve gedragstherapie en pijnrevalidatie. Ook interventieprocedures behoren hiertoe, zoals bijvoorbeeld epidurale corticosteroïdinjecties, facetdenervaties, neurolytische blokkades en ruggenmergstimulatie.

In een multidisciplinair team kan het totale pakket van diagnostiek en behandeling worden aangeboden. De behandelmethoden voor pijn zijn effectiever met een multidisciplinaire benadering.

Hoe vaak komt pijn voor en meer specifiek chronische pijn?

Uit diverse epidemiologische studies komt een hoge prevalentie van onbehandelde pijn naar voren.⁴ Twee derde van de patiënten in ziekenhuizen ervaart pijn. Resultaten van onderzoek laat zien dat 40 tot 75% van de patiënten matige tot ernstige pijn aangeeft in de postoperatieve fase.^{5,6} Niet goed behandelde acute pijn is een risicofactor voor chronische pijn. Ook mensen die adequaat worden behandeld kunnen desondanks een chronisch pijnprobleem ontwikkelen. Pijn is één van de meest voorkomende redenen voor een bezoek aan de Spoedeisende Hulp.⁷ Ook de prevalentie van pijn bij patiënten met kanker is hoog. De behandeling van pijn bij kanker is bijna in de helft van de gevallen inadequaat.⁸

Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat een aanzienlijk deel van de bevolking lijdt onder chronische pijn met een grote variëteit van etiologie.^{4,9} Onbehandelde chronische pijn vormt een belangrijk probleem voor het individu, maar heeft ook sterke sociaaleconomische consequenties voor het gezondheidszorgsysteem en de gemeenschap in het algemeen.¹⁰

Recent is heel specifiek een onderzoek uitgevoerd naar de epidemiologie van chronische pijn in Nederland. De gegevens hiervan zijn gepubliceerd in een artikel en een boek.^{11,12}

Omdat chronische pijn duidelijk samenhangt met ouderdomsaandoeningen zal de vergrijzing het probleem in de nabije toekomst alleen maar groter maken.

Eén van de studies die een goede impressie geeft over het lijden bij chronische pijn en al zijn consequenties is een studie uit 2006 van Breivik et al.¹³ Voor deze studie werden bijna 50.000 mensen in vijftien Europese landen en Israël telefonisch geïnterviewd. Het gemiddelde percentage mensen met chronische pijn in dit onderzoek was 19%.

Eén op de vijf volwassen Europeanen lijdt dus aan chronische pijn. Opvallend zijn de grote verschillen in prevalentie tussen verschillende landen. De studie toont aan dat als men getroffen wordt door chronische pijn dit vaak langdurig last geeft. Bij 60% duurde de chronische pijn 2 tot 15 jaar, bij 21% zelfs meer dan 20 jaar. Rugpijn en gewrichtspijn komen het meest voor. Artrose en reumatoïde artritis, al of niet gecombineerd, zijn de meest voorkomende oorzaken. Opmerkelijk is dat chronische onbegrepen pijn zeldzaam is. Meestal is er een duidelijke diagnose die de oorzaak van de pijn verklaart. Verder blijkt uit de Breivik studie dat chronische pijn vaak ernstig is: 34% scoort een 8 of hoger op een 10 puntsschaal, waarbij 0 geen pijn betekent en 10 de ergste pijn die je voor kunt stellen. Het heeft een sterk negatieve invloed op slapen, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. Bij 25% van de geïnterviewden heeft het invloed op hun werkstatus, 21% heeft ook een diagnose depressie. Chronische pijnpatiënten bezoeken veel verschillende dokters: 54% heeft 2 tot 6 verschillende dokters bezocht. De meerderheid is gezien door een huisarts, slechts 2% was op het moment van het interview onder behandeling van een pijnspecialist. 23% is ooit gezien door een pijnspecialist.

De farmacologische behandeling van pijn verschilt ook veel tussen landen. Zo worden bijvoorbeeld sterke opiaten veelvuldig voorgeschreven in de noordelijke landen en slechts beperkt in de zuidelijke landen. Voorschrijfgedrag lijkt met name ingegeven door persoonlijk geloof en lokale folklore. 64% van de geïnterviewden rapporteert dat er tijden zijn dat hun medicatie totaal niet effectief is. 69% heeft gebruik gemaakt van niet-medicamenteuze behandelmethoden. Meest populair zijn massage, fysiotherapie en acupunctuur. Ook dit is opvallend omdat deze therapieën bij het merendeel van de mensen met chronische pijn onvoldoende effectief zijn. Gedragscognitieve therapie daarentegen wordt nauwelijks toegepast, terwijl daarvoor meer bewijs is dat de beperkingen afnemen en kwaliteit van leven verbetert. Een beperking van de Breivik studie is dat het zelfrapportage van de geïnterviewden betreft.

Is chronische pijn een symptoom of een ziekte?

Hoewel bovengenoemde data een duidelijk beeld geven over de epidemiologie van chronische pijn wordt het epidemiologisch onderzoek naar chronische pijn tot op heden sterk beperkt door het ontbreken van algemeen geaccepteerde definities en een classificatiesysteem. Chronische pijn is niet opgenomen in de International Classification of Diseases (ICD). De ernst van het probleem is hierdoor slechts beperkt zichtbaar. De 'European Federation of IASP Chapters' heeft gesteld dat pijn een 'major health care problem' is. Zij adviseert chronische pijn niet alleen te zien als een symptoom maar als een 'disease in its own right'.¹⁴

In Nederland hebben meer dan 2 miljoen volwassene dagelijks pijn. In vergelijking met andere chronische aandoeningen komt chronische pijn heel vaak voor. Veel vaker dan de geschatte prevalentie van diabetes (\pm 600.000), coronaire hartziekten (\pm 300.000 vrouwen en \pm 1.000.000 mannen) en kanker (\pm 400.000).¹⁴ Op preventie en behandeling van deze chronische aandoeningen ontwikkelen beleidsmakers een bewust beleid. Voor chronische pijn bestaat geen of onvoldoende aandacht. Mogelijk omdat het wordt gezien als een symptoom en niet als een 'disease in its own right'.¹³ Terwijl pijn de meest voorkomende klacht is waarmee een patiënt zich bij de dokter meldt. Deze laat echter na het stellen van de diagnose de behandeling van pijn en de daarmee samenhangende gevolgen veelal aan anderen over.

Waarom is de behandeling van chronische pijn zo lastig?

In de praktijk blijkt dat de kennis van artsen over pijngeneeskunde regelmatig te kort schiet om zelfstandig een adequaat en verantwoord beleid in te zetten. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een studie van Dieleman et al. uit 2008.¹⁵ Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in de eerste lijn 66 procent van de mensen die medicamenteus behandeld werden voor neuropathische pijn in eerste instantie een NSAID (niet-steroïde ontstekingsremmend middelen) kreeg voorgeschreven. Dergelijke medicatie heeft geen effect op dit soort pijn. Waarschijnlijk komt dit door een gebrek aan kennis bij de voorschrijvers. Hier wreekt zich de beperkte aanwezigheid van het onderwerp pijngeneeskunde in het curriculum van gezondheidszorgopleidingen. Ook in vervolgopleidingen tot medisch specialist komt het onderwerp slechts beperkt of niet aan bod. Dit wordt bevestigd door een rapport van een 'Special Interest Group of the British Pain Society'. Hierin staat dat pijnonderwijs in medische curricula sterk is onderbelicht. De gemiddelde tijd die in het Verenigd Koninkrijk door een medische student gedurende de gehele opleiding aan pijnonderwijs wordt besteed is 13 uur en bij sommige opleidingen slechts 6 uur.¹⁶ In Nederland is de situatie niet veel beter. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een inventarisatie voor verpleegkundige opleidingen van De Wit et al. uit 2003. De duur van het pijnonderwijs lag tussen de 0–15 uur gedurende de hele opleiding; de kwaliteit daarvan was meestal matig.¹⁷

Blijkbaar zijn we er onvoldoende in geslaagd bestaande kennis over pijn en pijnbehandeling te implementeren. Daarnaast zijn er nog grote leemtes in wat we van pijn begrijpen.

Aan het eind van het vorig millennium schreef Clifford Woolf een review over de verandering in de pijngeneeskunde, namelijk de verschuiving van een bijna totaal empirische behandeling naar het begrijpen van de mechanismen betrokken bij pijn.^{18,19} Pijnbehandeling wordt hierdoor veel rationeler. Het doel is: bij individuele patiënten het mechanisme identificeren dat verantwoordelijk is voor de pijn en een behandeling hier specifiek op afstemmen. Het probleem is echter dat er nog steeds een grote leemte in kennis is over mechanismen. Dit kunnen we in de toekomst alleen oplossen door onderzoek te doen naar de epidemiologie, de pathofysiologie, de diagnostiek, de behandeling en de uitkomsten van pijngeneeskunde. Epidemiologisch onderzoek leidt tot een beter inzicht in de incidentie en de prevalentie van pijnsyndromen en is hypothesevormend voor pathofysiologische mechanismen. Onderzoek naar de pathofysiologie leidt tot een beter inzicht in de mechanismen. Ontwikkeling van betere meetinstrumenten leidt tot een betere diagnose, therapie en resultaten.

In de pijngeneeskunde is er nog veel te onderzoeken. Daar waar men voor dit onderzoek afhankelijk is van externe subsidies is het bij gebrek aan specifieke pijnprogramma's een uitdaging de noodzakelijke onderzoeksactiviteiten op één lijn te krijgen met de programma's van subsidiegevers. ZonMw heeft eerder specifieke programma's gehad voor pijn. Helaas zijn deze in 2007 afgerond. Op dit moment loopt er geen specifiek pijnprogramma. Dit is inadequaat gezien het enorme gezondheidsprobleem.

Europese initiatieven op het gebied van chronische pijn

In 2001 heeft de European Federation of the International Association for the Study of Pain Chapters (EFIC) een verklaring uitgegeven over pijn. Hierin roepen zij de nationale regeringen in de Europese Unie (EU) op zich meer bewust te worden van de maatschappelijke impact van pijn. Tien jaar later moet helaas worden vastgesteld dat op nationaal en EU niveau weinig is gebeurd. Desalniettemin hebben zowel basaal als klinisch onderzoek tot betere behandelingen van acute en chronische pijn geleid. Gezondheidszorgsystemen kunnen tegenwoordig echter niet altijd garanderen dat deze behandelingen ook beschikbaar zijn. In 2007 is een Europees onderzoek verricht naar de gezondheid in de EU. Ook dit onderzoek bevestigt dat nog steeds veel patiënten lijden onder pijn. Dit heeft niet alleen impact op de betrokken individuen, maar gaat ook gepaard met hoge kosten voor de maatschappij. De kosten betreffen niet alleen de kosten voor gezondheidszorg maar ook indirecte sociale en economische kosten. In 2010 is een Europees consensus rapport over chronische pijn gepubliceerd door de EFIC, European Federation of Neurological Associations (EFNA) en Pfizer.²⁰ Deze onderzoeken benadrukken de urgentie om de maatschappelijke impact van pijn op de politieke agenda te krijgen van de nationale en EU bestuurders. In 2010 en 2011 organiseerde de EFIC bijeenkomsten over de maatschappelijke impact van pijn ('Societal Impact of Pain – SIP'). De aandacht die dit thema in Brussel begint te krijgen wordt onderstreept door deelname van parlementariërs en EU commissie vertegenwoordigers. Tijdens SIP 2011 werd een 'Road Map for Action' ontwikkeld. Belangrijk is dat de 'Road Map for Action' is ondertekend door vertegenwoordigers van 90 nationale en internationale patiënten-, wetenschaps-, medische- en overheidsorganisaties afkomstig uit 34 hoofdzakelijk EU-landen. Hierbij waren ook een aantal Nederlandse patiënten en beroepsorganisaties.

De 'Road Map for Action' bevat de volgende oproep aan de Europese regeringen en de EU instituten:

- Erken dat pijn een belangrijke limiterende factor is voor kwaliteit van leven. Het zou een topprioriteit van nationale gezondheidszorg systemen moeten zijn.
- Activeer patiënten, hun familie, relaties en zorgverleners door het beschikbaar stellen van informatie en toegankelijkheid van pijn diagnose en behandeling.
- Vergroot het bewustzijn over de medische, financiële en sociale impact die pijn en pijnbehandeling heeft op patiënten, hun familie, gezondheidszorgwerkers, werkgevers en het gezondheidszorgsysteem.
- Vergroot het bewustzijn over het belang van preventie, diagnose en behandeling van pijn bij gezondheidszorg werkers door educatie.
- Versterk pijnonderzoek (basaal, klinisch en epidemiologisch) als een prioriteit in het EU framework programma en in nationale onderzoeksprogramma's die zich richten op de maatschappelijke impact van pijn.
- Richt een EU platform op voor het uitwisselen, vergelijken en benchmarken van 'best practices' aangaande pijnbehandeling en de maatschappelijke impact van pijn tussen EU deelstaten.
- Gebruik een dergelijk EU platform om trends in pijnbehandeling te bestuderen en richtlijnen voor pijnbehandeling te harmoniseren met als doel het verbeteren van de kwaliteit van leven van de inwoners van de EU.

3

Discussie

Voorafgaand aan de werkgroepbijeenkomst op 26 april 2011 zijn de deelnemers gevraagd statements te formuleren aangaande de problematiek omtrent chronische pijn. Hieronder worden de statements en de uitkomsten van de gevoerde discussie beschreven. Samen vormen zij de basis voor aanbevelingen van de werkgroep om te komen tot aanbevelingen die moeten leiden tot een verbetering van zorg rondom chronische pijn.

1 Erken chronische pijn als een ziekte.

Beleidsmakers besteden terecht veel aandacht aan chronische aandoeningen zoals diabetes, COPD en hartfalen. Zij hebben geen aandacht voor chronische pijn, ondanks de hoge incidentie en prevalentie hiervan: het betreft meer dan 2 miljoen volwassenen in Nederland. Dit komt mogelijk doordat een duidelijke definitie en classificatie van chronische pijn ontbreekt. Chronische pijn komt niet als zodanig voor in de International Classification of Diseases 10. Het wordt voornamelijk gezien als een symptoom van een onderliggende aandoening, bijvoorbeeld een reumatische, oncologische, neurologische of andersoortige stoornis, of als een functionele systeemfout van het zenuwstelsel, en niet als een eigenstandige ziekte. Chronische pijn krijgt niet de erkenning die noodzakelijk is om als een probleem herkend te worden dat opgelost moet worden. Onderzocht moet worden wat de beroepsgroepen, of anderen kunnen doen om ervoor te zorgen dat chronische pijn een heldere definitie en classificatiesysteem krijgt en herkenbaar als een probleem dat aandacht behoeft.

2 Een landelijke richtlijn kan een belangrijke bijdrage leveren aan een verbeterde diagnostiek en behandeling van chronische pijn.

De diagnostiek en behandeling van chronische pijn kent een grote variëteit. Diagnostiek en behandeling van chronische pijn wordt nog steeds in belangrijke mate bepaald door geloof en lokale folklore. Het zou goed zijn als er een landelijke richtlijn en/of een NHG-standaard komt waarin aandacht is voor een praktisch bruikbare, evidence based, diagnostisch en therapeutisch stappenplan voor de behandeling van chronische pijn. Gezien de grote incidentie en prevalentie is aan te bevelen aandacht te besteden aan ketenzorg. Er moet ook aandacht zijn voor de medisch uitbehandelde patiënt door middel van een care programma. Een richtlijn zou ook de basis moeten vormen voor een zorgstandaard.

3 Een mechanisme georiënteerde behandeling van chronische pijn heeft de voorkeur.

Te veel behandelingen zijn louter gericht op het symptoom pijn. De resultaten kunnen duidelijk verbeteren als de behandeling is afgestemd op het mechanisme dat in individuele patiënten verantwoordelijk is voor de pijn en een specifieke behandeling hierop afstemmen. Een probleem is echter dat er nog steeds een grote leemte in kennis is over mechanismen. Onderzoek naar mechanismen moet worden gestimuleerd. De leemten in kennis moeten worden geïdentificeerd en specifieke onderzoekprogramma's moeten via ZonMw worden opgezet.

4 Naast aandacht voor de oorzaak van pijn en de behandeling van pijn dient er ook aandacht te zijn voor beleving en gedrag.

Chronische pijn is een multidimensioneel probleem. Somatiek en psyche kun je daarbij niet scheiden. De realiteit is dat pijn toch vaak louter somatisch wordt benaderd. Op een aantal plaatsen worden psychometrische instrumenten ingezet, maar de indruk bestaat dat er onvoldoende kennis is voor het toepassen van deze instrumenten en dat er daarom niet veel mee wordt gedaan. Zorgverleners denken gauw dat ze mensen met chronische pijn weinig te bieden hebben. Medisch gezien is dat soms ook zo, maar op het terrein van steun en verwachtingsmanagement kan men dan nog veel doen. Mensen komen niet louter voor de behandeling van hun pijn, maar evenzeer voor de problemen die het gevolg zijn van de pijn. Aandacht voor die problematiek is even belangrijk als adequate pijnstilling. Specifieke scholing dient hiervoor te worden ontwikkeld.

5 (On)terechte angst voor verslaving aan opioïden, leidt tot onderbehandeling van chronische pijn.

Met name uit de Verenigde Staten komen verontrustende berichten over verslavingsproblematiek wat betreft medisch voorgeschreven opioïden. Overigens blijkt het misbruik vaak niet door de patiënt maar door de naasten plaats te vinden. Dit leidt (on) terecht tot angst voor het voorschrijven van opioïden. De behandeling met opioïden blijkt dus specifiek aandacht te behoeven, enerzijds ter voorkoming van misbruik anderzijds ter voorkoming van onderbehandeling. Er moet door voorschrijvers veel meer aandacht worden besteed aan de begeleiding van patiënten met chronische pijn, wat betreft de dosering van de medicatie, de therapietrouw en de bijwerkingen. Dit geldt niet alleen voor opioïden, maar ook voor andere analgetica. Dat vereist een goede administratie. Soms is het zelfs nodig daarvoor een contract met de patiënt te sluiten. Naast competentie gaat het ook om verantwoordelijkheid; van zowel arts als de patiënt. In een te ontwikkelen algemene richtlijn zou hier aandacht aan moeten worden besteed.

6 Er is onvoldoende aandacht voor pijngeneeskunde in het curriculum van opleidingen voor medewerkers in de gezondheidszorg.

Allerhande opleidingen in de gezondheidszorg schieten tekort in het aanbieden van onderwijs aangaande pijngeneeskunde. Niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief. Uit een studie van de British Pain Society uit 2009 blijkt dat medische faculteiten in de UK gemiddeld slechts 13 uur besteden aan onderwijs in pijngeneeskunde. De Nederlandse situatie is niet bekend, maar verondersteld wordt dat deze vergelijkbaar is. Op de HBOV-opleidingen (verpleegkunde) wordt 0 - 15 uur besteed aan onderwijs op het gebied van pijn. Bij de regionale opleidingscentra (ROC's) is het vergelijkbaar schraal wat betreft het aantal beschikbare uren. En dan hebben we het nog niet eens over kwaliteit. Bij opleidingen voor fysiotherapie wordt er meer aan gedaan, maar er zijn nog steeds opleidingen waarin nauwelijks aandacht wordt besteed aan pijn. Primair dient duidelijk te worden wat de minimale competenties en eindtermen voor dergelijke opleidingen zouden moeten zijn. Zorgstandaarden en indicatoren van beroepsverenigingen kunnen richtinggevend zijn in de opbouw van de curricula. Beleidsmakers die verantwoordelijk zijn voor vorming van curricula voor opleidingen in de gezondheidszorg moet gewezen worden op huidige leemtes in opleiding en behoeftes van het veld met als doel verkrijgen van een erkende plaats in de curricula en toename van onderwijs in pijngeneeskunde.

7 Verzekeringsartsen/keuringsartsen zijn op dit moment onvoldoende geëquipeerd om mensen met chronische pijn te beoordelen.

De discussies over mensen met chronische pijn tussen verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, medisch specialisten en huisartsen hebben vaak het karakter van een vechtdossier. Alle partijen, de patiënt niet in de laatste plaats zijn er bij gebaat als dit meer harmonieus verloopt. Verzekeringsartsen hebben tools nodig om beperkingen in kaart te brengen. De nieuwe "AMA guidelines" geven voor het eerst in hun historie ruimte aan vaststellen van beperkingen bij chronische pijn. Daarvoor zouden ze een beroep kunnen doen op rapportages van multidisciplinaire pijnbehandelcentra. In een te ontwikkelen algemene richtlijn zou ook hier aandacht aan moeten worden besteed.

8 Er zijn grote gezondheids- en sociaaleconomische kosten verbonden aan mensen met chronische pijn.

Het is van belang zowel de directe als de indirecte kosten van chronische pijn voor ogen te houden. De hoge sociale en gezondheidseconomische kosten van patiënten met chronische pijn rechtvaardigen een speciale aanpak en een landelijk programma: met onder andere een multidisciplinaire richtlijn, een educatieprogramma, een specifiek onderzoeksprogramma gericht op pijn.

- 9 Chronische pijn komt zo vaak voor dat disease-management/ketenzorg nodig is om het probleem aan te pakken. De eerste lijn speelt hierin een sleutelrol, zowel bij de preventie als de behandeling.

Disease management houdt in een pakket van maatregelen gericht op meerdere dimensies zoals de professional, de organisatie en de patiënt. Het ontwikkelen van ketenzorg is te beschouwen als een vorm van disease management waarbij een en ander met alle betrokken zorgverleners multidisciplinair is uitgewerkt. Het opzetten van ketenzorg betekent dat er een DBC voor chronische pijn zou moeten komen. Die is er nog niet. De kosten per patiënt zijn ook moeilijk vast te stellen. In het meerjarenplan van DBC-Onderhoud zou dit op een later tijdstip gerealiseerd moeten worden.

- 10 De traditionele discipline georiënteerde zorg is een belemmering in de oplossing van het chronische pijnprobleem. Pijngeneeskunde is gebaat bij een patiëntgeoriënteerde zorg.

Pijn is van iedereen en van niemand. Pijn kent geen eenduidige eigenaar. Enerzijds is er vaak domeinstrijd en anderzijds heerst er ook een afschuifmentaliteit. Multidisciplinaire zorg is essentieel. Ook de patiënt speelt zelf een centrale rol. Met de patiënt een gezamenlijk doel definiëren (zoals bij COPD: dat benauwdheid beperkt blijft) opent nieuwe perspectieven voor de wijze waarop patiënten verder kunnen worden begeleid met medewerking van patiënt als probleemeigenaar. In een te ontwikkelen algemene richtlijn chronische pijn zou hier aandacht aan moeten worden besteed

- 11 In het traject voorafgaand aan chroniciteit valt er middels preventieve maatregelen en vroegtijdige herkenning nog veel winst te behalen.

Het gaat daarbij om het identificeren van patiënten at risk. Daarvoor zijn goede criteria nodig. Bij rugpijn zijn wel allerlei meetinstrumenten, waarmee je kunt bepalen of iemand at risk is. Dat moet beter geïntegreerd worden in de huidige zorg. Ook van diabetes is bekend dat er na 10 jaar neuropathische pijn kan ontstaan en dat de prognose wat dit betreft ongunstiger is bij slecht ingestelde patiënten. Er is nog weinig bekend van predictoren voor chronische pijn. Hier zou meer onderzoek naar gedaan moeten worden.

4

Conclusie en aanbevelingen

De discussie die door de werkgroep gevoerd is bevestigt opnieuw dat chronische pijn een belangrijk gezondheidszorgprobleem is dat onvoldoende aandacht krijgt. Omdat chronische pijn vaak samenhangt met aandoeningen die passen bij ouder worden zal de vergrijzing het probleem in de nabije toekomst alleen maar groter maken.

Hoewel het vak pijngeneeskunde een verbreding en verdieping verdient, valt er op korte termijn een grote gezondheidswinst te behalen door relatief kleine interventies gericht op medisch specialisten zonder pijnspecialisatie, patiënten en beleidsmakers. Acties tot verandering moeten zich dan ook primair op deze groepen richten.

De volgende aanbevelingen zijn door de werkgroep geformuleerd:

- 1 Zet chronische pijn in 2012 op de agenda van de Regieraad Kwaliteit van Zorg en probeer zo chronische pijn op de agenda te krijgen van alle werkers in de gezondheidszorg, patiënten, zorgverzekeraars en beleidsmakers;
- 2 Laat de werkgroep chronische pijn fungeren als een platform die met partners in het veld zoekt naar manieren om de zorg rondom chronische pijn te verbeteren;
- 3 Ontwikkel met betrokken wetenschappelijke verenigingen en andere stakeholders een richtlijn chronische pijn;
 - Een dergelijke richtlijn moet aandacht besteden aan de volgende zaken:
 - Definitie en classificatie systeem voor chronische pijn
 - Voorschrijven van analgetica, therapietrouw, voorkomen van verslaving
 - Algoritme voor diagnostiek en behandeling
 - Inzetten van psychometrische instrumenten in diagnostiek van beleving en gedrag
 - Preventie
 - Verzekeringstechnische aspecten zoals in kaart brengen van beperkingen bij chronische pijn
- 4 Stimuleer opleiding en onderwijs in de pijngeneeskunde binnen alle curricula voor medewerkers in de gezondheidszorg;
- 5 Stimuleer de ontwikkeling van een onderzoeksprogramma aangaande chronische pijn.

Dit rapport is in concept toegezonden aan een aantal stakeholders. Allen beamen de inhoud van het rapport. Vanuit verschillende stakeholders is gevraagd om aandacht voor chronische pijn bij specifieke doelgroepen zoals de oudere patiënt, de wils- onbekwame patiënt etc. Dit commentaar is terecht en wordt meegenomen in een te ontwikkelen richtlijn. De aandacht voor specifieke doelgroepen kan ook meegenomen worden in opleidingen, en onderzoeksprogramma's.

5

Samenstelling werkgroep

- Prof. dr. Frank Huygen
Anesthesioloog, Erasmus MC, voorzitter
- Dr. Dolf Boerman
Neuroloog, Rijnstate Ziekenhuis
- Dr. Jannes J.E. van Everdingen
Secretaris Regieraad Kwaliteit van Zorg
- Drs. Ruud Gardenbroek
Medisch adviseur, Zorgverzekeraars Nederland
- Mevr. Marion Giesberts
Pijnverpleegkundige, zelfstandige
- Prof. dr. Bart Koes
Epidemioloog, Erasmus MC
- Dr. Ingeborg Meijer
Zelfstandig adviseur, Universiteit Leiden (per 01-09-2011)
- Dr. Roberto S.G.M Perez
Fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, VUMC
- Prof. dr. Rob J.E.M. Smeets
Revalidatiearts, MUMC+/Adelante
- Mevr. Ilona Thomassen
Patiënt, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Posttraumatische Dystrofie Patiënten
- Dr. Gerbrig Verstegen
Psycholoog, UMCG
- Prof. dr. Pieter A.M. Vierhout
Voorzitter Regieraad Kwaliteit van Zorg
- Prof. dr. Kris Vissers
Anesthesioloog, UMCN

6

Referenties

- 1 Merskey H and Bogduk N. *IASP Task Force on Taxonomy Classification of Chronic Pain*, IASP Press, Second Edition, 1994
- 2 Cranenburgh van B. *Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief 7e herziene druk Elsevier gezondheidszorg*, 2009.
- 3 Loeser JD. In: Turner P (Ed). *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. London: MacMillan, 1980, pp 313-316
- 4 Crombie IK. et al. *Epidemiology of Pain*. Seattle. IASP press, 1999
- 5 Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW, Gramke HF, Marcus MA. *The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients*. Eur J Anaesthesiol. 2008 Apr;25(4):267-74
- 6 Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Raps F, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, Marcus MA. 2007 *The prevalence of postoperative pain in a cross-sectional group of patients after day-case surgery in a university hospital*. Clin J Pain. 2007 Jul-Aug;23(6):543-8
- 7 Berben SA, Meijs TH, van Dongen RT, van Vugt AB, Vloet LC, Mintjes-de Groot JJ, van Achterberg T. *Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department*. Injury. 2008;39(5):578-85
- 8 van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. *High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands*. Pain.2007;132(3):312-20
- 9 Elliott AM. et al. *The epidemiology of chronic pain in the community*. Lancet 1999; 354:1248-1252
- 10 Mandiakis N. et al. *The economic burden of back pain in the UK*. Pain 2000;84:95-103
- 11 Bekkering GEI, Bala M, Reid K, Kellen E, Harker J, Huygen FJPM, Kleijnen J. *Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands*, accepted for publication feb 2011 Neth J Med.
- 12 Bala, M, Bekkering T, Riemsma R, Harker J, Huygen F, Kleijnen J. *Epidemiology of chronic pain in the Netherlands*. Kleijnen systematic reviews Ltd, and centrum voor Pijn geneeskunde Erasmus MC. 2011
- 13 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain 2006;10(4):287-333 (11)
- 14 www.EFIC.org
- 15 Dieleman JP, Kerklaan J, Huygen FJ, Bouma PA, Sturkenboom MC. *Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population*. Pain. 2008 Jul 31;137(3):681-8
- 16 Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom – a short report Rapport SIG on education British Pain Society 2009
- 17 Wit de R. *De Verpleegkundige en pijnbestrijding* druk 1 Bohn Stafleu van Loghum juli 2006
- 18 Woolf CJ, Decosterd I. *Implications of recent advances in the understanding of pain pathophysiology for the assessment of pain in patients*. Pain. 1999;Suppl 6:S141-7
- 19 Jensen TS, Gottrup H, Kasch H, Nikolajsen L, Terkelsen AJ, Witting N. *Has basic research contributed to chronic pain treatment?* Acta Anaesth Scand 2008;45:1128–35
- 20 EFIC, EFNA, Pfizer. *Pain Proposal – Het beheer van chronische pijn verbeteren, nu en in de toekomst*. Een Europees Consensusrapport. 2010

Regieraad Kwaliteit van Zorg

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 53 00

F 070 349 53 01

info@regieraad.nl

www.regieraad.nl

Op www.regieraad.nl/activiteiten vindt u informatie over activiteiten van de Regieraad en kunt u onze publicaties downloaden.

Blijf op de hoogte van de activiteiten van de Regieraad door u aan te melden voor onze RSS op www.regieraad.nl/rss/nieuws.



REGIERAAD
Kwaliteit van Zorg