



Karlien Bongers is chirurg (niet-praktiserend) specialist Integrative Medicine en heeft een eigen coachings- en adviespraktijk.

RESUMÉ

VRAAG:

Welke rol kunnen niet-medicamenteuze interventies spelen in de behandeling van chronische pijn?

BEVINDINGEN:

Chronische pijn vermindert welzijn en kost veel. Pijnmedicatie is vaak ineffectief en heeft bijwerkingen. Zowel de National Academies of Sciences, Engineering and Medicine als de Nederlandse Zorgstandaard Chronische Pijn geven aanbevelingen over het gebruik van niet-medicamenteuze interventies bij pijn.

BETEKENIS:

Het door de samenwerkende Integrative Medicine-organisaties in de Verenigde Staten ontwikkelde stappenplan 'Niet-medicamenteuze interventies voor pijnmanagement en welzijn' is een inspiratiebron voor alle pijnbehandelaars en hun patiënten.

['Chronische pijn is complex.']



Naar schatting hebben twee tot drie miljoen Nederlanders dagelijks pijn. Chronische pijn veroorzaakt naast een hoge zorgconsumptie ook een groot verlies aan arbeidscapaciteit en welbevinden. Pijnstillers hebben bijwerkingen en dragen het risico in zich tot verslaving. In juli 2017 verscheen in Amerika een rapport over de wetenschappelijke kennis van pijn. Hierin worden aanbevelingen gegeven over onder andere het gebruik van niet-medicamenteuze interventies bij pijn. De Nederlandse Zorgstandaard Chronische Pijn van april 2017 benoemt het belang van openheid over CAM-gebruik en de noodzaak van betrouwbare en toegankelijke informatie over CAM-behandelingen bij chronische pijn voor zowel patiënten als zorgprofessionals. >

Voorbij pijnmedicatie

Volgens de definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP) is pijn 'een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging'. Duurt de pijn langer dan drie maanden dan wordt er gesproken van chronische pijn. Hoeveel mensen er in Nederland dagelijks pijn hebben, is niet precies te zeggen. Dit komt mede omdat pijn niet een ziekte is, maar een symptoom bij een scala van ziekten en aandoeningen zoals hartproblematiek, zenuwpijnen bij diabetes mellitus en myofasciale onbegrepen pijnsyndromen. Daarnaast ontstaat pijn bij een acuut letsel, zoals een spierscheur door overbelasting of na een operatie. Zo blijkt bijvoorbeeld van de miljoen mensen die per jaar worden geopereerd 30 procent, oftewel 300.000 mensen, ernstige pijn te hebben in de eerste 24 postoperatieve uren. Bij 10 procent van hen blijft de pijn langer dan drie maanden duren. Bij een grote epidemiologische studie uit 2006^[1] bleek een op de vijf volwassen Europeanen te lijden aan chronische pijn, waarvan 88 procent al langer dan twee jaar. De pijn is volgens 34 procent van deze mensen zeer ernstig, met een pijnscore van 8 of hoger op een 10-puntenschaal.

Chronische pijn is complex. Het ontstaan, het verloop en de beleving van pijn worden beïnvloed door genetische aanleg, fysieke gesteldheid, emoties, gedachten, verwachtingen en gedrag. Niet alleen van de patiënt zelf maar ook van diens omgeving. Pijn vermindert het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven en verhoogt het arbeidsverzuim en de zorgconsumptie. De totale directe en indirecte kosten voor Nederland worden geschat op € 20 miljard per jaar en zijn vele malen hoger dan de kosten voor diabetes, hartziekten en kanker.^[1] Desalniettemin wordt door patiënten met chronische pijn de kwaliteit van de pijnbestrijding als matig ervaren.^[2]

Gemiddeld slikt een volwassen Nederlander 27 pijnstillers per jaar, oftewel er worden dagelijks een miljoen pijnstillers geslikt in Nederland. Pijnstillers zoals paracetamol en NSAID's zijn vrij verkrijgbaar. Hiermee wordt de indruk gewekt dat ze weinig schade kunnen berokkenen. Toch bestaat er grote zorg, omdat ze wel degelijk schadelijk kunnen zijn bij langdurig gebruik. Zo kan paracetamol leiden tot nier- en leverschade en NSAID's zoals diclofenac, ibuprofen en indometacine verhogen de kans op een maagbloeding. Bovendien verhogen alle NSAID's, met uitzondering van naproxen, de kans op een myocardinfarct en een CVA.

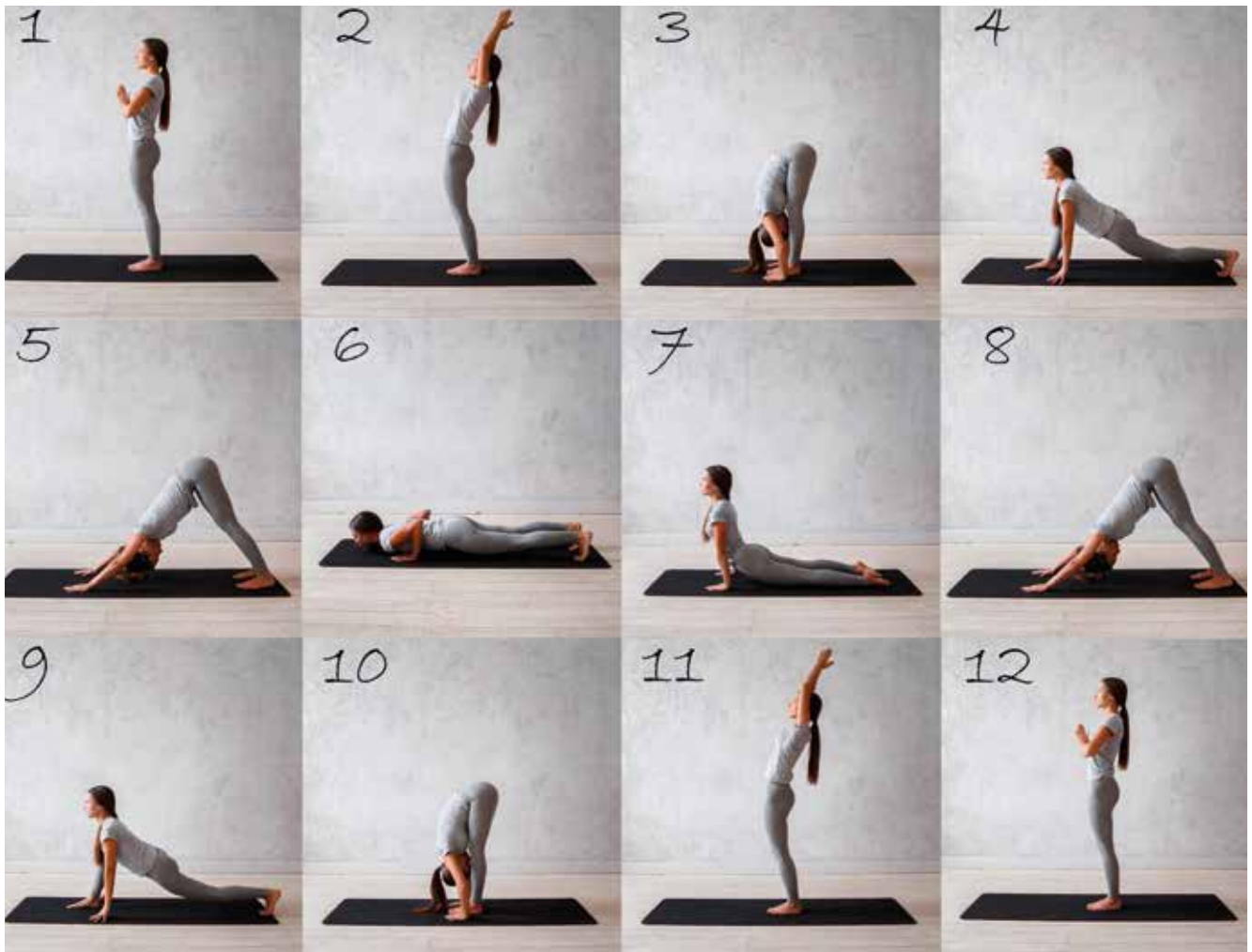
In 2007 werd door reumatoloog Voerman vastgesteld dat er in Nederland jaarlijks 540 mensen overlijden door langdurig gebruik van NSAID's.^[2] Sindsdien is het aantal mensen dat langdurig pijnstillers gebruikt zeker niet verminderd. Zo was diclofenac in 2015 het meest verstrekte middel aan bijna 1,3 miljoen Nederlanders door openbaar werkende apothekers, volgens Stichting Farmaceutische Kengetallen. Ook blijkt in de afgelopen acht jaar het gebruik van het opiaat oxycodon te zijn verviervoudigd. In 2016 gebruikten 440.000 Nederlanders oxycodon, 90.000 meer dan in 2015.

Hoewel er op dit moment in Nederland nog geen zorgen zijn over verslavingsproblematiek bij het frequenter voorschrijven van zwaardere pijnmedicatie, heeft het in de Verenigde Staten geleid tot grote ongerustheid. Met name de sterfte ten gevolge van overdosering van medicatie en verslavingsproblematiek heeft ertoe geleid dat de Food and Drug Administration (FDA) aan de National Academies of Sciences, Engineering and Medicine heeft gevraagd om de huidige wetenschappelijke kennis over pijn te bundelen en aanbevelingen te formuleren om de schade door het gebruik van pijnstillers te verminderen. In juli 2017 verscheen een omvangrijk rapport^[3] waarin wordt beschreven dat er actie nodig is op verschillende fronten. Helder is dat het voorschrijven van steeds zwaardere pijnmedicatie het probleem niet zal oplossen. Om wezenlijk iets te veranderen zullen zowel behandelaar als gebruiker moeten worden onderwezen, niet alleen over de gevaren van het langdurig gebruik van pijnmedicatie maar ook over de effectiviteit van pijnbehandeling door niet-medicamenteuze therapieën.

Een viertal Amerikaanse Integrative Medicine-instituten waaronder het Academic Consortium for Integrative Medicine and Health, heeft vervolgens het stappenplan 'Niet-medicamenteuze interventies voor pijnmanagement en welzijn' ontwikkeld voor behandelaars in de eerste lijn om samen met

de patiënt een persoonlijke aanpak te formuleren (zie tabel 1). Dit stappenplan is een inspiratiebron voor zowel regulier werkende (huis)artsen als complementair werkende therapeuten en hun patiënten. Naast aandacht voor medicamenteuze pijnbehandeling, is er ruimte voor de psychosociale en gedragsmatige aspecten van pijn en evidence-informed niet-medicamenteuze interventies. Leidend is niet zozeer het verminderen van pijn, maar het vergroten van het algemeen welbevinden door gebruik te maken van doelen die voor de patiënt belangrijk zijn. Daarbij is gebleken dat als verschillende niet-medicamenteuze interventies worden gecombineerd, dit vaak een synergetisch effect heeft.

'Door patiënten met chronische pijn wordt de kwaliteit van de pijnbestrijding als matig ervaren.'



In april 2017 verscheen de nieuwe Zorgstandaard Chronische Pijn die werd ontwikkeld door de Dutch Pain Society (DPS) en het Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem (SWP). In deze zorgstandaard wordt ten aanzien van de behandeling van pijn ook aandacht besteed aan complementaire zorg. Zo wordt vermeld dat veel patiënten kiezen voor complementaire behandelingen ter verlichting van hun pijn of voor de verbetering van de kwaliteit van leven. Daarom stelt de Zorgstandaard dat het belangrijk is om als behandelaar navraag te doen naar het gebruik van eventuele complementaire interventies. In de Zorgstandaard Chronische Pijn worden mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), acceptance and commitment therapy (ACT) en EMDR samen met cognitieve gedragstherapie als interventies genoemd voor ondersteuning bij het optimaliseren van cognitief en emotioneel functioneren. Zoals bij alle behandelopties, zowel regulier als complementair, dient de behandelaar kennis te hebben van effectiviteit en veiligheid van die behandeling. Dan kan in samenspraak met de patiënt gekozen worden voor de meest optimale behandelingsstrategie, waarbij zelfs kostenoverwegingen kunnen worden meegenomen. Recent onderzoek bij 342 volwassenen met lage rugpijn, gepubliceerd in het tijdschrift Spine, laat bijvoorbeeld zien dat zowel cognitieve gedragstherapie als mindfulness-based stress reduction (MBSR) effectief zijn bij de behandeling van pijn. Daarbij is MBSR bovendien kostenbesparend ten opzichte van reguliere behandeling.^[4]

‘In juli 2017 verscheen een omvangrijk rapport waarin wordt beschreven dat er actie nodig is op verschillende fronten.’

Het Amerikaanse rapport, het stappenplan en de zorgstandaard zijn weliswaar primair gericht op reguliere behandelaars, maar kunnen ook voor zorgvragers en complementair werkende zorgverleners een bron van inspiratie zijn om bij te dragen aan de kwaliteit van leven van mensen met pijn. >

Meer informatie: www.imconsortium.org

1 Evalueer pijn en welzijn Doe uitgebreid onderzoek naar de pijn (beleving), ingestelde behandelingen, leefstijl, algehele gezondheid en welbevinden:

- Vraag de patiënt de pijn te beschrijven (let hierbij op woordgebruik). Vraag naar aard, lokalisatie, duur, intensiteit, verergerende factoren en factoren die de pijn verminderen, en de impact op het dagelijks functioneren.
- Onderzoek de psychologische status (bv. tekenen van depressie, angststoornis en ineffectieve copingmechanismen).
- Vraag naar slaap- en voedingspatroon.
- Onderzoek de sociale en omgevingsfactoren die de pijnbeleving positief en negatief beïnvloeden.

2 Stel doelen samen met de patiënt Vraag de patiënt wat hij/zij zou doen bij een succesvolle pijnbehandeling. Formuleer samen twee tot drie SMART doelen (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden) die belangrijk voor de patiënt, niet te groot en niet (alleen) pijngelateerd zijn.

3 Informeer de patiënt aangaande integratieve pijnbehandelingsmogelijkheden

Informeer de patiënt over evidence-informed, niet-medicamenteuze (zelfhulp) pijninterventies zoals bijvoorbeeld:

- Lichamelijke activiteit.
- Acupunctuur, voetzoolmassage, triggerpointbehandeling.
- Chiropraxie, craniosacraaltherapie, osteopatische en myofasciale manipulatie, (bindweefsel)massage en fysiotherapie.
- Cognitieve gedragstherapie en stressmanagement.
- Mindfulness, biofeedback, affirmaties en geleide visualisaties.
- Yoga, tai chi en qi gong.

4 Ontwikkel samen met de patiënt het behandelingsplan en formuleer mogelijke uitdagingen

- Ontwikkel een behandelingsplan in samenspraak met de patiënt, gebaseerd op het klinisch onderzoek, de evaluatie van pijn en welzijn en de geformuleerde doelen.
- Bespreek potentiële uitdagingen en mogelijkheden om hiermee om te gaan.
- Benadruk nogmaals:
 - Chronische pijn is een complex probleem zonder eenvoudige oplossingen.
 - De ervaring van pijn is subjectief en verschilt per patiënt, maar is daarmee niet minder reëel.
 - Een betere algehele gezondheid helpt om minder last te ervaren van medische aandoeningen, dus ook van chronische pijn.
 - U bent en blijft er als behandelaar om de patiënt te ondersteunen op zijn/haar pad naar een verbetering van de bestaande situatie.
- Verkrijg het commitment van de patiënt om het gezamenlijk ontwikkelde behandelingsplan ten uitvoer te brengen.

5 Follow-up en aanpassing behandelingsplan

- Maak regelmatige controleafspraken waarbij de vooruitgang naar de gestelde doelen wordt onderzocht.
- Bekrachtig positieve veranderingen en moedig de patiënt aan.
- Help eventuele problemen die de therapietrouw in gevaar brengen op te lossen.
- Pas indien nodig het behandelingsplan aan om vooruitgang naar het bereiken van de gestelde doelen te bewerkstelligen

TABEL 1:

Naar 'Moving-beyond-Medications': Niet-medicamenteuze interventies voor pijnmanagement en welzijn, opgesteld door de samenwerkende Integrative Medicine-organisaties in de Verenigde Staten naar aanleiding van de aanbevelingen van het rapport 'Pain management and the Opioid Epidemic' van de National Academies of Science, Engineering and Medicine, juli 2017.

BRONVERMELDING:

1. *Zorgstandaard Chronische Pijn*, versie 28-03-2017.
2. Voerman JS, Chomrikh L, Huygen FP. *Patiënttevredenheid bij chronische pijn*. Soest: SWP, 2015.
3. The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. *Pain Management and the Opioid Epidemic: Balancing Societal and Individual Benefits and Risks of Prescription Opioid Use*. July 2017.
4. Herman PM, Anderson ML, Sherman KJ, et al. *Cost-effectiveness of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care among adults with chronic low-back pain*. Spine. 2017 Oct 15;42(20):1511-1520.