

EEN PIJNLIJKE INGREEP

Staken financiering kenniscentra slecht voor pijnbehandeling

Pijnbehandeling was altijd het stiefkind van de gezondheidszorg. De pijnkenniscentra brachten daar verandering in. Nu dreigt de geldkraan te worden dichtgedraaid, terwijl het karwei nog lang niet klaar is.



BEELD: SHUTTERSTOCK

ANDRÉ P. WOLFF
BEN J.P. CRUL

Minister Hoogervorst kondigde in juni van dit jaar aan de structurele financiering voor de Nederlandse pijnkenniscentra (PKC's) per 31 december 2007 te willen beëindigen. De centra (UMC St Radboud, Erasmus MC, UMC Groningen en academisch ziekenhuis Maastricht) werden in 1994 opgericht en later uitgebreid tot acht centra met UMC Utrecht, VU medisch centrum Amsterdam, Leids Universitair Medisch Centrum en AMC Amsterdam.^{1 2} Kerntaak van de PKC's is kennis over pijn en pijnbehandeling breed te verspreiden, zodat artsen patiënten optimaal voor hun pijn kunnen behandelen. Dat ideaal is nog niet bereikt. Het besluit is daarom even onbegrijpelijk als onwenselijk.

ENORME KOSTEN

De staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ten tijde van de oprichting van de PKC's, Hans Simons, zag in dat de aandacht voor pijn binnen de geneeskunde structureel tekortschoot en dat structurele overheidssteun daar-

om noodzakelijk was.^{1 2} Pijnbehandeling was te veel afhankelijk van persoonlijke inzet en enthousiasme van de individuele behandelaar. Er was onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing van geavanceerde pijnbehandelingen, vooral bij chronische pijnpatiënten. Veel artsen hadden te weinig kennis van pijn en pijnbehandeling. Zowel in de basisopleiding als in de medisch-specialistische opleidingen kwam pijn nauwelijks aan de orde. Behandelprotocollen ontbraken en de registratie deugde niet. Ook was het verwijspatroon ondoorzichtig evenals de indicatiestelling voor de verschillende behandelingen. Artsen zagen pijn doorgaans uitsluitend als een symptoom of als een nuttig signaal.

De Gezondheidsraad wees er in 1986 al op dat in Nederland de behandeling van patiënten met pijn ernstig tekortschoot en dat de kennis onder professionals op dit gebied ondermaats was.³ Een complicerende factor was en is dat pijn niet tot één medisch domein behoort. Dat betekent dat vrijwel iedere arts met pijn te maken heeft, maar niemand de behandeling ervan als een hoofdtaak ziet. Kortom, pijnbehandeling was het stiefkind van de geneeskunde en gezondheidszorg. Pijnklachten waren destijds

verantwoordelijk voor 20 procent van de bezoeken aan de huisartsen. Eén op de tien voorgeschreven geneesmiddelen was een pijnstiller. Door ziekteverzuim en productiviteitsverlies waren de maatschappelijke kosten enorm. Deze bedroegen in 1991 voor rugpijn 1,7 procent van het nationaal product. Een situatie die sterk voor verbetering vatbaar was.

MAATSCHAPPELIJK RELEVANT

Gezien deze structurele achterstelling heeft de overheid toen nadrukkelijk gekozen voor een blijvende en ook structurele financiering, die werd ondergebracht in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). De overheid besloot PKC's primair via de patiëntenzorg en niet via onderzoeksgelden te financieren. Dat besluit werd gevoed vanuit het besef dat alleen langdurige ondersteuning een gewenst resultaat zou opleveren en subsidies, in het algemeen, een tijdelijk karakter hebben. Elke drie jaar werden de resultaten, met behulp van externe bureaus geëvalueerd, als goed beoordeeld en met waardering ontvangen door het ministerie.

De afgelopen twaalf jaar is er hard gewerkt en veel bereikt. Er is meer inzicht gekomen in de epidemiologie van onder meer pijn bij kanker, postoperatieve pijn,

SAMENVATTING

- De Gezondheidsraad stelde in 1986 al vast dat in Nederland de behandeling van patiënten met pijn ernstig tekortschoot en dat de kennis onder professionals op dit gebied ondermaats was. De pijnkenniscentra brachten daarin verandering.
- Nu dreigt de minister de geldkraan dicht te draaien, terwijl het karwei nog maar ten dele is geklaard.
- Door de financiering voor de activiteiten van de PKC's stop te zetten, gaat kenniskapitaal verloren en zal een groot deel van de huidige problemen op pijngebied niet worden opgelost.

pijn bij kinderen, ouderen, wilsonbekwamen, gehandicapten, mensen met uitingstoornissen en chronische pijnsyndromen. Op basis hiervan is beleid ontwikkeld en zijn prioriteiten gesteld bij het wetenschappelijk onderzoek. Dit resulteerde in meer dan 300 nationale en internationale publicaties en 31 proefschriften.⁴

Veel onderwijs is geïntegreerd en geïmplementeerd, zowel *pregraduate*, in medische en paramedische curricula, als *postgraduate*. Werken in multidisciplinair verband werd gestimuleerd. Belangrijk hierbij was het geven van scholing en het vormen van netwerken van psychologen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen ten behoeve van diagnostiek en behandeling van pijn. PKC's hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van achttien protocollen en richtlijnen. Ook is een pijnclassificatie ontwikkeld. Maatschappelijk relevante onderwerpen als euthanasie en palliatieve zorg en sedatie leidden door toedoen van de PKC's tot meer aandacht en kennis bij artsen en brede maatschappelijke discussies.

ABSOLUTE NOODZAAK

Begin 2006 kreeg het ministerie van VWS het rapport 'De pijnkenniscentra na 2007: een absolute noodzaak!' aangeboden.⁴ Daaruit blijkt dat een goed begin is gemaakt met een groot karwei dat echter, gezien de complexe achtergrond en aard van pijndiagnostiek en -behandeling, nog maar zeer ten dele is geklaard.

Twaalf jaar was voldoende voor het opzetten van goede onderzoeklijnen en het starten van een, in zijn consistentheid, unieke samenwerking tussen de vier PKC's en vier academische pijncentra. Deze periode is echter te kort voor het neerzetten van een landelijk net van toereikende zorg voor een com-

plex gezondheidsprobleem dat tientallen jaren in de geneeskunde onderbelicht is gebleven. Door het staken van de financiering zal een groot deel van de huidige problemen op pijngebied waarmee artsen en patiënten kampen, niet worden opgelost.

plex gezondheidsprobleem dat tientallen jaren in de geneeskunde onderbelicht is gebleven. Door het staken van de financiering zal een groot deel van de huidige problemen op pijngebied waarmee artsen en patiënten kampen, niet worden opgelost.

plex gezondheidsprobleem dat tientallen jaren in de geneeskunde onderbelicht is gebleven. Door het staken van de financiering zal een groot deel van de huidige problemen op pijngebied waarmee artsen en patiënten kampen, niet worden opgelost.

KINDERSCHOENEN

Ondanks verbeterde behandeling van postoperatieve pijn, varieert de incidentie van chronisch geworden postoperatieve pijn nog altijd van 12 procent na liesbreukoperaties en 50 procent na operaties aan borst of borstkas tot 80 procent van de gevallen waarin een lidmaat wordt geamputeerd.^{9,10} De preventie van chronische pijn staat nog in de kinderschoenen. Rugklachten vormen de helft van alle chronische pijnklachten. Toch kan in 85 procent daarvan geen specifieke diagnose worden gesteld.

Onderzoek heeft geleid tot het belangrijke inzicht dat chronische pijn functionele én morfologische veranderingen van het zenuwstelsel veroorzaakt. Op basis daarvan wordt de veronderstelling dat chronische pijn geen symptoom is maar een ziekte, steeds aannemelijker. We zullen opvattingen over pijn als verschijnsel moeten herzien. Echter, het toepassen van een diagnostische benadering van de patiënt met acute en chronische pijn, gericht op onderliggende pijnmechanismen en gericht op functio-

heid het begrip kenniseconomie breed propageert. Niet alleen de teloorgang van de inmiddels door de PKC's verzamelde kennis en kunde dreigt, maar ook van allerlei onderlinge samenwerkingsverbanden. In de praktijk leidt afname van kennis en kunde in de medische opleiding bij artsen en andere hulpverleners uiteindelijk tot onderbehandeling van pijnpatiënten. Deze groep, zo is de verwachting, zal in de nabije toekomst alleen maar in getal en last toenemen. Het jaarlijkse bedrag dat de overheid uitspaart door de kenniscentra niet meer te financieren is twee miljoen euro. Dat is zegge en schrijven nog geen euro per Nederlander die aan chronische pijn lijdt. ■

dr. A.P. Wolff,
hoofd Pijnkenniscentrum UMC St Radboud

prof. dr. B.J.P. Crul,
emeritus hoogleraar Pijnbestrijding UMC St Radboud

Correspondentieadres: a.wolff@anes.umcn.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/dezeweek.

Door de vergrijzing lijden in 2010 meer dan 1 miljoen senioren aan chronische pijn

nele en morfologische veranderingen, is helaas nog geen gemeengoed in de dagelijkse praktijk. Een integrale benadering wordt slechts op kleine schaal toegepast.

Just nu pijnonderzoek en behandeling een cruciale fase ingaan, trekt de overheid haar steun in. Stopzetten van financiering voor de activiteiten van de PKC's leidt tot teloorgaan van kenniskapitaal en dat in een land waar de over-

nele en morfologische veranderingen, is helaas nog geen gemeengoed in de dagelijkse praktijk. Een integrale benadering wordt slechts op kleine schaal toegepast.

Just nu pijnonderzoek en behandeling een cruciale fase ingaan, trekt de overheid haar steun in. Stopzetten van financiering voor de activiteiten van de PKC's leidt tot teloorgaan van kenniskapitaal en dat in een land waar de over-

Links naar pijnkenniscentra en academische pijncentra en de afscheidsrede van prof. Crul vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

