



De last van pijn

een bewijsboek over de
maatschappelijke impact van pijn (MIP)





Inhoudsopgave

Samenvatting en doel van het document	.....	1-2
Onderschrijvers	.....	3-4
Voorwoord	.....	5-6
Wat is pijn?	.....	7-16
Soorten pijnandoeningen en getuigenissen	.....	17-34
Conclusies en aanbevelingen	.....	35-36
Over de Maatschappelijke Impact van Pijn	.....	37-40
Bronnen	.....	41-46



Samenvatting management

Pijn is een van de meest voorkomende medische problemen in Europa en wereldwijd. Het is de belangrijkste reden om een beroep te doen op de gezondheidszorg en de belangrijkste oorzaak van invaliditeit en een verminderde levenskwaliteit. Momenteel lijden ongeveer 150 miljoen mensen in Europa aan chronische pijn, een cijfer dat vergelijkbaar is met de bevolking van Duitsland en Frankrijk samen. Een aanzienlijk deel van de getroffen personen heeft geen adequate pijnbestrijding, waarbij eerdere schattingen wijzen op een percentage van wel 40%. Het begrip van het ontstaan en de gevolgen van verschillende pijnstoornissen is nog steeds onvolledig, met duidelijke tekortkomingen in het onderzoek in tal van Europese landen.

Dit bewijsboek is gemaakt voor mensen met een niet-wetenschappelijke achtergrond (bijv. beleidsmakers en financieringsorganisaties) om inzicht te krijgen in wat pijn is, om de verschillende definities te begrijpen die worden gebruikt (bijv. acute pijn, neuropathische pijn, nociceptieve pijn) en de slopende effecten die pijn heeft op patiënten en de samenleving.

Pijn is een onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring die geassocieerd wordt, of lijkt te worden, met werkelijke of potentiële weefselschade. Volgens de "International Association for the Study of Pain" (IASP) is pijn altijd een persoonlijke ervaring die in verschillende mate wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren.

Pijn kan nu het best worden beschouwd als een biopsychosociale ervaring. Het biopsychosociale model is een cruciaal onderdeel van de hedendaagse pijnbeoordeling en -behandeling. Het model stelt dat pijn een persoonlijke ervaring is die voortkomt uit een dynamische wisselwerking tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Dit vervangt het biomedische model waarbij altijd werd gedacht dat pijn alleen werd veroorzaakt door biologische factoren en ziektepathologie.

Het bewijsboek onthult vervolgens een reeks getuigenissen van patiënten, die elk hun ervaring met verschillende soorten pijn delen en hun doorleefde ervaringen verwoorden. We hopen via deze voorbeelden van veel voorkomende soorten pijn en getuigenissen inzicht te geven in de diversiteit en overeenkomsten van pijn. Voor de niet-wetenschapper die pijn voor het eerst benadert, zal het onderzoeken van aandoeningen zoals lage rugpijn, kankerpijn en postoperatieve pijn wellicht licht werpen op wat eerder werd genegeerd of verkeerd begrepen. Hoewel pijnstoornissen verschillen in hun pathologie en in de manier waarop ze worden ervaren, is er één factor die ze vaak verenigt: het gebrek aan aandacht binnen het gezondheidszorgsysteem en binnen beleidskaders. Het platform Maatschappelijke Impact van Pijn wil hier verandering in brengen door het bewustzijn over pijn te vergroten en het pijnbeleid te veranderen.

Daarom roept het Platform Maatschappelijke Impact van Pijn (MIP) nationale beleidsmakers op om de last en de impact van pijn op de samenleving en patiënten te erkennen en de prioriteit ervan binnen gezondheidszorgstelsels, financiering en beleidsvorming te verhogen; te zorgen voor de effectieve implementatie van ICD-11, aanzienlijk het gebruik ervan internationale overeenstemming over het gebruik van gestandaardiseerde diagnoses en instrumenten mogelijk maakt en het terugvinden van gegevens voor zowel primair als secundair gebruik verbetert; instrumenten te ontwikkelen om de impact van pijn te beoordelen; beleidsmaatregelen te initiëren om de impact van pijn op de werkgelegenheid en de arbeidsproductiviteit aan te pakken en pijn op te nemen in relevante bestaande initiatieven en interoperabele digitale gezondheidsecosystemen te ontwikkelen met toegankelijke digitale oplossingen voor pijnbeoordeling, -monitoring en -beheer (apps, online hulpmiddelen, enz.) en wet- en regelgevingskaders voor pijnbeoordeling, -monitoring en -beheer en wet- en regelgevingskaders voor het delen van gegevens.

Het doel van dit document

Dit bewijsboek is gemaakt voor personen met een niet-wetenschappelijke achtergrond (bijv. beleidsmakers en financieringsorganisaties) om inzicht te krijgen in wat pijn is, om de verschillende definities die worden gebruikt te begrijpen (bijv. acute pijn, neuropathische pijn, nociceptieve pijn) en de slopende effecten die pijn heeft op patiënten en de samenleving.

Het document geeft uitleg over verschillende pijnstoornissen (bijv. hoofdpijn, lage rugpijn), hoe vaak ze voorkomen en de behandelingsmethoden.

In het document worden cruciale concepten en uitdagingen op het gebied van pijn uitgelegd, waaronder het meten en beoordelen van pijn, stigmatisering en het belang van het erkennen van de persoonlijke multidimensionale aard van pijn waardoor waardering nodig is voor de wisselwerking tussen talloze biologische/ lichamelijke, psychologische en sociaal-culturele factoren.

In het algemeen moet dit document illustreren en beschrijven wat pijn is en de aandacht vestigen op de noodzaak van dringende beleidsmaatregelen en meer financiering voor onderzoek. Met name de aanbevelingen aan het einde van dit document zijn een oproep tot actie door de Europese Commissie, het Europees Parlement, de Europese Raad en het maatschappelijk middenveld om de rampzalige maatschappelijke gevolgen van pijn aan te pakken. Het platform voor de maatschappelijke impact van pijn (MIP) zal het bewustzijn blijven vergroten over de verwoestende impact die pijn heeft op patiënten, de samenleving en het economische systeem; informatie en beste praktijken uitwisselen tussen alle lidstaten van de Europese Unie; en het ontwikkelen en bevorderen van Europese beleidsstrategieën en activiteiten voor een verbeterd pijnzorgparadigma in Europa.

Onderschrijvers



MEP Cerdas (S&D)

“ Geestelijke gezondheid/stemmingsproblemen/stoornissen en pijn komen vaak samen voor, als gevolg van gemeenschappelijke moleculaire, neurofysiologische, leefstijl- en omgevingsfactoren. Daarom is het aanpakken van pijn in het beleid voor geestelijke gezondheidszorg en het verhogen van de financiering voor onderzoek naar dit onderwerp essentieel voor het vaststellen van een gouden standaard voor zelfmanagementprogramma's en het verbeteren van de toegang tot zorg van hoge kwaliteit.



MEP Montserrat (EPP)

“ De biologische, psychologische en sociale factoren van pijn sluiten elkaar niet uit en werken op elkaar in. Daarom is een uitgebreide toepassing van het biopsychosociale pijnmodel in de klinische zorg (beoordeling en behandeling), onderzoek, onderwijs en beleid essentieel.



MEP Kypouropoulos (EPP)

“ Pijn heeft niet alleen een grote impact op het individu, maar het voorkomen ervan en het grote aantal mensen dat met pijn leeft, kan ook een grote impact hebben op de samenleving. We moeten het bewustzijn over de verwoestende impact van pijn vergroten, de verschillen tussen de lidstaten verkleinen door informatie en beste praktijken in de hele Europese Unie uit te wisselen en beleidsstrategieën en -activiteiten op Europese schaal voor een betere pijnzorg ondersteunen.



MEP Maxova (S&D)

“ Pijn is de meest voorkomende niet-overdraagbare aandoening in Europa en wereldwijd. Op dit moment ervaart 1 op de 5 mensen in Europa chronische pijn. Het is de meest voorkomende reden waarom mensen gezondheidszorg zoeken en het is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit en een verminderde kwaliteit van leven. Chronische pijn komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Volgens sommige schattingen is de kans dat vrouwen chronische pijn ervaren twee keer zo groot als bij mannen.

Voorwoord

Pijn is één van de meest voorkomende medische aandoeningen in Europa en wereldwijd. Het is de meest voorkomende reden waarom mensen gezondheidszorg zoeken en het is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit en een verminderde levenskwaliteit. Er is een sterke sociaaleconomische gradiënt wat betreft prevalentie en impact, met name voor arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. Invaliditeit als gevolg van pijn neemt toe en bedreigt de duurzaamheid van de Europese gezondheidszorg en sociale stelsels. Pijnonderzoek wordt echter aanzienlijk ondergefinancierd in vergelijking met andere gebieden van gezondheidsonderzoek en deze onderinvestering wordt beschouwd als een belangrijke factor die bijdraagt aan de last. De Europese Commissie heeft pijn-aandoeningen geïdentificeerd als belastend en deze zijn te weinig onderzocht, waardoor substantiële aandacht nodig is.

Volgens de "Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2020", die een uitgebreide beoordeling omvat van de incidentie, prevalentie en het aantal jaren geleefd met een handicap (YLD's) voor 354 oorzaken in 195 landen en gebieden van 1990 tot 2017, zijn pijngerelateerde aandoeningen zoals hoofdpijnstoornissen (bijv. migraine) en musculoskeletale pijn-aandoeningen (bijv. lage rugpijn, artrose van de heup en knie, nekpijn) twee van de grootste bijdragers aan het aantal jaren geleefd met invaliditeit (YLD's). Rugpijn en migraine zijn verantwoordelijk voor respectievelijk 57,6 miljoen en 45,1 miljoen verloren levensjaren door invaliditeit.

In Europa zijn er ongeveer 740 miljoen mensen van wie de meesten op een bepaald moment in hun leven een voorval van ernstige pijn ervaren. Bij ongeveer 20 procent houdt die pijn langer dan drie maanden aan en deze mensen hebben chronische pijn. Op dit moment hebben dus 150 miljoen mensen in Europa last van chronische pijn, dit is ongeveer gelijk aan de bevolking van Duitsland en Frankrijk samen.

Statistieken laten niet echt zien welke impact pijn heeft op de persoon zelf of op zijn of haar dierbaren. Pijn heeft een verwoestende impact dergenen die lijden. Het kan iemands leven beheersen en het vermogen om hobby's te beoefenen, korte afstanden te lopen, te werken of met vrienden uit te gaan (bijv. naar de bioscoop gaan, omdat het te pijnlijk is om lang te zitten) vernietigen. Pijn kan mensen vaak wakker maken en hun slaapvermogen ruïneren. Een constant gevoel van overmatige vermoeidheid kan er, naast pijn, voor zorgen dat mensen moeite hebben om zich te concentreren en alledaagse taken uit te voeren. De pijn wordt vaak de overheersende factor in het leven van de patiënt. Het draagt bij aan een verminderd welzijn, beperkte mobiliteit en sociale marginalisatie gedurende hun hele leven en het wordt in verband gebracht met depressie, kanker en cardiovasculaire sterfte, evenals met een lagere levensverwachting.

Familieleden ondervinden ook op allerlei manieren negatieve gevolgen, zoals emotionele stress (ze voelen zich bijvoorbeeld hulpeloos als ze zien dat iemand om wie ze geven pijn heeft), veranderingen in de relatiedynamiek (bv. verminderde "quality time", omdat de persoon beperkt is in wat hij of zij kan doen), minder tijd voor zichzelf doordat de persoon beperkt is in wat hij of zij kan doen, financiële problemen (de kosten van onderzoeken en behandelingen voor de persoon met pijn) en meer verantwoordelijkheden op het gebied van verzorging (iemand helpen met zijn of haar pijn kan fysiek en emotioneel veeleisend zijn), wat na verloop van tijd kan leiden tot een burn-out en uitputting.

Een groot deel van de mensen in Europa met chronische pijn heeft onvoldoende pijnbeheersing; eerdere schattingen liepen op tot 40%. Er bestaan aanzienlijke kennis lacunes in ons begrip van de impact van bepaalde pijn-aandoeningen en in veel Europese landen is er een merkbaar gebrek aan onderzoek. Deze schaarste aan gegevens maakt het een uitdaging om onderzoeksresultaten te generaliseren naar alle EU-lidstaten. Het is van cruciaal belang dat de aanbevelingen aan het einde van dit document worden opgevolgd om de kennis over de maatschappelijke impact van pijn te vergroten.

Wat is pijn?

Deze paragraaf geeft een overzicht van veelgebruikte definities die worden gebruikt bij het uitleggen van de duur en het type pijn.

Pijn is een onaangename zintuiglijke en emotioneel bewuste ervaring die geassocieerd wordt, of lijkt te worden, met werkelijke of potentiële weefselschade. Volgens de "International Association for the Study of Pain" (IASP) is pijn altijd een persoonlijke ervaring die in verschillende mate wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren. Door hun levenservaringen leren individuen het begrip pijn kennen. Het verslag van een persoon over een ervaring als pijn moet worden gerespecteerd. Hoewel pijn doorgaans een aanpassingsfunctie heeft, kan het nadelige gevolgen hebben voor het functioneren en het sociale en psychologische welzijn. Een verbale beschrijving is slechts een van de verschillende manieren om pijn uit te drukken; het onvermogen om te communiceren sluit de mogelijkheid niet uit dat een mens of dier pijn ervaart.

Nociceptie is de codering door het zenuwstelsel van potentieel schadelijke gebeurtenissen (bijv. het aanraken van een heet fornuis, jezelf per ongeluk snijden). Nociceptie is niet hetzelfde als pijn. Iemand kan nociceptie hebben maar geen pijn, terwijl iemand wel pijn kan hebben en geen nociceptie. Dit geeft aan hoe complex de pijnervaring is. Nociceptie is objectief (het kan met een instrument gemeten worden), maar pijn is subjectief (het wordt door iemand gerapporteerd) en komt niet uitsluitend voort uit activiteit in sensorische neuronen. De pijnervaring omvat vaak deze nociceptieve signalen, maar de hersenen houden bij het overwegen van een pijnlijke reactie ook rekening met andere factoren, zoals iemands overtuigingen, ervaringen uit het verleden en de psychologische toestand. Dit betekent dat pijn zelf geen biologisch proces is, maar een biologische, psychologische en sociologische ervaring waarvan nociceptie een onderdeel is.

Acute pijn is pijn die redelijk snel verdwijnt. Definities van acute pijn variëren. Sommigen stellen dat acute pijn minder dan 30 dagen duurt, terwijl anderen stellen dat acute pijn kan verwijzen naar pijn die binnen 3 maanden is verdwenen. Acute pijn wordt vaak gezien als adaptief - een nuttig overlevingsmechanisme dat een beschermende en helende functie heeft.

Chronische pijn is pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt of terugkomt, hoewel men het niet altijd eens is over de definities (bijv. specifieke chronische lage rugpijn).

Chronische primaire pijn is pijn die langer dan 3 maanden terugkeert, gepaard gaat met aanzienlijk emotioneel leed of functionele beperkingen en niet verklaard kan worden door een andere medische aandoening. Hier is chronische pijn het dominante klinische probleem en wordt het beschouwd als een op zichzelf staande aandoening. Deze pijn wordt ook wel 'Functionele pijn' genoemd. De oorzaken van veel chronische pijn-aandoeningen zijn onduidelijk en het ontstaan ervan kan het best worden begrepen als een wisselwerking tussen verschillende biologische, psychologische en sociale factoren die van persoon tot persoon verschillen. Enkele voorbeelden zijn chronische wijdverspreide pijn (zoals fibromyalgie), complex regionaal pijnsyndroom en chronische musculoskeletale pijn.

Chronische secundaire pijn is pijn die een symptoom is van een specifiek geclassificeerde onderliggende aandoening. Voorbeelden van chronische secundaire pijn-aandoeningen zijn chronische kankerpijn, chronische secundaire musculoskeletale pijn (bijv. artrose, reumatoïde artritis) en chronische secundaire viscerale pijn (bijv. colitis ulcerosa, endometriose).

Nociplastische pijn is pijn die voorkomt uit een veranderde nociceptie zonder duidelijk bewijs van werkelijke of dreigende weefselschade die de activatie van perifere nociceptoren veroorzaakt of bewijs voor een ziekte of laesie van het somatosensorische systeem dat de pijn veroorzaakt. Voorbeelden zijn onder meer fibromyalgie/chronische wijdverspreide pijn, niet-specifieke chronische lage rugpijn, prikkelbare darmsyndroom en blaaspijnsyndroom.

Chronische neuropathische pijn (CNP) verwijst naar pijn als gevolg van een ziekte/laesie/letsel in het somatosensorische zenuwstelsel. Wanneer pijn drie maanden of langer aanhoudt, wordt er gesproken van chronische neuropathische pijn. Voorbeelden zijn ischias, diabetische neuropathie, ruggenmergletsel, pijn na gordelroos (postherpetische neuralgie) en door chemotherapie veroorzaakte neuropathie.

Het biopsychosociale pijnmodel

Pijn kan nu het best worden beschouwd als een biopsychosociale ervaring. Het biopsychosociale model is een cruciaal onderdeel van hedendaagse pijnbeoordeling en -behandeling. Het model stelt dat pijn een persoonlijke ervaring is die voortkomt uit een dynamische wisselwerking tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Dit vervangt het biomedische model waarbij altijd werd gedacht dat pijn alleen werd veroorzaakt door biologische factoren en ziektepathologie.

Biologische (of lichamelijke) factoren omvatten genetica, de omvang van het letsel of de ziekte, de gezondheid/beschadiging van het weefsel, de effecten van medicatie, kenmerken van het zenuwstelsel (pijndrempel, pijntolerantie, aanleg voor perifere en centrale sensitivatie) en slaap.

Psychologische zijn onder meer een slecht humeur, depressie, angst, woede, waargenomen onrechtvaardigheid, copingvaardigheden (bijvoorbeeld vermijding, uithoudingsvermogen), angst, zelfeffectiviteit, catastroferen, cognitieve overtuigingen, emotionele stress, een negatieve houding en acceptatie

Sociale factoren omvatten sociale verwachtingen, werktevredenheid, sociaal ondersteuningssysteem (financiële steun, instrumentele steun, emotionele steun), woonstatus, werk, eerdere pijnervaringen, ziektekostenverzekering, middenmisbruik, taal en culturele barrières.

Deze factoren sluiten elkaar niet uit en interageren met elkaar. Het platform voor de maatschappelijke impact van pijn (MIP) beveelt de uitgebreide toepassing van het biopsychosociale pijnmodel aan in klinische zorg (beoordeling en beheer), onderzoek, onderwijs en beleid.

De biopsychosociale aard van pijn wordt gepromoot in de 11e herziening van de "International Classification of Diseases" (ICD-11) en is van toepassing op alle pijngerelateerde aandoeningen. Met name door het opnemen van de diagnose Chronische Primaire Pijn, die wordt gedefinieerd als pijn in een of meer lichaamssystemen en op elke willekeurige plaats in het lichaam of in een combinatie van plaatsen in het lichaam die: (a) langer dan 3 maanden aanhoudt of terugkeert, (b) gepaard gaat met significante emotionele stress (bv. woede, angst of een depressieve stemming) en/of significante functionele beperkingen (impact op iemands activiteiten van het dagelijks leven, hobby's en deelname aan sociale rollen), en (c) symptomen bevat die niet beter verklaard kunnen worden door een andere diagnose.

Door de rol van emotionele stress en emotioneel functioneren in de definitie van chronische primaire pijn te erkennen, erkent de ICD-11 dat vele factoren pijn beïnvloeden en pleit daarom voor een biopsychosociaal model voor beoordeling en behandeling.

De maatschappelijke impact van pijn

Pijn heeft niet alleen een aanzienlijke impact op het individu, maar de aanzienlijke frequentie ervan en het grote aantal mensen dat met pijn leeft, zorgen er ook voor dat de impact van pijn op maatschappelijk niveau zichtbaar wordt. Het meten van elementen van de maatschappelijke impact

van pijn binnen Europa blijkt moeilijk, deels vanwege een gebrek aan gegevens. Onderzoek heeft echter geprobeerd de last van pijn vanuit vele perspectieven in te schatten, zoals werkgelegenheid, financiën, invaliditeit en individuele kwaliteit van leven.

Pijn kan de kwaliteit van leven en het algemene functioneren van een persoon verstoren. Pijn kan de kwaliteit van leven en het algemene functioneren van een persoon verstoren. Mensen met pijn kunnen beperkingen ervaren in aandacht, controle, werkgeheugen, mentale flexibiliteit, probleemoplossing en in de snelheid van informatieverwerking.

Er wordt geschat dat de totale financiële last van pijn in Europa tussen de 1,5% en 3% van het bbp bedraagt en dat de directe en indirecte last op de schouders van de bredere samenleving terechtkomt (d.w.z. werkgevers, belastingbetalers, patiënten en hun families) en aanzienlijke uitgaven voor de gezondheidszorg met zich meebrengt.

Pijn kan niet alleen iemands werkvermogen beperken, wat een negatieve invloed heeft op de arbeidsproductiviteit en het ziekteverzuim, maar het kan ook de relatieve zorgkosten verhogen, wat vervolgens een directe impact heeft op de kwaliteit van leven van patiënten en hun familie. Ruim 40 miljoen werknemers in de EU hebben door hun werk veroorzaakte musculoskeletale pijn. Dit resulteert op zijn beurt in bijna 50 procent van alle arbeidsverzuim van drie dagen of langer in de EU en in 60 procent van de gevallen van permanente arbeidsongeschiktheid. De directe en indirecte kosten worden geschat op €240 miljard per jaar.

Daarom moet er meer worden geïnvesteerd in onderzoek naar de maatschappelijke impact van pijn, om een volledig inzicht te krijgen in het brede scala aan aspecten van het leven van patiënten die door pijn worden beïnvloed, en om hun kwaliteit van leven en toegang tot pijnmanagement en pijnbestrijding te vergroten.



Stigma vergroot de last van doorgemaakte chronische pijn

Stigmatisering is een voortdurende uitdaging in het leven van mensen die leven met pijn. De hoge prevalentie laat zien dat de complexiteit van pijn niet wordt begrepen en nog steeds geworteld is in een verouderd biomedisch model. Het stigmatiseren van patiënten devalueert hun persoonlijke strijd met het omgaan met pijn en de daarmee gepaard gaande impact op individueel gedrag. Ze worden in wezen beroofd van fundamentele menselijke waardigheid, simpelweg omdat hun ervaringen afwijken van de maatschappelijke normen. Mensen krijgen vaak te maken met ongeloof van hun romantische partners, familieleden en vrienden die de omvang van hun pijn wellicht niet volledig begrijpen of erkennen. Er heerst een overheersend gevoel dat professionals in de gezondheidszorg twijfelen aan de legitimiteit van hun pijn en deze als overdreven of zelfs denkbeeldig beschouwen. Dit scepticisme kan leiden tot zelfverwijt en twijfel, wat naast de schande dat hun vertelde ervaringen worden afgewezen tijdens interacties met zorgverleners, kan resulteren in een laag zelfbeeld. Daarnaast ervaren mensen met pijn vaak stigmatisering op hun werkplek en ontvangen ze vijandigheid van collega's die de impact van hun aandoening wellicht niet begrijpen. Het vergroten van het bewustzijn over wat pijn is, met name de biopsychosociale en persoonlijke aard van alle pijn, is van cruciaal belang om stigmatisering aan te pakken.

Vicieuze cirkel van pijn en psychische aandoeningen

Geestelijke gezondheid/stemmingsaandoeningen/stoornissen en pijn komen vaak samen voor, mogelijk als gevolg van gedeelde moleculaire, neurofysiologische, leefstijl- en omgevingsfactoren. Zo hebben stemmingsstoornissen zoals depressie en angst en pijn naar schatting een co-morbiditeit van 80%. Bij personen met een bipolaire stoornis bedraagt de prevalentie van pijn bijna 30% (voornamelijk chronische musculoskeletale pijn en migraine). Dit is meer dan het dubbele van het risico van personen zonder psychische aandoening.

Bovendien lopen personen zonder psychische aandoening een aanzienlijk risico om een psychische aandoening te ontwikkelen als ze na 12 maanden nog steeds matige tot ernstige pijn ervaren. Personen die lijden aan zowel pijn als een psychische aandoening, zoals een ernstige depressie, een bipolaire stoornis en schizofrenie, hebben een aanzienlijk slechtere lichamelijke gezondheid en een verhoogd risico op kanker en hart- en vaatziekten - wat allemaal bijdraagt aan een lagere levensverwachting.

Helaas wordt pijn niet routinematig beoordeeld of aangepakt bij mensen met een psychische aandoening en kan de communicatie over en beoordeling van pijn verborgen blijven door de aard van de psychische aandoening (bijvoorbeeld ernstige psychische aandoeningen zoals psychose). Bovendien worden psychische aandoeningen zoals een depressie vaak onvoldoende herkend en dus vaak onderbehandeld bij personen met chronische pijn.

Het belang van ICD-11 voor de pijngemeenschap

ICD-11, of "International Classification of Diseases", 11th Revision, is een wereldwijd systeem dat door artsen, zorgverleners en onderzoekers wordt gebruikt om verschillende ziekten, aandoeningen en gezondheidsgerelateerde kwesties te classificeren en te coderen. Het is als een grote georganiseerde lijst van verschillende gezondheidsproblemen en hun codes die mensen in het medische veld helpt om consistent over de hele wereld te communiceren over ziekten en aandoeningen. Dit classificatiesysteem is gemaakt en wordt onderhouden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). ICD-11 was een grote stap voorwaarts op het gebied van pijn, omdat er specifieke codes werden geïntroduceerd waarmee pijn kan worden geclassificeerd en erkend als een gezondheidstoestand en niet alleen als een symptoom. De ICD-11 is een nuttig hulpmiddel voor het adequaat categoriseren van pijngerelateerde aandoeningen, wat niet alleen bijdraagt aan een betere behandeling van personen met chronische pijn, maar ook de zorgverleners ondersteunt die dergelijke zorg verlenen.

Met behulp van de ICD-10 (de voorloper van ICD-11) werden verschillende chronische pijn-aandoeningen, zoals chronische lage rugpijn, onnauwkeurig geregistreerd, wat zich vertaalde in een gebrek aan standaardisatie bij het vastleggen en rapporteren van pijn diagnoses. Daarom draagt de implementatie van ICD-11 bij aan het leveren van passende behandelingen en ondersteunt het een goede kwaliteit van leven voor personen met pijnklachten. Met ICD-11 en de aanzienlijke toename van het aantal manieren om pijn-aandoeningen te categoriseren, zijn we nu in staat om zowel het beleidsvormingsproces als de klinische behandeling, monitoring, onderzoek en onderwijs van verschillende pijn-aandoeningen beter te ondersteunen.



Hoe wordt pijn beoordeeld en gemeten?

Het meten of beoordelen of diagnosticeren van pijn is essentieel voor het vaststellen van het succes en de prognose van herstel. Pijn is complex en vaak moeilijk nauwkeurig te meten. Daarom wordt aanbevolen dat zorgverleners meerdere metingen gebruiken om de pijn van een persoon te beoordelen.

Pijn wordt gerapporteerd door de persoon die pijn ervaart. Het kan niet objectief worden gemeten, zoals gezondheidswerkers de bloeddruk of de bloedsuikerspiegel meten. De enige manier om de pijn van een persoon te beoordelen, is als de persoon je dit vertelt. Daarom zijn patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROM's) - hulpmiddelen of instrumenten die in de gezondheidszorg worden gebruikt om rechtstreeks informatie van personen te verzamelen over hun gezondheidstoestand, symptomen, functionele status en levenskwaliteit - erg belangrijk. PROM's zijn ontworpen om het perspectief van de patiënt op zijn eigen gezondheid vast te leggen en geven waardevolle inzichten in de impact van een aandoening of behandeling vanuit het oogpunt van de patiënt. PROM's zijn vaak vragenlijsten of enquêtes die patiënten invullen om hun ervaringen, voorkeuren en zorgen met betrekking tot hun gezondheid kenbaar te maken. PROM's met betrekking tot pijn kunnen niet alleen vragen omvatten over de intensiteit van de pijn, maar ook over de impact ervan op de kwaliteit van leven, dagelijkse activiteiten, emotioneel welzijn en de effectiviteit van verschillende behandelingen. Door PROM's te gebruiken kunnen zorgverleners de ervaring van de patiënt beter begrijpen, gedeelde besluitvorming met mensen met pijn aangaan of behandelplannen af te stemmen op individuele behoeften en veranderingen in symptomen en algeheel welzijn in de loop van de tijd volgen.

Er zijn momenteel geen gevalideerde objectieve metingen voor pijn en ons algemene begrip van de oorzaken van pijn bij veel personen is slecht. Er is dringend onderzoek nodig om biologische maatstaven (biomarkers) te identificeren om de ontwikkeling en progressie van verschillende pijn-aandoeningen beter te begrijpen. Waarom ontwikkelen sommige personen bijvoorbeeld chronische pijn en zijn er manieren om dit te voorkomen? Een combinatie van objectieve biomarkers en door de patiënt gerapporteerde metingen zal de meest veelbelovende manier zijn om betere en gepersonaliseerde behandelingen te vinden voor personen met pijn.



Behandelingen tegen pijn

Er zijn veel behandelingen beschikbaar voor pijn en deze zijn gericht op het verbeteren, behouden of veranderen van pijn, pijngerelateerd ongemak of pijngerelateerd functioneren. Het bewijs ter ondersteuning van de verschillende behandelingen is zeer uiteenlopend. Hoewel sommige behandelingen voor sommige specifieke pijn-aandoeningen van hoge kwaliteit bewijs van enige effectiviteit hebben, is er grote onzekerheid over de effecten van bepaalde behandelingen die worden gebruikt. Het is van het grootste belang om ervoor te zorgen dat alle pijnbehandelingen grondig worden geëvalueerd om de voor- en nadelen van elke behandeling te begrijpen. Behandelingen kunnen grofweg in de volgende categorieën worden ingedeeld: complementaire en alternatieve geneeskunde; elektrotherapie; oefentherapie; interventionele pijnbestrijding; manuele therapie; op participatie gerichte behandelingen; patiënteneducatie; farmacotherapie; psychologische behandeling; chirurgische behandeling en thermotherapie. Let op: de behandelingen hieronder staan op alfabetische volgorde, niet op volgorde van belangrijkheid of effectiviteit.

Aanvullende en alternatieve geneeskunde: Een behandeling die de reguliere geneeskunde aanvult door bij te dragen aan een gemeenschappelijk geheel, door te voorzien in een behoefte waarin de orthodoxie niet voorziet of door de conceptuele kaders van de geneeskunde te diversifiëren. Voorbeelden hiervan zijn acupunctuur, kruiden, probiotica en voedingssupplementen.

Elektrotherapie: Verschillende soorten elektrische stimulatie en elektromagnetische straling. Voorbeelden hiervan zijn transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS), schokgolftherapie en lasertherapie.

Oefentherapie: Oefentherapie omvat een diverse reeks behandelingen die worden voorgeschreven of gepland door een ervaren zorgverlener en die specifieke activiteiten, houdingen of bewegingen (of alle) omvatten. Voorbeelden hiervan zijn algemene lichamelijke fitnessprogramma's in groepsverband, aerobe oefeningen in de vorm van loopprogramma's, strekoefeningen en versterking van specifieke spieren of spiergroepen, en graduele activiteit.

Interventionele pijnbestrijding: Toepassing van interventionele technieken gericht op potentiële pijngeneratoren om te proberen deze te elimineren. Voorbeelden hiervan zijn injecties - bijv. perifere injecties, injecties in weke delen, intra-articulaire injecties, neuraxiale injecties; intraveneuze, sublinguale, orale of epidurale patiëntgecontroleerde analgesie; intrathecale analgesie; analgesie door grote perifere zenuwblokkades; plexus analgesie; paravertebrale zenuwblokkades; TAP-blokkade (transversus abdominis plane); elektrische stimulatie (bijvoorbeeld percutane elektrische zenuwstimulatie); elektroacupunctuur; ablatieve technieken; chemische, elektrische/thermische; neuromodulatie; ruggenmergstimulatie; stimulatie van de dorsale wortelganglion; diepe hersenen, motorische cortex, transcraniale magnetische stimulatie; epiduroscopie.

Manuele therapie: Bekwame handbewegingen en bekwame passieve bewegingen van gewrichten en zacht weefsel. Voorbeelden hiervan zijn massage, manipulatie, mobilisatie.

Op participatie gerichte behandelingen: Bevorderen van betrokkenheid bij dagelijkse activiteiten op het gebied van werk, zelfzorg, productiviteit en vrije tijd.

Patiëntenvoorlichting: Advies, voorlichting of informatie gegeven door een zorgverlener om het inzicht van de patiënt in zijn pijn of de juiste behandeling ervan te verbeteren. Dit omvat advies over lichamelijk actief zijn, geleidelijke terugkeer naar activiteiten, tempo bepalen, omgaan met belasting (inclusief voorlichting over geschikte hulpmiddelen), een gezonde levensstijl, advies over zelfmanagement en omgaan met pijn, prognose, voorlichting over pijnmanagement, voorlichting over pijnwetenschap. Het advies kan op elke manier worden gegeven (mondeling, schriftelijk, met behulp van technologie of een combinatie hiervan).

Farmacotherapie: Elk pijnstillend geneesmiddel toegediend via elke route en dosis, inclusief adjuvante behandelingen.

Deze omvatten niet-steroïde ontstekingsremmers, paracetamol, antidepressiva, anticonvulsiva, opioïden, corticosteroïden, spierverslappers. Sommige kunnen oraal worden ingenomen, sommige door injectie en sommige door ze op de huid aan te brengen.

Psychotherapie/Psychologische behandeling: Een psychologische of psychotherapeutische behandeling die herkenbare psychologische inhoud levert om gedachten, emoties, gedrag en lichamelijke processen te veranderen. Voorbeelden hiervan zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), gedragstherapie (GT) en acceptatie en commitment therapie (ACT).

Chirurgie: Gebruik van operatieve manuele en instrumentele technieken op een persoon om anatomische afwijkingen, waarvan wordt aangenomen dat ze pijn beïnvloeden, aan te pakken of te corrigeren. Voorbeelden zijn gewrichtsartroscopie [sleutelgat] (debridement ± synovectomie ± chondroplastie), gewrichtsartroplastie, gewrichtsvervanging, percutane chirurgie versus open chirurgie, rhizotomie, tenotomie, radiochirurgie, cordotomie, MRI-scan, echografie, lasergeleide ablaties, stereotactische chirurgische technieken en andere chirurgische technieken voor het centraal zenuwstelsel (CZS) voor pijnbehandeling.

Thermotherapie: Het toepassen van warmte of kou op gewrichten en/of spieren om de symptomen van artrose te verbeteren en kan gedaan worden met een warmte/koude pakking, handdoeken, was, enz. Warmte kan de bloedsomloop verbeteren en spieren ontspannen, terwijl kou de pijn kan verdoven, zwellingen kan verminderen, bloedvaten kan vernauwen en zenuwimpulsen naar het gewricht kan blokkeren.

Zelfzorg en zelfmanagement bij pijn

Personen die met pijn leven, brengen het grootste deel van hun leven buiten de gezondheidszorg door en in deze context moeten ze elke dag omgaan met de gevolgen van hun pijnconditie op hun leven. Effectieve zelfzorg voor, of zelfbeheersing van pijn, is een leerzame weg die ondersteuning en het beheersen van vele aspecten vereist, waaronder: omgaan met opflakkingen/exacerbaties van symptomen, weten wanneer u een zorgverlener moet raadplegen, beslissingen nemen over testen en behandelingen, of het handhaven van positieve coping-strategieën, waaronder stress- en slaapmanagement, lichamelijke activiteit en sociale betrokkenheid. Een belangrijk ingrediënt voor succesvol zelfmanagement is het opbouwen van zelfvertrouwen of zelfeffectiviteit van mensen om met pijn en de impact ervan op hun leven om te gaan. Momenteel ontbreekt het ons aan een duidelijke definitie van hoe goed zelfmanagement/zelfzorg eruit ziet. Zorgverleners moeten beter worden toegerust met de vaardigheden om mensen met pijn te helpen met zelfvertrouwen hun eigen leven te beheren. Dit omvat goede luister- en communicatievaardigheden, het verstrekken van informatie over zelfmanagement aan individuen in een vroeg stadium van het pijntraject om chronische pijn te helpen voorkomen of de negatieve effecten ervan te voorkomen. Een cruciale uitdaging die dringend aandacht behoeft, is ervoor zorgen dat mensen die pijn lijden - ongeacht hun locatie of inkomen - gemakkelijk toegang hebben tot betaalbare programma's/opties voor zelfmanagement.

Soorten pijnandoeningen

Er bestaan veel verschillende pijnandoeningen. Hieronder staan verschillende soorten pijnandoeningen vermeld, samen met informatie over wat de pijn is, hoe de diagnose kan worden gesteld en andere nuttige informatie. De genoemde aandoeningen zijn zeer belastend.

Deze lijst is niet volledig en omvat niet alle acute en chronische aandoeningen.

Het is ook het vermelden waard dat hoewel alle aandoeningen hun eigen classificatie hebben, het gebruikelijk is dat personen zich met meer dan één aandoening kunnen presenteren en waarschijnlijk zullen voldoen aan de diagnostische criteria voor meerdere aandoeningen. In dit geval kunnen beoordeling en behandeling moeilijk worden door de vraag welke aandoening de primaire oorzaak is, of dat alle aandoeningen een onderliggende pathologie delen. Er moet rekening worden gehouden met deze complexe verwevenheid van comorbiditeit.

Waar mogelijk hebben we gegevens gepresenteerd die de incidentie en prevalentie van pijngerelateerde aandoeningen binnen Europa weergeven. Bezoek de officiële website van de ICD-11 om de uitgebreide lijst met acute/chronische pijnandoeningen te bekijken.

Musculoskeletale pijn

Wat is het? Pijn die optreedt in gebieden die bestaan uit botten, spieren, gewrichten of verwante zachte weefsels wordt beschouwd als musculoskeletale pijn. De meest voorkomende aandoeningen van musculoskeletale pijn zijn lage rugpijn, nekpijn, heup- en kniepijn als gevolg van artrose, schouderpijn en pijn op meerdere plaatsen (pijn in meerdere lichaamsdelen).

Prevalentie: Het treft naar schatting 1,71 miljard mensen wereldwijd en het is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit in Europa en de rest van de wereld. Het is ook de grootste oorzaak van het aantal jaren geleefd met een handicap (YLD's) - groter dan geestelijke gezondheid, diabetes, kanker (ongeveer 149 miljoen YLD's, goed voor 17% van alle YLD's). Artrose, de meest voorkomende vorm van artritis, treft meer dan 40 miljoen mensen in heel Europa. Het heeft een levenslang risico van 45% voor artrose van de knie en 25% voor artrose van de heup. Artrose is wereldwijd de snelst groeiende oorzaak van invaliditeit. Lage rugpijn is de meest voorkomende en invaliderende vorm van musculoskeletale pijn. In Europa ligt de hoogste op leeftijd gestandaardiseerde prevalentie per 100.000 personen voor lage rugpijn in Centraal-Europa (12.800; 11.500-14.400), gevolgd door Oost-Europa (11.200; 10.100-12.500) en West-Europa (9.540; 8.510 -10.700). Naar verwachting zullen in 2050 wereldwijd meer dan 800 miljoen mensen lage rugpijn hebben.

Behandelingsmogelijkheden: De behandeling kan bestaan uit patiënteneducatie (bijv. over risicofactoren, zelfmanagement), farmacotherapie (bijv. niet-steroïde ontstekingsremmers), oefentherapie, psychologische behandelingen, interventionele pijnbestrijding (bijv. injecties), chirurgie, manuele therapie (bijv. massage), complementaire en alternatieve geneeskunde, thermotherapie (bijv. warmte) en werk- en sociale behandelingen.

Mogelijke comorbiditeiten: Musculoskeletale pijn en de daaraan gerelateerde beperkingen gaan vaak gepaard met pijn op meerdere locaties, zwaarlijvigheid, psychische stoornissen (zoals depressie) en slaapstoornissen (zoals slapeloosheid).

“ Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt ”

- **Naam:** Anoniem
- **Leeftijd:** 76
- **Nationaliteit:** Roemeens
- **Naam aandoening/pijn:** Ernstige artrose
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** 15 jaar. Ik had ondraaglijke pijn rond de rotula (kogelgewricht) van beide benen en zonder pijnstillers kon ik de trap niet op- en aflopen. De pijn was soms zelfs aanwezig tijdens het liggen.
- **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijn-aandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Stekend, pijnlijke tijdens het lopen en/of traplopen en in liggende positie tintelend gevolgd door gevoelloosheid.
- **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** Mijn kwaliteit van leven is behoorlijk gedaald. Ik was een extreem energieke vrouw, moest afremmen en loop nu zelfs met een stok. Dit maakt me ongelukkig en ik voel veel angst.
- **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Met pijnstillers en de laatste vier jaar injecties in beide knieën. Uit angst weigerde ik een knieervangende operatie.
- **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Mobiliteit en stressvrij.
- **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Ja, dat klopt. Ik voel me angstig, ongelukkig en heb geen plezier meer in het dagelijks leven zoals vroeger.

Neuropathische pijn en voorbeelden

Wat is het? Neuropathische pijn wordt veroorzaakt door een laesie of aandoening van het somatosensorische zenuwstelsel. Vaak gerapporteerde symptomen zijn lokale of verwijzende pijscheuten, brandende of stekende pijnen. Neuropathische pijn kan van centrale (bijv. na een beroerte, MS) of perifere aard zijn (bijv. trigeminusneuralgie, diabetische perifere neuropathie, rugpijn, postoperatieve pijn, postherpetische pijn).

Prevalentie: Neuropathische pijn treft ongeveer 7-10% van de bevolking. Voor herpes zoster (gordelroos) is het huidige geschatte levenslange risico in Europa 23-30%, met een gerapporteerd levenslang risico op herhaling van <5%. 10% tot 30% van de patiënten ontwikkelt postherpetische neuralgie (resterende neuropathische pijn na herpes zoster); dit neemt toe tot 60-70% bij mensen 60 jaar. De prevalentie van ischias (uitstralende pijn in het been veroorzaakt door ontsteking of compressie van de lumbale of sacrale zenuwwortel (L4-S1) die de heupzenuw vormen) varieert tussen onderzoeken. In een onderzoek in de eerste lijn in het Verenigd Koninkrijk (609 patiënten) werd bij ongeveer 60% van de patiënten met rug- en beenpijn klinisch de diagnose ischias gesteld. Fantoempijn (pijnlijke sensaties verwezen naar het afwezige ledemaat) komt voor bij 50-80% van alle geamputeerden. Wat betreft pijnlijke diabetische polyneuropathie is de prevalentie niet goed vastgesteld, maar volgens de beschikbare gegevens is de prevalentie van pijn 10% tot 20% bij patiënten met diabetes en 40% tot 50% bij patiënten met diabetische neuropathie. In een onderzoek in Italië (816 patiënten) had 36% een diabetische polyneuropathie die geassocieerd was met mannelijk geslacht, leeftijd en ernst van de diabetes.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingsmogelijkheden omvatten zowel farmacologische als niet-farmacologische benaderingen, zoals patiënteneducatie, ondersteunende educatie, farmacotherapie, oefentherapie, psychologische behandelingen, interventionele pijnbestrijding, chirurgie, manuele therapie, hulpmiddelen en sociale en werkbehandelingen. Opioiden moeten worden gereserveerd voor patiënten die niet reageren op therapeutische alternatieven met een lager risico op bijwerkingen.

Preventie: Het Herpes Zoster-vaccin kan worden toegediend om postherpetische neuralgie (zenuwpijn die aanhoudt nadat een uitbraak van gordelroos is genezen) te voorkomen.

Mogelijke comorbiditeiten: Mogelijke comorbiditeiten van neuropathische pijn zijn depressie, slaapstoornissen en een depressieve stemming of angst. Deze comorbiditeiten belemmeren het plezier van een patiënt doordat ze een negatieve invloed hebben op de functionaliteit en kwaliteit van leven.

“

Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt

”

- **Naam:** Ruth Fitzmaurice
- **Leeftijd:** 52
- **Nationaliteit:** Iers
- **Naam aandoening/pijn:** Meerdere pijn-aandoeningen: Neuropathische pijn, spina bifida, scoliose, prikkelbare darm syndroom, endometriose en orofaciale pijn.
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** 38 jaar. Ik ben geboren met spina bifida en werd de dag na mijn geboorte geopereerd. Mijn pijn begon op 14-jarige leeftijd toen ik ging studeren. Helaas is mijn pijn sindsdien verergerd en is het nu een aandoening waar ik fulltime mee leef.
- **Hoe zou u de pijsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijn-aandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Mijn normale dagelijkse pijn beschrijf ik als brandend en pijnlijk. Als ik een opflakking ervaar, is het meestal tintelend en kloppend.
- **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** Naarmate ik ouder word, beïnvloedt mijn pijn mijn leven steeds meer. Nu ik 52 ben, kan ik niet meer werken en mijn activiteiten hangen af van mijn pijnniveau. Ik probeer elke dag een strandwandeling te maken, ik ga twee tot drie keer per week naar het zwembad om fysiotherapie te doen, die twee activiteiten zijn constant in mijn leven, alles daarbuiten hangt af van mijn pijnniveau.
- **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Ik beheer mijn pijn met een combinatie van positiviteit en mindfulness en zo weinig mogelijk medicatie. In de loop der jaren heb ik alle medicijnen genomen, zoals medicijnen op basis van opioïden, aangevuld met ontstekingsremmers. Mijn persoonlijke keuze was om te stoppen met medicatie en dat was het punt waarop ik moest stoppen met werken, helaas werd het een kwestie van kwaliteit van leven. Nu neem ik elke dag twee tabletten, een combinatie van ontstekingsremmers en pijnstillers, en ik probeer het te doen met die twee tabletten of niets anders. Positiviteit en mindfulness spelen een grote rol in mijn leven en zonder deze vormen van therapie zou ik weer terugvallen in de medicatie.
- **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Angst voor de toekomst. Angst voor het onbekende. Angst voor hoe slecht mijn toestand zal worden.
- **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Ik doe er alles aan om te voorkomen dat mijn pijn mijn humeur en mijn geestelijke gezondheid beïnvloedt. Ik doe er alles aan om ervoor te zorgen dat ik een positieve draai aan mijn pijn geef, of dat nu van dag tot dag is of na een opflakking.

Kanker-gerelateerde pijn

Wat is het? Kanker-gerelateerde pijn is pijn die wordt veroorzaakt door de primaire kanker zelf of door uitzaaiingen. Oorzaken van aan kanker-gerelateerde pijn zijn onder andere de tumor zelf of ontsteking of het eroderen van botten, ingewanden of zenuwen door de uitzaaiingen. Het kan ook gaan om pijn gerelateerd aan weefsel- of zenuwbeschadiging veroorzaakt door kankerbehandelingen. Pijn bij overlevenden van kanker moet nauwlettend worden gevolgd, omdat veranderingen in pijn kunnen wijzen op herhaling van de oorspronkelijke maligniteit. Veel aan kanker gerelateerde pijn kan worden veroorzaakt door kankerbehandelingen zoals operaties die kunnen resulteren in chronische neuropathische pijn, door chemotherapie geïnduceerde perifere neuropathie en door radiotherapie geïnduceerde perifere neuropathie. Naarmate een groter deel van de patiënten kanker gelukkig overleeft, wordt de impact van de kankerbehandeling meer zichtbaar.

Prevalentie: Pijn is bij diagnose een van de meest voorkomende symptomen bij kankerpatiënten. Ongeveer 30-40% van de overlevenden van kanker lijdt aan chronische pijn. Jaarlijks sterven 1,7 miljoen Europese kankerpatiënten aan hun kanker, van wie ten minste 66% pijn zal ervaren vóór het overlijden en 55% een matige tot ernstige intensiteit van pijn zal ervaren.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingsmogelijkheden omvatten farmacotherapie (bijv. eenvoudige pijnstilling, niet-steroïde ontstekingsremmers, opioïden, antidepressiva, corticosteroiden, monoklonale antilichamen, bestralingstherapie, chemotherapie), onderwijs, chirurgie, oefentherapie, psychologische behandelingen (waaronder spirituele ondersteuning), interventionele pijnbestrijding (bijv. zenuwblokkades), werk- en sociale behandelingen. Soms kan het moeilijk zijn om onderscheid te maken tussen kankerspecifieke en pijnspecifieke behandelingen. Bestraling kan bijvoorbeeld curatief zijn of een pijnbehandeling.

Mogelijke comorbiditeiten: Een klinische beoordeling moet onderscheid maken tussen pijn bij kanker, pijn bij de behandeling van kanker en pijn door comorbide aandoeningen. Comorbiditeiten die van invloed zijn op pijn zijn onder andere chronische ziekten, operaties, trauma, stemming, cognities, stoornissen in middelengebruik en medicatie.

“ Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt ”

- **Naam:** Ernesto Carreiro
- **Leeftijd:** 72
- **Nationaliteit:** Portugal
- **Naam aandoening/pijn:** Kanker-gerelateerde pijn
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** 10 jaar. Het begon al voor mijn diagnose.
- **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijn-aandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Een tintelende sensatie.
- **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** Zwakte, minder eten hoewel met eetlust, gewichtsverlies, slecht slapen.
- **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Orale medicatie.
- **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Gebrek aan wil voor dagelijkse activiteiten, verlies van kracht om mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren.
- **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Ja, frustratie omdat ik mijn dagelijkse activiteiten niet kan uitvoeren.

Hoofdpijn en aangezichtspijn

Wat is het? Hoofdpijn of pijn in het orofaciale gebied wordt gedefinieerd als hoofdpijn of pijn in de mond of het gezicht. Chronische symptomen zijn symptomen die gedurende de afgelopen 3 maanden op ten minste 50% van de dagen meer dan twee uur per dag aanwezig waren. De symptomen variëren van milde pijn en een disfunctionele kaak die na verloop van tijd kunnen verdwijnen, tot chronische aandoeningen met hardnekkige pijn en beperkingen in de kaakfunctie die ernstig invaliderend zijn.

Prevalentie: Chronische hoofdpijn - hoofdpijn die gedurende minstens 3 maanden 15 of meer dagen per maand optreedt - is een belangrijke oorzaak van pijn en invaliditeit. Chronische migraine treft ongeveer 1%-4% van de bevolking en chronische spanningshoofdpijn ongeveer 2,2%. Ongeveer 25%-50% van de getroffen personen ervaart ook hoofdpijn door overmatig medicijngebruik, een aandoening met een prevalentie van 1%. Pijn in het kaakgewricht komt voor bij ongeveer 31% van de volwassenen en 11% van de kinderen/adolescenten.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingsmogelijkheden omvatten patiënteneducatie, ondersteunende voorlichting, farmacotherapie, interventionele behandeling (bijv. injectie), lichaamsbeweging, psychologische behandeling (bijv. ontspanning, biofeedback), thermotherapie, elektrotherapie en sociale en werkbehandelingen. Chirurgisch ingrijpen kan ook geïndiceerd zijn als niet-chirurgische behandelingen niet blijken te werken.

Mogelijke comorbiditeiten: Een hogere frequentie van hoofdpijn, allergieën, depressie, vermoeidheid, degeneratieve artritis, fibromyalgie, auto-immuunziekten, slaapapneu en gastro-intestinale klachten kwamen veel voor onder de getroffen personen.

“

Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt

”

- **Naam:** Anoniem
- **Leeftijd:** 62
- **Nationaliteit:** Belgisch
- **Naam aandoening/pijn:** Orofaciale pijn

- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** 3 jaar. Het begon met een cyste tegen het neusbot ter hoogte van de boventanden van tand 21-22. Toen de cyste werd verwijderd, was er botschade. Ik leef al 3 jaar met de pijnnaandoening.
- **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijnnaandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Brandende pijn.
- **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** Constante brandende pijn, maar vooral na eten, drinken, enz.
- **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Door tanden te poetsen en daarna te spoelen met speciale producten en soms door ontstekingsremmende medicijnen te nemen.
- **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Eten is voor mij een hel geworden, ik kan het eten niet meer proeven.
- **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** N.V.T.

Postoperatieve pijn

Wat is het? Pijn na de operatie. Chronische postoperatieve pijn wordt gedefinieerd als chronische pijn die ontstaat of in intensiteit toeneemt na een chirurgische ingreep of weefselbeschadiging en aanhoudt na het verwachte genezingsproces. De pathofysiologie van postoperatieve pijn is uniek en de gevolgen zijn specifiek voor het individu. Pijn is vaak gelokaliseerd in het operatiegebied of wordt veroorzaakt door dermatomale patronen, terwijl andere oorzaken, zoals reeds bestaande aandoeningen of infecties, moeten worden uitgesloten.

Prevalentie: Uit het grootste Europese prospectieve onderzoek over dit onderwerp blijkt dat ongeveer 10% van de patiënten chronische postoperatieve pijn ontwikkelt na een operatie (met veel verschillen tussen operaties). Uit een ander onderzoek bleek dat drie maanden of langer na de operatie 40,4% pijn rapporteerde. Matige of ernstige pijn werd gemeld door 18,3% van de personen. Er zijn grote verschillen in de rapportage van chronische postoperatieve pijn en daarom wordt gesuggereerd dat deze cijfers kunnen variëren.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingsmogelijkheden zijn onder andere patiënteneducatie, ondersteunende voorlichting, farmacotherapie, elektrotherapie, lichaamsbeweging en psychologische therapieën.

Mogelijke comorbiditeiten: Patiënten met preoperatieve chronische pijn, vooral op de operatieplaats, lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische postoperatieve pijn. Er moet ook rekening worden gehouden met psychologische risicofactoren, zoals psychisch lijden, angst, catastroferen, verminderd vermogen om met pijn om te gaan, depressie en hypervigilantie.

“

Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt

”

- **Naam:** Koert Hommel
- **Leeftijd:** 49
- **Nationaliteit:** Nederlands
- **Naam aandoening/pijn:** Rugpijn, mislukte rugoperatiesyndroom en neuropathische pijn.
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** 10 jaar. Toen ik in 1993 student was aan de BUAS Universiteit,ervaarde ik voor het eerst pijn lage rugpijn. Eigenlijk was mijn 'rug' niet het grootste probleem, maar de uitstralende pijn in mijn linkerbeen. In 2013 kwam deze pijn terug en is sindsdien niet meer weggegaan.
- **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijn-aandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** De pijn die ik ervaar is pijnlijk, soms branderig, soms stekend. Het varieert, maar het beweegt nooit rond mijn lichaam.
- **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** De pijn die ik ervaar heeft invloed op alle facetten van het leven. Natuurlijk varieert deze impact, maar het raakt mijn (vrijwilligers)werk, hobby's, relatie, gezin, sport - alles verandert.
- **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Na een lange, slopende en uitputtende zoektocht naar een behandeling ontdekte ik de "multidisciplinaire aanpak van chronische pijn". Die kennis bracht een verschuiving in mijn denken teweeg. Nu doe ik veel vrijwilligerswerk en speel ik piano.
- **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Geen betaald werk kunnen doen, grenzen handhaven (vooral voor mezelf), de impact van mijn pijn op anderen beheersen, mijn eigen ongeduld met pijn.
- **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Natuurlijk wel. Elke dag pijn ervaren is topsport. Lichamelijk, maar zeker ook mentaal. De grilligheid laat je mentaal wankelen.

Viscerale pijn

Wat is het? Pijn van de inwendige borst-, bekken- of buikorganen. De betreffende pijnlocatie kan samenvallen met typische verwijzingspatronen van inwendige organen

Prevalentie: Chronische viscerale pijn vertegenwoordigt een aanzienlijk deel van alle vormen van chronische pijn, zoals blijkt uit epidemiologische onderzoeken. Tot 25% van de bevolking rapporteert op enig moment viscerale pijn, wat leidt tot aanzienlijke kosten voor de gezondheidszorg.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingsmogelijkheden zijn onder andere patiënteneducatie (bijv. over dieet, levensstijl), ondersteunende educatie, farmacotherapie, lichaamsbeweging (bijv. strekoefeningen), manuele therapie (bijv. massage), interventionele benaderingen (bijv. neuromodulatie en zenuwblokkades), psychologische behandelingen (bijv. cognitieve gedragstherapie) en chirurgie.

Mogelijke comorbiditeiten: Fibromyalgie is zeer comorbide met verschillende viscerale pijnstoornissen. Het is ook mogelijk dat de patiënt zich presenteert met meerdere viscerale pijnsyndromen of met chronische viscerale pijn en andere chronische pijnsyndromen die geen verband houden met de ingewanden.

“ Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt ”

- **Naam:** Anoniem
- **Leeftijd:** 40
- **Nationaliteit:** Iers
- **Naam aandoening/pijn:** Endometriose
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** 19 jaar. Het begon geleidelijk, waarbij de symptomen in de loop van een aantal maanden steeds heviger werden totdat ik spoedeisende ziekenhuiszorg nodig had vanwege een vermoedelijke blindedarmontsteking die bleek te bestaan uit torsie van de eierstokken als gevolg van endometriose en polycysteus ovarium syndroom (PCOS).
- **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijnstoornis (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Brandende, scherpe en hevige pijn
- **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** De meeste dagen red ik me wel, er zijn 3 dagen per maand waarop ik niet kan functioneren of het huis niet uit kan.
- **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Warmtekussens, pijnstillers, reflexologie, kinesiologie, craniosacraaltherapie..
- **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Ik kan mijn leven helemaal niet plannen en maak me voortdurend zorgen over welke plannen ik realistisch gezien kan maken voor het geval de endometriose opflakert en ik aan huis gekluisterd ben.
- **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Soms is het erg demoraliserend om zo beperkt te zijn en deprimerend om levensgebeurtenissen en activiteiten te moeten missen wanneer endometriose de kop opsteekt.

Functionele pijnstoornissen

Wat is het? Functionele pijnstoornissen (of niet-specifieke functionele somatoforme stoornissen) kunnen worden omschreven als klachten die niet kunnen worden gecategoriseerd als behorend tot een specifieke ziekte die een orgaan of orgaansysteem aantast en die ten minste 6 maanden aanhouden. Bekende voorbeelden hiervan zijn het prikkelbare darmsyndroom (PDS, een functionele maagdarmsstoornis die wordt gekenmerkt door terugkerende buikpijn in combinatie met veranderingen in de frequentie en de vorm van de ontlasting, zonder erkende onderliggende pathologische of organische etiologie) en temporomandibulaire stoornissen (TMD, een groep van klinische aandoeningen waarbij de kauwspieren, het kaakgewricht of beide betrokken zijn).

Prevalentie: PDS treft tot 18% van de volwassenen in westerse landen, voornamelijk vrouwen, vooral onder mensen die gezondheidszorg zoeken. De totale prevalentie van TMD wordt geschat op 31% voor volwassenen/ouderen en 11% voor kinderen/adolescenten, met als meest voorkomende TMD discusverplaatsing met reductie (ongeveer 41% bij mensen met TMD), vergeleken met zonder reductie.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingsmogelijkheden zijn onder andere patiënteneducatie (met betrekking tot risicofactoren), ondersteunende voorlichting, farmacotherapie, psychologische behandelingen (zoals stressmanagement, ontspanning, cognitieve gedragstherapie), oefentherapie, elektrotherapie, thermotherapie, manuele therapie en sociale en werkbehandelingen.

Mogelijke comorbiditeiten: Sommige aandoeningen die geassocieerd worden met PDS zijn gastro-intestinale aandoeningen, zoals functionele dyspepsie, gastro-oesofageale refluxziekte, functionele constipatie naast fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom en chronische bekkenpijn. Voorbeelden van comorbiditeiten gerelateerd aan TMD zijn onder andere: fibromyalgie, systemische gewrichtshypermobiliteit, juveniele idiopathische artritis, tinnitus, posttraumatische stressstoornis, systemische osteoarthritis, trigeminusneuralgie, atypische aangezichtspijn en migraine.

“ Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt ”

- **Naam:** Kaat Cleenewerck
- **Leeftijd:** 57
- **Nationaliteit:** België
- **Naam aandoening/pijn:** Meerdere pijnandoeningen: Prikkelbare darmsyndroom (PDS), lage rugpijn en ischiaspijn.
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** Lage rugpijn en PDS: 25 jaar; neuropathische pijn: 12 jaar; en ischiaspijn: 2 jaar.
- **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijnandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Een combinatie van pijn, steken, tintelende sensatie.
- **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** Het is een onzichtbare handicap die normale dagelijkse activiteiten en dingen die je voor je plezier doet onmogelijk maakt. Chronische pijn is erg vermoeiend. Halverwege de middag ben ik erg moe en kan ik geen lichamelijke activiteiten meer doen.
- **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Alles wat ik en mijn verzorgers kunnen bedenken: actief blijven ondanks de hevige pijn, wat betekent dagelijks wandelen en/of boodschappen doen/licht huishoudelijk werk; dagelijkse strekoefeningen en lichte yoga, fysiotherapie, dry needling, acupunctuur, massages (als ik me die kan veroorloven) behandelingen in de pijnkliniek: infiltraties, radiofrequentie (zenuwdenervatie); medicatie: (gemiddeld) sterke pijnstillers; meer recent: medicinale cannabis (die verbazingwekkend goed helpt)
- **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Ik woon het grootste deel van mijn volwassen leven alleen en moet de chronische pijn elke dag weer alleen dragen, omdat ik geen steun heb van mijn familie en nauwelijks van vrienden. Financiële uitdagingen aangezien de zogenaamde "alternatieve remedies" vrij duur zijn. Dit brengt ook extra stress met zich mee. Uitsluitend professionele ondersteuning (gelukkig heel goed). Zelfs bij hen heb ik vaak het gevoel dat ze het pijnniveau waarmee ik te maken heb "onderschatten".
- **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Enorm! Omdat ik een nogal psychiatrisch kwetsbaar persoon ben (sinds mijn tienerjaren), heeft chronische pijn een enorm effect op mijn geestelijke gezondheid. Eenzaamheid weegt zwaar en kan op sommige momenten verschrikkelijk zijn. Leven met chronische pijn kan mijn chronische depressie uitlokken en ervoor zorgen dat deze in een bepaalde periode erg aanwezig is. In het verleden heeft de pijn (naast vele andere zaken) bijgedragen aan een alcoholverslaving, die ik - ik heb zo'n geluk! - heb kunnen overwinnen. Dat heeft een groot effect gehad op het verbeteren van mijn geestelijke gezondheid.

Chronische wijdverspreide pijn

Wat is het? Chronische wijdverspreide pijn (CWP) is pijn die diffuus aanwezig is in ten minste 4 van de 5 lichaamsregio's en in ten minste 3 lichaamskwadranten (boven-onder-links-rechts van het lichaam) en het axiale skelet (nek, rug, borst en buik). Het wordt meestal gecategoriseerd onder musculoskeletale pijn. Symptomen kunnen bestaan uit pijn die minstens drie maanden aanhoudt en tekenen van functionele beperkingen of emotioneel leed. Een veelvoorkomend voorbeeld hiervan is fibromyalgie, een ziekte die wordt gekenmerkt door chronische wijdverspreide pijn, slaapproblemen (waaronder niet verkwikkende slaap), lichamelijke uitputting en cognitieve problemen.

Prevalentie: De prevalentie van personen die symptomen van fibromyalgie melden, ligt tussen de 2% en 4% in de algemene bevolking, maar het aantal personen bij wie de diagnose wordt gesteld, is aanzienlijk lager. Dit komt doordat het diagnostische label met betrekking tot chronische wijdverspreide pijn hevig wordt betwist en er nog geen consensus bestaat over diagnostische criteria en labels.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingen omvatten patiënteneducatie, ondersteunende educatie, farmacotherapie, oefentherapie, psychologische behandelingen, manuele therapie, thermotherapie, elektrotherapie, sociale en werkbehandelingen.

Mogelijke comorbiditeiten: Het is moeilijk om de oorzaken van deze aandoening vast te stellen, maar enkele factoren die kunnen bijdragen zijn zwaarlijvigheid, diabetes, depressie, angst, hoofdpijn, prikkelbare darm syndroom, chronisch vermoeidheidssyndroom, systemische lupus erythematosus en reumatoïde artritis.

“

Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt

”

- **Naam:** Tristan Vandepuuten
 - **Leeftijd:** 27
 - **Nationaliteit:** België
 - **Naam aandoening/pijn:** Fibromyalgie en dystonie
-
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** 11 jaar. Het begon met griep op een stressvol moment. Ik leef nog steeds met mijn pijn-aandoening. Dag in dag uit. Na 3 jaar en veel doktoren kreeg ik de diagnose dystonie, chronische pijn.
 - **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijn-aandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Alsof ik voortdurend binnenstebuiten word getrokken.
 - **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** Ik kan nauwelijks overleven, ik heb een progressieve aandoening.
 - **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Ik kan er niet goed mee omgaan. Muziek draaien en gitaar spelen geven me wat verlichting. Bobath-therapie, ontspanning, ademhalingstherapie, warme baden, wandelen, luisteren naar audioboeken, infraroodcabine en medicijnen zoals een plaatselijke verdoving, opioïden en antidepressiva.
 - **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Eenvoudige dingen doen.
 - **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Ja, isolement, geen normaal leven hebben en het gevoel hebben dat er geen toekomst is, omdat er niet veel steun is door het gebrek aan onderzoek.

Complexe regionale pijnsyndromen, type I en II

Wat is het? Complex regionaal pijnsyndroom (CRPS) is een pijnlijke aandoening van een ledemaat die gepaard gaat met sensorische, motorische, autonome, huid- en botafwijkingen. De symptomen zullen bij verschillende mensen anders zijn. Botafwijkingen zijn onder andere lokale osteoporose in delen van de aangedane ledematen die meestal spontaan verdwijnt. Huidafwijkingen omvatten omkeerbare veranderingen in de textuur of het uiterlijk van de huid, de huid kan er bijvoorbeeld dun of glanzend uitzien. In bijna alle gevallen wordt CRPS veroorzaakt door trauma aan een ledemaat. CRPS kan zelfs na zeer kleine verwondingen ontstaan. In 7% van de gevallen is er geen letsel en ontstaat CRPS spontaan. CRPS treft zowel mannen als vrouwen, maar vrouwen hebben er vaker last van. Het kan mensen van elke leeftijdsgroep treffen, inclusief kinderen; het treft meestal vrouwen of mannen ouder dan 40 jaar. Er kunnen twee soorten van deze aandoening zijn, die er in eerste instantie hetzelfde uitzien. (a) Ongeveer 80% van de patiënten heeft een goede prognose. Hun toestand zal beter worden. Dit type CRPS kan worden veroorzaakt door ontstekingen in het aangedane ledemaat. (b) Bij ongeveer 20% van de patiënten zal de pijn aanhouden. Dit betekent dat hun pijn niet veel beter wordt, wat wij/zij ook doen. Recent bewijs suggereert dat bij deze patiënten een auto-immunreactie de aandoening kan veroorzaken.

Voor de duidelijkheid, CRPS "Type 1" of "Type 2" in de literatuur verwijst naar CRPS zonder beschadiging van een hoofdzenuw (Type 1) of met beschadiging van een dergelijke zenuw (Type 2, dit is zeldzaam). Recent onderzoek heeft aangetoond dat deze classificatie niet veel bijdraagt aan het wetenschappelijk inzicht of de klinische praktijk, en het management van deze twee "typen" is vrij gelijkaardig. Dit is anders dan de twee types (a) en (b) die hierboven zijn besproken.

Prevalentie: In de algemene bevolking zullen jaarlijks 20 tot 26 op de 100.000 mensen CRPS ontwikkelen. De prevalentie van CRPS is moeilijk vast te stellen, maar het komt acuut voor bij ongeveer 7% van de patiënten die lijden aan fracturen van ledematen, operaties aan ledematen of andere gebeurtenissen zoals verstuingen en electieve chirurgie.

Behandelingsmogelijkheden: Behandelingsmogelijkheden omvatten patiënteneducatie, ondersteunende voorlichting, farmacotherapie, oefentherapie, psychologische therapie (bijv. gegradeerde motorische beelden, "mirror box" therapie), interventionele behandeling, behandelingen om de bloedstroom te verbeteren, waaronder thermotherapie en elektrotherapie, werk- en sociale therapieën. Met name graduele oefeningen helpen i) de ernst van CRPS te verminderen, ii)

de duur van dit type CRPS te verkorten, iii) resterende problemen te minimaliseren, en iv) wanneer het zeer vroeg na een trauma wordt toegepast, het optreden van dit type CRPS kan voorkomen. Het kan nodig zijn om bewuste aandacht voor de ledemaat aan te moedigen door te stimuleren om te kijken, te denken, aan te raken en de ledemaat opnieuw aan te raken vóór enige beweging. Spiegels kunnen worden gebruikt om de bewegingscontrole te benadrukken en te corrigeren.

Mogelijke comorbiditeiten: Emotionele factoren die verband houden met CRPS kunnen een grotere invloed hebben op de pijnintensiteit dan bij niet-CRPS pijn-aandoeningen. Daarom is het belangrijk om rekening te houden met de aanwezigheid van psychologische comorbiditeiten.

“ Getuigenis van een persoon die een pijnervaring heeft doorgemaakt ”

- **Naam:** Juergen Werner
 - **Leeftijd:** 56
 - **Nationaliteit:** Duits
 - **Naam aandoening/pijn:** Chronisch regionaal pijnsyndroom type II.
-
- **Hoe lang leeft u al met uw pijnstoornis en hoe is deze begonnen?** Sinds 2021. Het begon na een carpale tunneloperatie.
 - **Hoe zou u de pijnsensaties omschrijven die u ervaart bij uw pijn-aandoening (bijv. brandend, stekend, gevoelloosheid, pijnlijk, tintelend, stekend, enz.)?** Ik heb 24/7 een constante trilling in mijn pols en een brandende, stekende elektrische stoot in mijn onderarm.
 - **Welke invloed heeft pijn op uw dagelijks leven?** Het beperkt me elke dag, omdat er geen pauze is en het is ook moeilijk om te mediteren of iets dergelijks, omdat het altijd aanwezig is.
 - **Hoe beheert en/of behandelt u uw pijn?** Het is moeilijk om jezelf af te leiden. Je leert een acteur te zijn en alles te verdoezelen. Maar op de lange termijn maakt het je kapot.
 - **Wat is de grootste uitdaging waarmee u wordt geconfronteerd als u met de aandoening leeft?** Het is moeilijk om met het dagelijks leven om te gaan. Langer dan 30 minuten concentreren is vrijwel onmogelijk. Ook trekken mensen zich terug uit grotere evenementen
 - **Welke invloed heeft pijn op uw stemming en geestelijke gezondheid?** Het is moeilijk om je gedurende langere tijd te concentreren en als mens verlies je je plezier en vergeet je hoe je moet lachen. Ik ben niet meer dezelfde persoon als voor deze ziekte. Je verliest de hoop, omdat je overal als patiënt wordt behandeld en uiteindelijk vertelt iedereen je dat de ziekte onontgonnen is.

Conclusies en aanbevelingen

We hopen via deze voorbeelden van veel voorkomende pijntypes en getuigenissen, inzicht te geven in de diversiteit en overeenkomsten binnen pijn. Voor de niet-wetenschapper die pijn voor het eerst benadert, zal het onderzoeken van aandoeningen zoals lage rugpijn, kankerpijn en postoperatieve pijn misschien licht werpen op wat eerder werd genegeerd of verkeerd begrepen. Hoewel pijnandoeningen verschillen in hun pathologie en in de manier waarop ze worden ervaren, is er één factor die ze vaak verenigt: het gebrek aan aandacht binnen het gezondheidszorgsysteem en binnen beleidskaders. Het platform voor de maatschappelijke impact van pijn wil hier verandering in brengen door het bewustzijn over pijn te vergroten en het pijnbeleid te veranderen.

Het platform voor de maatschappelijke impact van pijn (MIP) Platform roept EU en nationale beleidsmakers op om:

1

De last en impact van pijn op samenlevingen en patiënten erkennen en de prioriteit ervan binnen gezondheidszorgsystemen, financiering en beleidsvorming verhogen.

2

Zorgen voor de effectieve implementatie van ICD-11, aangezien het gebruik ervan internationale overeenstemming over het gebruik van gestandaardiseerde diagnoses en instrumenten mogelijk maakt en het terugvinden van gegevens voor zowel primair als secundair gebruik verbetert.

3

Ervoor zorgen dat patiëntenregisters worden opgezet en vaak worden gebruikt, omdat dit het begrip van pijn en pijnbestrijding en -behandeling zal verbeteren.

4

Pijn als kwaliteitsindicator: Instrumenten ontwikkelen om de impact van pijn te beoordelen.

5

Onderzoek naar pijn: Meer investeren in onderzoek naar een beter begrip van de oorzaken (pathofysiologie) van verschillende pijnandoeningen, het ontwikkelen van nieuwe pijnbehandelingen, het begrijpen en aanpakken van comorbiditeit tussen pijn en psychische aandoeningen, het vergroten van de ontwikkeling en het gebruik van door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten voor alle pijnandoeningen, het vaststellen van een gouden standaard voor zelfmanagementprogramma's en het vergroten van de toegang tot zorg van hoge kwaliteit.

6

Pijn tijdens het werk: Beleid initiëren dat de invloed van pijn op werkgelegenheid en arbeidsproductiviteit aanpakt en pijn opnemen in relevante bestaande initiatieven.

7

Pijneducatie: Prioriteit geven aan pijneducatie voor zorgverleners, patiënten, beleidsmakers en het grote publiek.

8

Informatietechnologie voor pijn: Ontwikkeling van interoperabele digitale gezondheidsecosystemen met toegankelijke digitale oplossingen voor pijnevaluatie, -monitoring en -beheer (apps, online hulpmiddelen, enz.) en wet- en regelgevingskaders voor het delen van gegevens.

Over het maatschappelijke impact van pijn (MIP)-platform

Het platform voor de maatschappelijke impact van pijn is een samenwerkingsverband van meerdere belanghebbenden onder leiding van de Europese pijnfederatie EFIC en Pain Alliance Europe (PAE), dat tot doel heeft het bewustzijn over pijn te vergroten en het pijnbeleid te veranderen.

Het platform biedt mogelijkheden voor discussie voor professionals in de gezondheidszorg, belangengroepen tegen pijn, politici, zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van gezondheidsautoriteiten, toezichthouders en budgethouders.

Het wetenschappelijke kader van het MIP-platform valt onder de verantwoordelijkheid van EFIC en de strategische richting van het project wordt bepaald door beide partners. De farmaceutische bedrijven Grünenthal GmbH en GSK zijn de hoofdsponsors van het platform voor de maatschappelijke impact van pijn.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:

Ángela Cano Palomares, Project Manager, platform voor de maatschappelijke impact van pijn (MIP) Europa, bij de Europese pijnfederatie EFIC - angela.palomares@efic.org.

Deirdre Ryan, President, Pain Alliance Europe - president@pae-eu.eu.

Disclaimer

De maatschappelijke impact van pijn (MIP) onderschrijft geen van de behandelingsmogelijkheden die in dit document worden genoemd. De informatie is niet bedoeld ter vervanging van een één-op-één-relatie met een gekwalificeerde zorgverlener en is niet bedoeld als medisch advies. Het “Boek met bewijsmateriaal over de last van pijn” biedt algemene informatie en discussies over pijn. De verstrekte informatie en andere inhoud, of in gekoppelde materialen, zijn niet bedoeld als en mogen niet worden opgevat als medisch advies, noch is de informatie een vervanging voor professionele medische expertise of een behandeling.

De getuigenissen van patiënten in dit document zijn via e-mail verzameld door contactpersonen van Pain Alliance Europe. Het zijn individuele ervaringen uit het echte leven van degenen die ervoor gekozen hebben om input te leveren voor het “Boek met bewijsmateriaal over de last van pijn”. De getuigenissen zijn niet noodzakelijk representatief voor iedereen die pijn ervaart en er kunnen nog veel meer ervaringen worden gegeven, ook al zijn ze niet in dit document verzameld.

De getoonde getuigenissen zijn woordelijk weergegeven, met uitzondering van correctie van grammaticale of typefouten. Sommige zijn ingekort. Dit wordt alleen gedaan als een getuigenis lang is, of als de hele getuigenis niet relevant leek voor het publiek.

Auteurs:

(In alfabetische volgorde)

Angela Cano Palomares; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Deirdre Ryan; Pain Alliance Europe PAE, Brussels, Belgium.

Joanne O'Brien Kelly; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; Department of Pain Management, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland; RCSI, Dublin Ireland.

Ketan Kumar Bhatt; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Luis García-Larrea; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; European Journal of Pain; NeuroPain Lab - Central Integration of Pain in Humans; Lyon Centre for Neuroscience - Inserm; Hôpital de Valence (Drôme), France.

Mary O'Keeffe; School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

Nathaniel Skidmore; Centre for Rehabilitation, School of Health & Life Sciences, Teesside University, Middlesbrough, UK.

Patrice Forget; Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK, Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK.

Sam Kynman; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Medewerkers:

Vertegenwoordigers van het Platform Maatschappelijke Impact van Pijn (MIP) (in alfabetische volgorde)

André Ljutow

André Mouraux

André Wolff

Anna B. Sellius

Anna Kiernan

Anna Server

Carina Raposo

Eddy Claes

Ellen Gepts

Françoise Launois

Gertrude Buttigieg

Gisèle Pickering

Gunilla Goran

Iben Rohde

Ilona Thomassen

Isabel Pireza

Ivone Machado

Joanna Vicente

Lars Bye Moeller

Liisa Jutila

Maria Luz Padilla del Rey

Maria Madariaga

Maria Teresa Flor de Lima

Marja Kinnunen

Martina Phelan

Mateja Krzan

Miren Revuelta

Monica Rebelo

Monika Löfgren

Nevenka Skvarc

Paulin Andréll

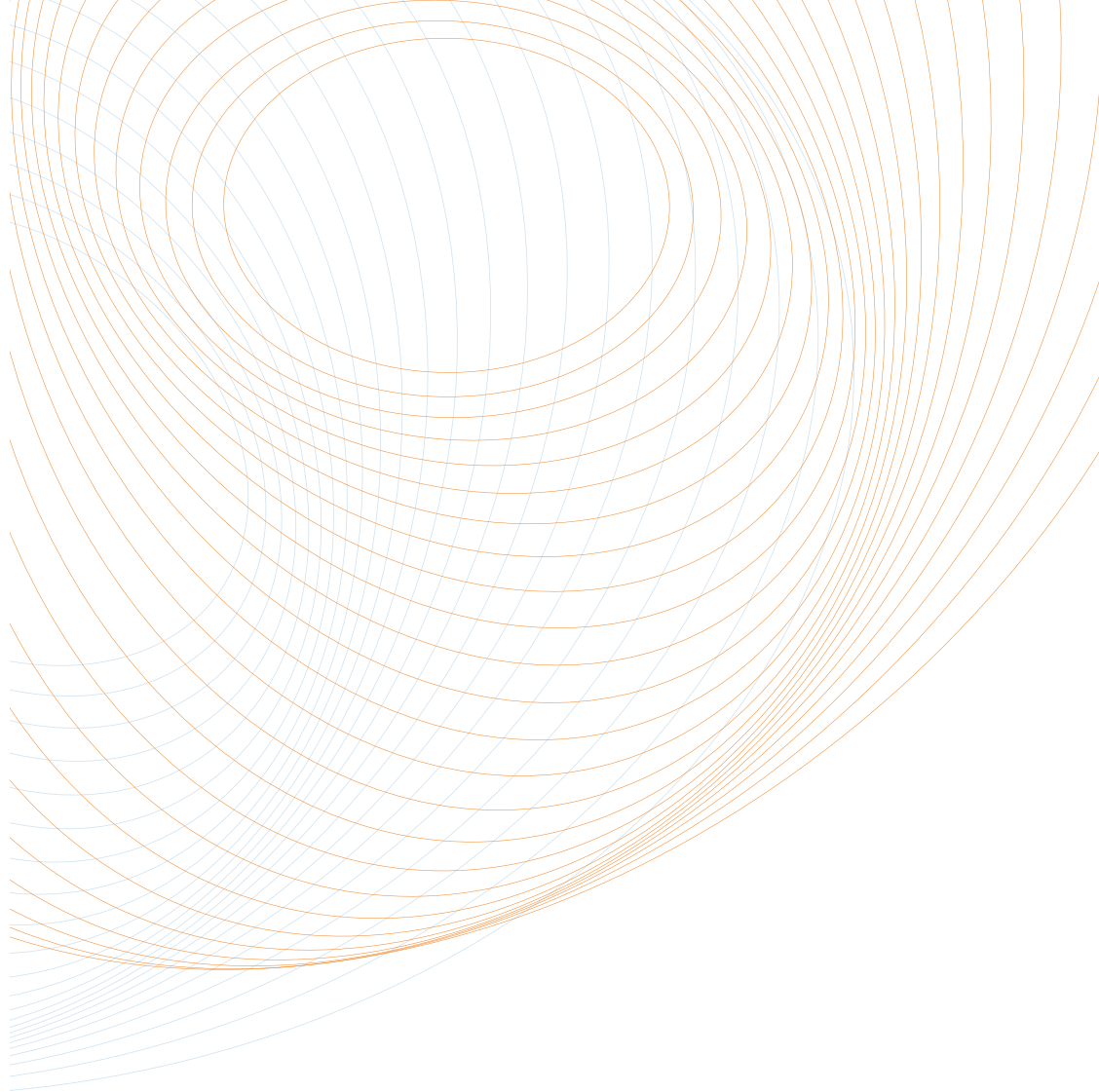
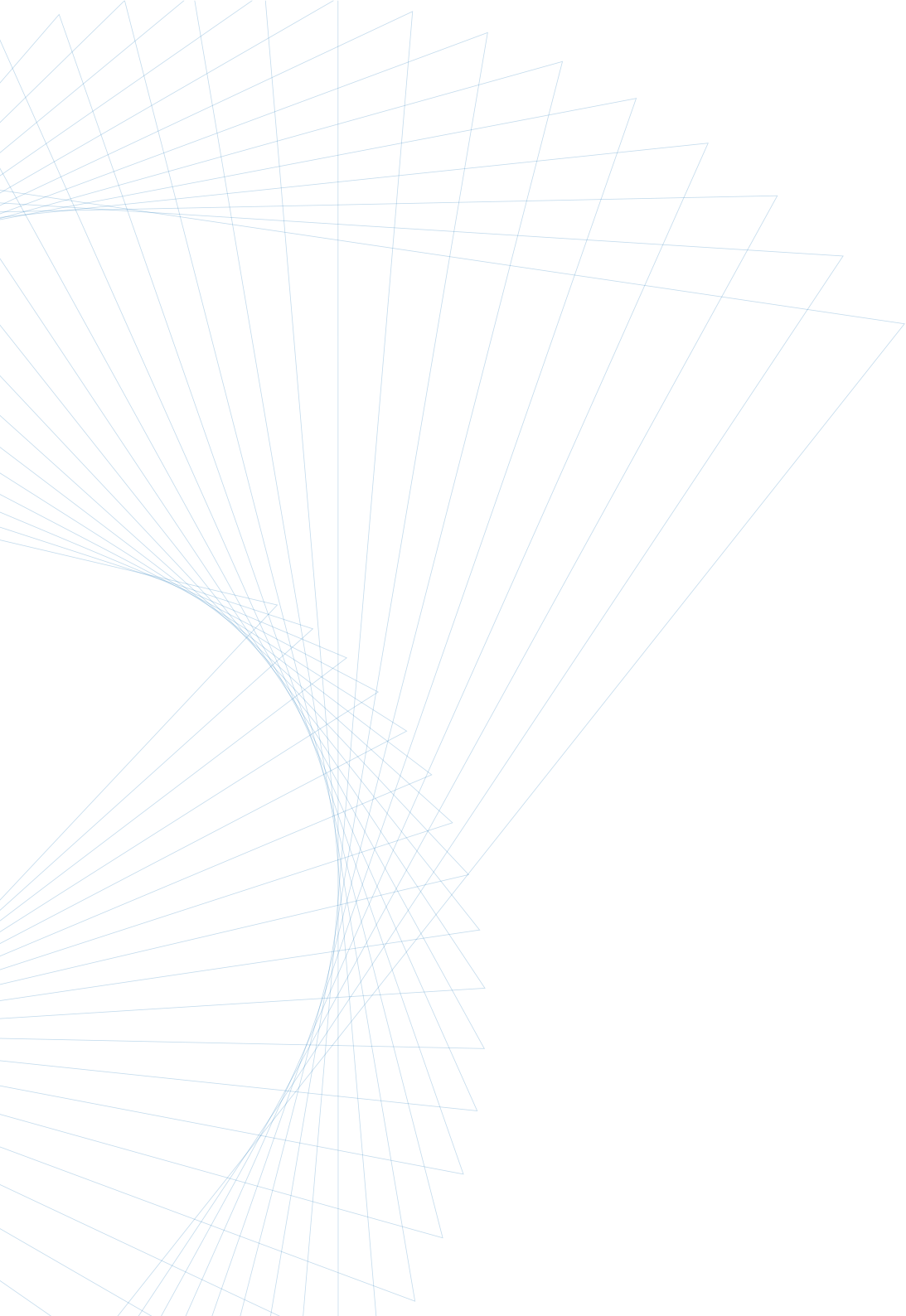
Sanne Lydo

Bronnen:

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain: Chronic secondary visceral pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>
2. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
3. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, et al. What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008;35(2):177-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.011>
4. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
5. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain: Chronic cancer-related pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):38-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
7. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. *Pain* [Internet]. 2017;158(1):S74-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000825>
8. Boland EG, Ahmedzai SH. Persistent pain in cancer survivors. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2017;11(3):181-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000292>
9. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness—evidence of a bidirectional relationship. *European Journal of Pain*. 2018 Aug;22(7):1304-11.
10. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* [Internet]. 2009;20(8):1420-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001>
11. Bruehl S. Complex regional pain syndrome. *BMJ* [Internet]. 2015;351:h2730. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2730>
12. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache* [Internet]. 2012;52(10):1456-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
13. Butler S, Landmark T, Glette M, Borchgrevink P, Woodhouse A. Chronic widespread pain—the need for a standard definition. *Pain* [Internet]. 2016;157(3):541-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000417>
14. Carville S, Padhi S, Reason T, Underwood M, on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2012;345(sep19 1):e5765-e5765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5765>
15. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: An integrative overview of research on mechanisms. *J Pain* [Internet]. 2017;18(4):359.e1-359.e38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
16. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2011;40(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.006>
17. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(5):680-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
19. corporate-body. RTD:Directorate-General for Research, Innovation. Scoping study on evidence to tackle high-burden under-researched medical conditions: Discussion paper. Publications Office of the European Union; 2023.
20. Cui C-X, Liu H-Y, Yue N, Du Y-R, Che L-M, Yu J-S. Research progress on the mechanism of chronic neuropathic pain. *IBRO Neurosci Rep* [Internet]. 2023;14:80-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.007>
21. De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain*. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
22. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain* [Internet]. 2007;129(1-2):12-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>
23. De Rudderd L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain* [Internet]. 2016;157(8):1607-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
24. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. Apr. 2006;130:1377-90.
25. Eccleston C, Wells S, Morlion B, editors. *European Pain Management*. London: Oxford University Press; 2017.
26. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2018 Oct 1;29:iv166-91.
27. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*. 2023;5:e316-329
28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* [Internet]. 2015;14(2):162-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
29. Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* [Internet]. 2021;397(10289):2098-110. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
30. Flor H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. *Lancet Neurol* [Internet]. 2002;1(3):182-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00074-1)
31. Gibbins J, Bhatia R, Forbes K, Reid CM. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(1):71-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
32. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10180):1537-46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
33. Govaerts R, Tassignon B, Ghillebert J, et al. Prevalence and incidence of work-related musculoskeletal disorders in secondary industries of 21st century Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 22, 751 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04615-9>
34. Graf N, Geißler K, Meißner W, Guntinas-Lichius O. A prospective cohort register-based study of chronic postsurgical pain and long-term use of pain medication after otorhinolaryngological surgery. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):5215. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-84788-4>
35. Gylfadottir SS, Christensen DH, Nicolaisen SK, et al. Diabetic polyneuropathy and pain, prevalence, and patient characteristics: a cross-sectional questionnaire study of 5,514 patients with recently diagnosed type 2 diabetes. *Pain*. 2020;161(3):574-583. doi:10.1097/j.pain.0000000000001744

36. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* [Internet]. 2013;14(2):180–229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12033>
37. Hart RP, Wade JB, Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain: The significance of stress. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2003;7(2):116–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0021-5>
38. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
39. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(1):139–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
40. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* [Internet]. 2011;27(3):268–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.Ob013e31820215f5>
41. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014 Jun 1;73(6):968–74.
42. IASP announces revised definition of pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2020 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
43. ICD-11 [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
44. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* [Internet]. 2019;16273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6273>
45. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* [Internet]. 2012;153(7):1390–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.018>
46. Kapos FP, Exposto FG, Oyazzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg* [Internet]. 2020;13(4):321–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ors.12473>
47. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1;133:104510.
48. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(5):937–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket463>
49. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
50. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Vogel S, Hay EM. the ATLAS study research team. Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: baseline results from the ATLAS cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16:1–1.
51. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x>
52. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T93–T107. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
53. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain* [Internet]. 2016;17(9):T93–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
54. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain—challenge for health care. *Eur J Pain* [Internet]. 2002;6(2):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0311>
55. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol* [Internet]. 2011;10(7):637–48. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70106-5)
56. Measuring pain in the clinic [Internet]. European Pain Federation. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
57. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: the scale of the problem and outlook for the future. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013 Dec 1;4(4):102–8.
58. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: The scale of the problem and outlook for the future. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013;4(4):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.03.001>
59. Mitsikostas D-D, Moka E, Orrillo E, Aurilio C, Vadalouca A, Paladini A, et al. Neuropathic pain in neurologic disorders: A narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22419>
60. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
61. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
62. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* [Internet]. 2010;30(5):599–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
63. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):28–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
64. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653–60
65. Peirse JA. Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain* [Internet]. 2011;152(3 Suppl):S84–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.010>
66. Pain Alliance EU. Pain and stigma survey [Internet]. Pain Alliance Europe. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://pae-eu.eu/pain-and-stigma-survey/>
67. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* [Internet]. 2012;143(5):1179–1187.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
68. Peng K-P, Oppermann T. Orofacial pain disorders: An overview and diagnostic approach. *Cephalalgia Rep* [Internet]. 2022;5:251581632210973. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/25158163221097349>
69. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):77–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
70. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* [Internet]. 2009;3(1):2–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/204946370900300102>
71. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
72. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser A-S, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008;64(6):573–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.021>
73. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*. 2014 Feb 21:99–115.
74. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012;109(47):803–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
75. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):53–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
76. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>

77. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA [Internet]. 1998;279(5):381-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.5.381>
78. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain [Internet]. 2014;155(12):2461-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.020>
79. Silva MAG, Pantoja LLQ, Dutra-Horstmann KL, Valladares-Neto J, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2020;48(10):942-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2020.08.004>
80. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management: Acute postoperative pain management. Br J Surg [Internet]. 2020;107(2):e70-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11477>
81. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015 Feb;131(2):75-88
82. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. Psychiatry research. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
83. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. Schizophrenia research. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
84. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res [Internet]. 2008;87(4):296-307. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910808700406>
85. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
86. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33:629-808. 2013;33:629-808.
87. The Societal Impact of Pain (SIP), Barke A, Cano Palomares A, Cameron P, Forget P, Ryan D, et al. Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. Eur J Pain [Internet]. 2022;26(9):2003-5. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/European-Journal-of-Pain-2022-Why-do-we-need-to-implement-the-ICD%E2%80%9011-When-pain-science-and-practice-meet-policies.pdf>
88. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain [Internet]. 2019;160(1):19-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
89. Truini A, Spallone V, Morganti R, Tamburini S, Zanette G, Schenone A, et al. A cross-sectional study investigating frequency and features of definitely diagnosed diabetic painful polyneuropathy. Pain [Internet]. 2018;159(12):2658-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001378>
90. Understanding the cause of pain, what to expect during treatments combined with personalised pain management techniques are of patient preference. Bender et al; 2008.
91. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig [Internet]. 2021;25(2):441-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
92. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. Pain [Internet]. 2014;155(4):654-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
93. Veves A, Backonja M, Malik RA. Painful diabetic neuropathy: epidemiology, natural history, early diagnosis, and treatment options. Pain Med [Internet]. 2008;9(6):660-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00347.x>
94. Visceral pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/visceral-pain/>
95. Volpi, A., Gross, G., Hercogova, J. et al. Current Management of Herpes Zoster. Am J Clin Dermatol 6, 317-325 (2005). <https://doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>
96. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020;396:1204-22.
97. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes: A population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, 9th revision codes. J Clin Rheumatol [Internet]. 2006;12(3):124-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18>
98. What is Chronic Primary Pain? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/what-is-chronic-primary-pain/>
99. What is CRPS? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://crps.europeanpainfederation.eu/what-is-crps/>



European Pain Federation EFIC®, Rue de Londres - Londenstraat 18, B1050 Brussel. Transparantieregister nr. 3510244568-04

Het Platform Maatschappelijke impact van pijn (MIP) is een samenwerkingsverband van meerdere belanghebbenden onder leiding van de Europese pijnfederatie EFIC en Pain Alliance Europe (PAE), dat tot doel heeft het bewustzijn over pijn te vergroten en het pijnbeleid te veranderen. Het wetenschappelijke kader van het MIP-platform valt onder de verantwoordelijkheid van EFIC en de strategische richting van het project wordt bepaald door beide partners. De farmaceutische bedrijven Grünenthal GmbH en GSK zijn de belangrijkste sponsors van het MIP-platform (Maatschappelijke Impact van Pijn).