



APRIL 2026

47^e jaargang
NR
94

Nederlandstalig Tijdschrift
PIJN
bestrijding

Officiële uitgave van de Pijn Alliantie in Nederland (PA!N) i.s.m. de Belgische Pijnvereniging VAVP



Inhoud

Colofon	03
Richtlijnen voor auteurs	03
Voorwoord	04

Hoofdartikelen

Een venster naar de belevingswereld van mensen met aanhoudende pijn via een online platform van de Landelijke Pijn Organisatie: een kwalitatieve studie naar informatiebehoeften. <i>Kragting M, Ouwerkerk M, de Zeeuw L, Zegwaart J, Hommel K, Voogt L,</i>	05
rTMS voor de behandeling van chronische neuropathische pijn: stand van zaken en toekomst in Nederland <i>Swets T.A.A., Olde Dubbelink K., Snel B.J., Vinke S., Schellekens A., van Eijndhoven P., Kurt E., Vissers K.C., Dalhuisen I., Arnts H.</i>	11
Lange termijn resultaat van Interdisciplinaire Medisch-Specialistische Revalidatie (iMSR) voor chronische rug- en bekkengordelpijn <i>Ronchetti I, van Wingerden J.P.</i>	17
Boekrecensie <i>Het verborgen verhaal van pijn: over de psychologie van chronische pijn. Auteur Han Samwell</i>	28
Boekrecensie <i>Pijn. Een alledaags ongemak. Auteur Robert van Dongen e.a.</i>	30
Posterprijzen van PA:IN-congres 2025 The Future of Pain	31

Colofon

Het Nederlandstalig Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding is een officiële uitgave van de Pijn Alliantie in Nederland in samenwerking met de Belgische Pijnvereniging VAVP. Het tijdschrift verschijnt drie maal per jaar als een open access tijdschrift en wordt verspreid via de website van de Pijn Alliantie in Nederland.

Hoofredacteur

Dr. A. Koke, senior onderzoeker
Vakgroep Revalidatie Geneeskunde
Universiteit Maastricht
Universiteitsingel 40
6229 ER Maastricht
E-mail: albere.koke@maastrichtuniversity.nl

Kernredactie

Dr. B. Brouwer, neuroloog
Vakgroep Anesthesiologie/Pijnbestrijding
MUMC
P. Debyelaan 25
6229 HX Maastricht
E-mail: ba.brouwer@mumc.nl

Drs. Chang Ho Wessel
Afdeling Revalidatiegeneeskunde
Basalt Den Haag
Vrederustlaan 180
2543 SW Den Haag
E-mail: ch.wessel@basaltrevalidatie.nl

Dr. Laurens Peene, anesthesioloog
Multidisciplinair Pijncentrum Ziekenhuis
Oostelijk Limburg, campus Sint-Barbara
Bessemerstraat 478
3620 Lanaken (België)
E-mail: laurens.peene@zol.be

Redactieraad

Wervelkolomgerelateerde Pijn:

- Dr. Bob Ickx, Klina Antwerpen, robert.ickx@pandora.be
- Dr. Nelleke de Meij, MUMC, p.de.meij@mumc.nl
- Dr. Paul Willems, MUMC+ p.willems@mumc.nl
- Prof. Dr. Jan van Zundert, PhD, ZOL, MUMC+ jan.vanzundert@zol.be, jan.van.zundert@mumc.nl

Neuropathische Pijn:

- Dr. Koen van Boxem, ZOL, koen.vb@telenet.be
- Dr. Jan Pierre Van Buyten: AZ Nikolaas St. Niklaas: vanbuyten@skynet.be
- Prof. Dr. Karin Faber, PhD, MUMC+, c.faber@mumc.nl
- Prof. Dr. Frank Huygen, PhD, Erasmus MC, F.Huygen@erasmusmc.nl
- Dr. Remko Liebrechts, r.liebrechts@vumc.nl
- Prof. Dr. Bart Morlion, PhD, Universitaire Ziekenhuizen Leuven: Bart.Morlion@uz.kuleuven.ac.be
- Dr. Pascal Vanelderden, ZOL, pascal.vanelderden@gmail.com

Viscerale Pijn:

- Dr. Guy Boeckstaens, AMC, g.e.boeckstaens@amc.nl
- Dr. Yolande Keulemans, PhD, MUMC+, yolande.keulemans@mumc.nl
- Dr. Martine Puylaert, ZOL, martine.puylaert@skynet.be

Pijn bij kinderen:

- Dr. Monique van Dijk, PhD, Erasmus MC, m.vandijk.3@erasmusmc.nl
- Dr. Piet Leroy, PhD, MUMC+, p.leroy@mumc.nl
- Dr. Micha Sommer, PhD, MUMC+, micha.sommer@mumc.nl

- Prof. Dr. Dick Tibboel, PhD, Erasmus MC, d.tibboel@erasmusmc.nl

Pijn bij Ouderen:

- Dr. Anne Beyen, ZOL, Anne.Beyen@zol.be
- Dr. W. Mulder, PhD, MUMC+, w.mulder@mumc.nl

Neurochirurgie:

- Dr. Dieter Peuskens, ZOL, Dieter.Peuskens@zol.be

Psychiatrie:

- Dr. Carsten Leue, MUMC+, c.leue@mumc.nl

Oncologie/Palliatie:

- Dr. Kees Besse, UMCN, kees.besse@radboudumc.nl
- Prof. Dr. Marieke van de Beuken, PhD, MUMC+, m.vanden.beuken@mumc.nl
- Prof. Dr. Kris Vissers, PhD, UMCN, kris.vissers@radboudumc.nl

Psychologie:

- Dr. Mariëlle Goossens, PhD, MUMC+, M.Goossens@DEP.unimaas.nl
- Dr. Ann Meulders, KU Leuven, ann.meulders@psy.kuleuven.be
- Prof. Dr. Madelon Peters, PhD, MUMC+, Madelon.Peters@DEP.unimaas.nl
- Dr. Steven de Peuter, KU Leuven, steven.depeuter@psy.kuleuven.be
- Dr. Han Samwel, info@hansamwelpsychotherapie.nl

Revalidatie:

- Prof. Dr. Rob Smeets, PhD, CIR, r.smeets@maastrichtuniversity.nl
- Prof. Dr. Jeanine Verbunt, PhD, MUMC+, jeanine.verbunt@maastrichtuniversity.nl

Manuele Geneeskunde:

- Dr. Sjef Rutte, Praktijk Haarlem, sjefrutte@gmail.com

Ergotherapie:

- Inge Kieboom, inge@kieboom.name

Secretariaat NTPP

E-mail: secretariaat.ntpp@gmail.com

Grafische vormgeving

Pressandpaper
Kouwendestraat 124
6431 HC Hoensbroek
Tel. 045 563 05 60
www.pressandpaper.nl

Richtlijnen voor auteurs

Berichten, mededelingen en artikelen dienen, respectievelijk vóór 1 maart, juli en november, in bezit te zijn van het secretariaat: secretariaat.ntpp@gmail.com.

Door het inzenden van de kopie verklaart de auteur:

- Dat hij/zij volledige auteursrecht aan dit tijdschrift overdraagt. Wordt het stuk afgewezen dan vallen de rechten weer terug aan de inzender. De inzender krijgt de kopie in enkelvoud teruggezonden.
- Dat het manuscript niet terzelfder tijd aan een ander tijdschrift is aangeboden, elders is geaccepteerd voor publicatie of reeds eerder is gepubliceerd.
- Dat hij/zij ermee akkoord gaat dat de redactie zijn/haar kopij aan haar reviewers voorlegt.
- Dat de met name genoemde personen die op enigerlei wijze aan het tot stand komen van het

artikel hebben bijgedragen akkoord gaan met de vermelding van hun naam erin.

- Dat de betrokkenen hun toestemming hebben gegeven voor het publiceren van reeds eerder gepubliceerd materiaal of van foto's waarop een persoon herkenbaar is.

Aanleveren als word-document. Gebruik papierformaat A4, met enkele regelafstand en duidelijk leesbare standaardletter. Aan de linkerzijde dient een kantlijn van 4 cm aangehouden te worden. Let op de correcte schrijfwijze van woordsamenstellingen.

De volgorde van de verschillende onderdelen is als volgt:

1. Titelpagina met naam en titel(s) van de auteur(s). Vermeld van iedere auteur instituut, afdeling, tituluur en discipline alsmede van de eerste auteur het correspondentieadres, telefoonnummer en e-mailadres.
2. Samenvatting van ten hoogste 200 woorden, alsmede een Engels abstract.
3. Inleiding.
4. Methodiek.
5. Resultaten.
6. Discussie.
7. Wat is al bekend en Wat voegt deze studie toe.
8. Literatuur. Als in de tekst naar de literatuurlijst wordt verwezen moet dat door een nummer in superschrift in de tekst te plaatsen achter het leesteken waarmee de bewering wordt afgesloten. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst. De literatuurlijst is gerangschikt naar het nummer van de verwijzingsnoot. Elk nummer krijgt een nieuwe regelnummer, namen en voorletters van alle auteurs (geen "et al." vermeldingen), volledige titel van de publicatie, de naam van het tijdschrift in de standaardafkortingen volgens de Index Medicus, jaartal, deelnummer, eerste en laatste bladzijde (bijv. Egbert DL, Battiit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement an instruction of patients. New Engl J Med 1964; 270:825-7).
9. Dankbetuiging.
10. Tabellen dienen in Wordformat aangeleverd te worden. Legenda van ingestuurde tabellen of figuren toevoegen. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst.
11. Legenda van eventueel ingestuurde figuren.
12. Figuren in de vorm van tekeningen met zwarte inkt of van zwart-wit foto's. Bij het insturen van figuren moet rekening gehouden worden met de verhouding van de figuur ten opzichte van de grootte in het artikel. Bij elk onderdeel moet op een nieuwe pagina worden begonnen.
13. Afbeeldingen digitaal aanleveren als psd, jpeg, tif of pdf; in het gewenste formaat, resolutie 300 dpi.

Bij Case Reports is de volgorde van de verschillende onderdelen hetzelfde als bovenvermeld voor wat betreft 1, 2 en 3. Hierna volgt onder 4. beschrijving van de casus, gevolgd door 5. Discussie. Voor het overige wordt het format gevolgd zoals hierboven onder punt 8 t/m 12 is vermeld.

Bij Referaten van artikelen is de volgorde van de verschillende onderdelen 1. Originale titel van het gerefereerde artikel, 2. Referentie van het artikel, 3. Originale Engelse Abstract van het artikel 4. Referaat (minimaal 500 en maximaal 1000 woorden), 5. Naam referent, instituut, e-mail adres.

Voorwoord

Voor u ligt het eerste nummer van 2026, het jaar waarin het nieuwe kabinet van start is gegaan. En zo langzaam wordt duidelijk wat het beleid op gebied van de gezondheidszorg gaat worden. Het kabinet wil de “gezondste generatie ooit” creëren, dat is op zich natuurlijk een mooi streven. Maar helaas lijkt dat ten koste te gaan van mensen met een chronische aandoening. En hoewel in beleidsplannen niet specifiek de groep aanhoudende pijn genoemd wordt is dit wel een kwetsbare groep die hierdoor sterker geraakt kan worden.

Want een hoger eigen risico en verder bezuinigingen dragen het risico mee dat mensen zorg gaan “mijden” en mensen dus ‘te’ laat naar huisarts of specialist gaan. En dat kan leiden tot verergering van klachten en uiteindelijk mogelijk juist meer zorgkosten. Ook is niet zeker dat preventie automatisch leidt tot lagere zorgkosten. En ook preventie zal niet gratis zijn en dan is de vraag wie dat wel kan betalen. Mensen met lagere inkomens hebben meer kans ook hier de boot te missen. Maar goed, we zullen moeten afwachten hoe een en ander vormgegeven wordt en effecten zullen ook niet op korte termijn zichtbaar worden. Vraagt dus om goed op te blijven letten en tijdig aan de bel te trekken daar waar het mis dreigt te gaan.

In dit nummer zijn we blij om u een aantal mooie originele artikelen te kunnen aanbieden, vanuit patiëntenperspectief, nieuwe behandelmogelijkheden en resultaten van interdisciplinaire behandeling.

In het artikel van Kragting et al worden resultaten gepresenteerd van ervaringen van lotgenotencontact op een Facebookgroep op de website van de Landelijke Pijn Organisatie (LPO). Daaruit blijkt ervaringen van lotgenoten van meerwaarde zijn bovenop hulp van een professional. Praktische informatie over dagelijkse zaken, het delen van ervaringen, naar elkaar te luisteren maakt het makkelijker om moeilijke momenten door te komen. Ieder zijn verhaal doet ertoe en het advies is dan ook om hier mensen vanuit behandeling te wijzen op dit soort lotgenotencontact. In het artikel van Swets et al wordt een interessante redelijk nieuwe behandelmethode toegelicht; repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS). Een niet-invasieve neuromodulatietechniek waarbij via elektromagnetische inductie corticale hersengebieden gestimuleerd en gemoduleerd kunnen worden. Veelbelovend maar verder onderzoek is nodig.

In het artikel van Inge Ronchetti en Jan-Paul van Wingerden worden de lange termijneffecten van een interdisciplinair revalidatieprogramma voor mensen met chronische rug- en bekkengordelpijn beschreven. Mooi om te zien dat effecten ook over langere tijd gehandhaafd blijven, op meerdere domeinen. En niet onbelangrijk een blijvend effect op zorgconsumptie op meerdere gebieden: minder specialistenbezoek, onderzoeken, medicatie, hulpmiddelengebruik en eerstelijns zorg.

En als dat nog niet genoeg leesplezier heeft opgeleverd kunt u altijd twee recente boeken aanschaffen ‘Het verborgen verhaal van pijn: over de psychologie van chronische pijn’ van Han Samwell en het boek Pijn. Een alledaags ongemak van Robert van Dongen e.a. Kijk maar naar de recensies.

Veel leesplezier

Namens de Redactie
Albère Köke

Een venster naar de belevingswereld van mensen met aanhoudende pijn via een online platform van de Landelijke Pijn Organisatie: een kwalitatieve studie naar informatiebehoeften.

Maaïke Kragting,^{1,2} Maud Ouwerkerk¹, Laura de Zeeuw¹, Joyce Zegwaart¹, Koert Hommel³, Lennard Voogt,^{1,2,4}

1) Opleiding Fysiotherapie, Hogeschool Rotterdam, Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam, Nederland.

2) Lectoraat Bewegen naar Gezondheid, Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam, Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam

3) Landelijke Pijn Organisatie, Nederland

4) Pain in Motion Research Group, Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaan 103, 1090 Brussel, België

Samenvatting

Inleiding: Aanhoudende pijn beïnvloedt het leven van miljoenen Nederlanders. Het kost hen vaak moeite om grip te krijgen op hun situatie. Regelmatig ervaren zij een gebrek aan heldere, toegankelijke informatie of een gebrek aan steun. Dit onderzoek belicht de (informatie) behoeften van mensen met aanhoudende pijn in een onlinegemeenschap. Het artikel is geschreven om (h)erkenning te bieden aan mensen met aanhoudende pijn én praktische adviezen te delen die zij elkaar geven.

Methode: Binnen dit kwalitatieve onderzoek zijn circa 500 berichten geanalyseerd van 68 mensen met aanhoudende pijn die deelnamen aan de besloten Facebookgroep van de Landelijke Pijn Organisatie (LPO).

Resultaten: Vier hoofdthema's kwamen naar voren: steun van anderen helpt mensen de pijn beter te dragen; iedereen zoekt zijn eigen manier om met pijn om te gaan; informatie en ervaringen delen geeft inzicht, praktische tips en (h)erkenning; en verhalen over persoonlijke groei en veerkracht tonen hoe mensen ondanks pijn kleine stappen vooruitzetten.

Discussie: De uitwisseling van informatie en ervaringen binnen de Facebookgroep biedt (h)erkenning en praktische tips die mensen helpen hun leven met pijn beter te organiseren.

Er is behoefte aan informatie die verder gaat dan medische uitleg alleen, met ruimte voor emotionele eerlijkheid en kwetsbaarheid. Lotgenotencontact biedt steun en inspiratie, en helpt bij het omgaan met pijn.

Door authentieke berichten uit een besloten facebookgroep te analyseren is er een reëel beeld verkregen van wat mensen met aanhoudende pijn ervaren.

Aanbeveling: Mensen met aanhoudende pijn geven aan veel te hebben aan contact met lotgenoten. Het kan helpen als zorgverleners hun patiënten wijzen op websites of organisaties die dit soort contact mogelijk maken. Uit dit onderzoek komen aanbevelingen die mensen kunnen ondersteunen om meer grip op hun pijn te krijgen.

Inleiding

In Nederland leeft één op de vier mensen met aanhoudende pijn (1). Misschien ben jij er daar ook één van. Pijn die maar niet overgaat en waarvoor geen duidelijke oorzaak is heeft vaak een grote invloed op je leven. Je voelt je misschien vaak moe, somber of gespannen. Dingen die voorheen vanzelf gingen, zoals werken, sporten of sociale contacten, kunnen opeens moeilijk of zelfs onmogelijk zijn (2-4). Veel mensen voelen

zich niet goed begrepen of geholpen. De uitleg van artsen is soms ingewikkeld of sluit niet aan bij jouw situatie of behoefte. Daardoor ga je misschien zelf op zoek naar informatie, maar online zie je soms door de bomen het bos niet meer of kom je tegenstrijdige adviezen tegen. Dat kan verwarrend zijn en het lastig maken om te weten wat je nu eigenlijk moet doen.

Iedereen ervaart pijn op zijn eigen manier. Wat voor de één goed werkt, past misschien minder goed bij de ander, of sluit juist erg goed aan (5, 6). Dit onderzoek is gedaan om beter te begrijpen waar mensen met aanhoudende pijn behoefte aan hebben, welke informatie en ervaringen ze delen, wat ze verwachten van zorgverleners en hoe ze elkaar helpen. Dit is gedaan door berichten uit de besloten Facebookgroep van de Landelijke Pijn Organisatie (LPO) - een plek waar mensen met aanhoudende pijn elkaar steunen en tips geven - te analyseren vanuit de vraagstelling: "Waar hebben mensen met aanhoudende pijn behoefte aan?". Door deze berichten te verzamelen, willen we erkenning geven aan mensen met aanhoudende pijn én praktische adviezen bieden. Niet om te zeggen wat je moet doen, maar om je te helpen ontdekken wat mogelijk is via ervaringen van anderen - op jouw manier, in jouw tempo. Ook kan deze informatie LPO helpen om betere en duidelijkere informatie te geven aan mensen die dagelijks met pijn leven via hun platform Pijnstad.nl (3).

Methode

Voor dit kwalitatieve onderzoek is samengewerkt met LPO en is toestemming verleend vanuit de ethische commissie van de Hogeschool van Rotterdam (referentienummer: 20221001-2). Het onderzoek is uitgevoerd door derdejaars fysiotherapiestudenten onder begeleiding van een ervaren onderzoeker (MK). Gedurende twee periodes van één maand zijn er berichten uit een besloten Facebookgroep verzameld, een plek waar mensen met aanhoudende pijn hun verhalen, vragen en ervaringen delen. Dit online platform is opgericht door LPO en kende op het moment van onderzoek ongeveer 4500 leden. De leden werden via een 'sticky post' op de Facebookpagina en via de website van de LPO geïnformeerd over de doelstelling en werkwijze van het onderzoek. De onderzoekers

verzamelden en anonimiseerden de berichten van leden die daar toestemming voor hadden gegeven. Vervolgens werden de berichten zorgvuldig gelezen en thematisch geanalyseerd aan de hand van de centrale vraag: "Waar hebben mensen met aanhoudende pijn behoefte aan?"

In de eerste fase zijn de berichten gelabeld met trefwoorden om relevante begrippen te identificeren (open coderen)(7). De trefwoorden, inclusief omschrijvingen en voorbeelden, zijn vastgelegd in een codeboek. Daarna zijn de trefwoorden samengebracht in bredere categorieën om onderliggende patronen en betekenissen in de belevingswereld van mensen met chronisch pijn zichtbaar te maken (axiaal coderen)(7). Tot slot is de thematische structuur verder aangescherpt door de overkoepelende thema's te formuleren en beschrijven(7). De thema's zijn gedurende de analyse tweemaal besproken met 2 bestuursleden van de LPO (KH en AR) en de begeleidend onderzoeker (MK).

Resultaten

247 leden hebben actief toestemming gegeven voor het gebruik van hun berichten. Van deze groep hebben 68 leden tijdens de onderzoeksperiode daadwerkelijk berichten geplaatst. In totaal zijn ongeveer 500 berichten geanalyseerd. Uit de berichten kwamen vier thema's naar voren, die hieronder worden toegelicht.

Steun van anderen

Aanhoudende pijn kan zwaar zijn en heeft invloed op de manier waarop mensen contact hebben met familie en vrienden. In de berichten uit de Facebookgroep valt op dat mensen steun halen uit kleine momenten samen met hun dierbaren. Een rustige dag, een berichtje, een vriendelijk woord, luisterend oor of gewoon samenzijn helpt om het gevoel te hebben er niet alleen voor te staan en het wat lichter te maken. Zulke momenten geven hen kracht. Ook voelen ze zich meer verbonden met anderen, wat het weer makkelijker maakt om door te gaan.

P44: "Ik ben dankbaar voor een gezellige dag met mijn man."

P35: "Dankbaar voor een gezellige avond met mijn vriendengroep. Kon het wel even gebruiken. Nu weer met nieuwe energie verder."

Tegelijkertijd kunnen aanhoudende klachten sociale verhoudingen onder druk zetten. Doordat pijn vaak onzichtbaar is, voelen mensen zich in het contact met anderen geregeld onbegrepen. Het helpt als naasten leren signalen te herkennen; sommigen zien aan iemands ogen hoe het echt gaat.

P32: "En als ik dan heel neutraal tegen mijn partner zeg dat het komt omdat ik zo'n pijn in mijn rug heb, dan zeur ik teveel."

P82: "Ik hoef niet veel meer te zeggen. Mensen die mij goed kennen zien gelijk aan de stand van mijn ogen wat voor een dag ik heb. Die zien gelukkig ook wanneer het omslaat."

Mensen geven bovendien aan dat zij hun dagelijks leven vaak moeten aanpassen: minder spontane activiteiten, vaker grenzen aangeven of sneller vermoeid raken. Dit vraagt om wederzijds begrip en aanpassing, zowel van henzelf als van hun omgeving. Sociale contacten bieden steun, maar kosten ook energie. Mensen zoeken naar een evenwicht tussen hulp ontvangen en zelf iets terugdoen. Voor sommigen helpt het bijvoorbeeld om de afspraken korter te maken. Het delen van ervaringen met naasten of lotgenoten kan mensen met pijn helpen om zich gehoord en erkend te voelen en versterkt vaak het onderlinge contact.

Jouw eigen wijze van zelfregie

Iedereen gaat op zijn eigen manier om met pijn. Sommige mensen leren beter hun grenzen herkennen of geven zichzelf een concrete opdracht, anderen richten hun dag anders in of nemen meer rust.

P240: "Ik heb veel aan de revalidatie gehad, niet dat ik van de pijn af ben maar weet nu wel beter waar ik op moet letten."

P14: "Ik leer ondanks de pijnen samen hand in hand te gaan, ... en leuke dingen te blijven doen, ... Dat gebeurt met een lach en een traan, ... Zelf geef ik mij iedere week een kleine opdracht, dat kan iets creatiefs zijn, maar ook een kast in en of opruimen, ... zo neem ik de tijd om de opdracht te vervullen in mijn eigen tempo. Je leert te luisteren naar je lichaam, en positief te blijven ..."

In de berichten komt naar voren dat het vaak gaat om kleine veranderingen die toch iets kunnen verbeteren, zoals elke dag op een vast moment bewegen, een warm bad nemen, of een be-

paalde routine inbouwen. Het besef dat de pijn niet zomaar verdwijnt, maar dat je wél invloed hebt op hoe je ermee omgaat, biedt houvast. Het helpt om keuzes bewuster te maken en een eigen ritme te vinden, maar vraagt tijd, aandacht en oefening. Ook het erkennen van mindere momenten speelt daarin een rol, zonder de druk te voelen om die direct op te lossen. Mensen geven aan dat het belangrijk is om moeilijke momenten gewoon te laten bestaan. Niet alles hoeft opgelost te worden.

Informatie en ervaringen delen

Veel mensen met aanhoudende pijn hebben vragen. Waar komt de pijn vandaan? Hoe kan je er in het dagelijks leven mee omgaan? In de berichten is te lezen dat mensen niet altijd genoeg informatie krijgen van hun arts of behandelaar of praktische tips missen. Daarom delen mensen hun ervaringen in de Facebookgroep. Ze vertellen wat ze hebben meegemaakt, of wat bij hen wel of niet heeft geholpen. Het delen van verhalen helpt om meer inzicht te krijgen in wat er allemaal mogelijk is. Door zulke gesprekken ontdekken mensen soms iets nieuws: een behandelmogelijkheid, een vorm van hulp, of gewoon erkenning van hoe zwaar het soms is.

P204: "Ik heb zelf moeten worstelen met het afbouwen [van medicatie] bij gebrek aan hulp en heb ervaren dat dit heel zwaar was."

P216: "Heb je wel eens overwogen om hulp te zoeken om daar je verhaal kwijt te kunnen? Soms kan alleen spuien al wat verlichting brengen."

Persoonlijke groei en veerkracht

Sommige mensen delen niet alleen hun klachten, maar ook wat ze ondanks de pijn toch proberen te doen. In deze verhalen is te zien hoe mensen in kleine stappen vooruitgaan.

P200: "Ik heb mijn moed bij elkaar geraapt en een gesprek aangevraagd met een personal trainer in de fitnessschool."

P192: "Dankbaar dat ik voor het eerst sinds anderhalf jaar weer mee kon met de wandelclub. Met rollator en na twintig minuten teruggegaan en vast een koffietje genomen, maar toch!"

Deze berichten laten zien dat pijn er nog steeds is, maar dat er soms ruimte ontstaat om iets nieuws te proberen. Ook vinden ze het fijn om

anderen op deze manier te helpen of inspireren. Mensen met aanhoudende pijn voelen zich vaak verbonden met anderen die soortgelijke dingen meemaken. Ze herkennen ervaringen bij elkaar en geven aan dat het fijn is om eerlijk te mogen zijn, bijvoorbeeld over hoe zwaar het soms is. Ze willen zich niet verplicht voelen om zich altijd positief voor te doen. Ze willen juist ook hun frustraties of verdriet kunnen delen. Dat lucht op, en geeft ruimte om gewoon jezelf te zijn – ook met pijn.

P204: "Ik ken, net als jullie, immers het gevecht met dagelijkse pijn maar al te goed. En dat is er een – zoals we weten – die je niet (makkelijk) wint."

P211: "Niet elke ziekte is een 'opportunity'; soms is ziekte ook gewoon balen."

Discussie

Veel mensen met aanhoudende pijn lijken steun te vinden bij anderen die hetzelfde meemaken. In de Facebookgroep van LPO delen zij ervaringen, stellen vragen en geven elkaar tips. Deze uitwisseling lijkt mensen te helpen om beter met de pijn om te gaan en geeft het gevoel dat ze er niet alleen voor staan. Mensen zoeken naar manieren om hun dagelijks leven beter vol te houden, bijvoorbeeld door rustmomenten te plannen, hun dag anders in te delen of beter naar signalen van hun lichaam te luisteren. Schijnbaar is niet alleen medische informatie belangrijk, maar ook het delen van ervaringen, emoties, praktische tips en herkenning in de verhalen van anderen. Kleine dingen, zoals een vaste routine, een bemoedigend woord of een goed gesprek, kunnen het dagelijks leven makkelijker maken. Deze resultaten sluiten aan bij wat eerder onderzoek laat zien, namelijk het belang van het leren omgaan met pijn en steun krijgen van anderen, waaronder ervaringsdeskundigen (8,9). Ook wordt het belang van acceptatie van de pijn benadrukt (9-11). Wat ons onderzoek laat zien, is dat het voor veel mensen niet alleen gaat om pijn accepteren, maar vooral om elke dag te kijken hoe ze verder kunnen. Praktische tips kunnen hierbij helpen en sociale steun is daarbij belangrijk. Het gevoel dat iemand je echt begrijpt, of dat nu een partner, vriend of lotgenoot is, maakt het leven met pijn draaglijker. Zelfs een vriendelijk woord

of een luisterend oor kan veel betekenen. Dit laat zien dat ervaringsuitwisseling, bijvoorbeeld via sociale netwerken en online platforms, een wezenlijk onderdeel van de steun aan mensen met aanhoudende pijn vormt.

De berichten uit de Facebookgroep zijn afkomstig uit een relatief grote groep mensen met aanhoudende pijn en door meerdere onderzoekers systematisch bekeken, besproken, bediscussieerd en geïnterpreteerd. Bovendien zijn de resultaten voorgelegd aan bestuursleden van de LPO - tevens ervaringsdeskundigen - die de Facebookgroep al jaren beheren en weten wat er in de groep leeft. Dit maakt de uitkomsten valide. Wel is het goed om te benoemen dat er een positieve teneur zat in de berichten. Regelmatige berichten van het moderatieteam van de Facebookgroep met de vraag "waar ben je dankbaar voor?..." kunnen dit hebben geïnitieerd. Negatieve ervaringen of kritische verhalen zijn daardoor mogelijk minder zichtbaar geweest. Toekomstig onderzoek zou daarom ook kunnen kijken naar lastige of negatieve ervaringen, om zo de begeleiding, informatie en steun aan mensen met aanhoudende pijn verder te kunnen verbeteren.

Dit onderzoek benadrukt het belang van lotgenotencontact bij aanhoudende pijn. Het laat zien dat ervaringsdeskundigheid en het uitwisselen van ervaringen een belangrijk onderdeel kan vormen van de totale zorg in de pijnwereld. Lotgenoten contact via onlinegemeenschappen verloopt vooralsnog vooral buiten de reguliere zorgpaden (12). Zorgprofessionals lijken terughoudend te zijn in het verwijzen naar online gemeenschappen voor lotgenotencontact, omdat zij belang hechten aan de kwaliteit en toon van de geboden ondersteuning (13). Zij benadrukken dat lotgenoten bij voorkeur positief ingesteld moeten zijn, niet moeten bijdragen aan negatieve emoties rond chronische pijn en over voldoende kennis van pijneducatie en niet-medicamenteuze zelfmanagementstrategieën moeten beschikken (14). Wanneer deze voorwaarden niet gegarandeerd zijn, kunnen zorgverleners twijfelen aan de geschiktheid van (online) lotgenotencontact als ondersteunende interventie (13).

Bewustwording van de waarde van ervaringsdeskundigheid, de inzet van ervaringsverhalen van mensen met aanhoudende pijn door opleidingen tot zorgprofessional en kennis over het bestaan van onlinegemeenschappen, zoals Pijnstad.nl (3) en www.pijnpatientennaar1stem.nl (15) zou gemeengoed moeten zijn voor zorgprofessionals die werken met mensen met aanhoudende pijn. Om zorgprofessionals en mensen met aanhoudende pijn te ondersteunen is op basis van de resultaten van dit onderzoek een zelfhulptool ontwikkeld (zie figuur 1). Hierin staan herkenbare uitspraken, tips en inzichten van mensen met aanhoudende pijn. Ook is een link naar de online gemeenschap Pijnstad.nl - een initiatief van de Landelijke Pijn Organisatie – opgenomen om de toegankelijkheid te faciliteren (16). De tool is bedoeld om steun te bieden, ideeën te geven en te laten zien dat je niet alleen bent als je aanhoudend pijn ervaart.

Conclusie

Mensen met aanhoudende pijn hebben vooral behoefte aan informatie die herkenbaar en praktisch is. Ervaringen van lotgenoten kunnen van meerwaarde zijn boven alleen de hulp van een professional. Kleine aanpassingen in de dagelijkse routine en sociale steun kunnen helpen om beter met de pijn om te gaan. Door ervaringen te delen en naar elkaar te luisteren, ontstaat er begrip en verbondenheid. Dit maakt het makkelijker om moeilijke momenten door te komen. Ook al blijft de pijn, met geduld en steun kun je stap voor stap meer grip op je leven krijgen. Je staat er niet alleen voor. Het is oké om hulp en steun te zoeken wanneer je dat nodig hebt. Jouw verhaal doet ertoe, met jouw ervaringen kan je bovendien de ander steunen.

Dankwoord

Wij bedanken alle deelnemers uit de Facebook-groep van de Landelijke Pijn Organisatie voor hun openheid en inzet. Ook willen we de bij dit onderzoek betrokken bestuursleden van de LPO - Anna Raymann en Koert Hommel – bedanken voor de samenwerking.



Figuur 1: Grip op pijn – het perspectief van mensen met chronisch pijn

Referenties

- Schelde vdA, Koppel Mvd, Kanne P. Ervaringen van Nederlanders met chronische pijn. Amsterdam: Ipsos I&O, Anesthesiologie NVv; 2024. Contract No.: 2024/244.
- Louw A, Zimney K, Puenteadura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy theory and practice*. 2016;32(5):332–55.
- Pijnstad.nl. Leven met chronische pijn: Landelijke Pijn Organisatie; 2025 [Available from: <https://pijnstad.nl/informatiecentrum/informatiecentrum-start/leven-met-chronische-pijn/>].
- Reitsma-Lutjes J, Koetsier P, Stronks D, Samwel H, Zonneveld L. Waarom pijn vraagt om de psycholoog als medebehandelaar - een pleidooi. *De psycholoog*. 2024(April 2024).
- Genootschap NH. NHG-Standaard Pijn. Pijn: NHG-werkgroep: Keizer D, Luiten WE, Schouthern F, Van den Donk M., Veldhoven CMM, Verbree-Wilemsen L, Vossenberg PCT; 2024.
- Specialisten FM. Chronische Pijnrevalidatie. Federatie Medisch Specialisten; 2024.
- Wouters E, VZY, Bruijning J. (Eds). *Practice Based Research in (Allied) Healthcare*. Bussum: Uitgeverij Coutinho / Boom Uitgevers; 2021.
- Newton-John TR. Solicitousness and chronic pain: A critical review. *Pain Reviews*. 2002;9(1):7.
- Pester BD, Tankha H, Cano A, Tong S, Grekin E, Bruinsma J, et al. Facing Pain Together: A Randomized Controlled Trial of the Effects of Facebook Support Groups on Adults With Chronic Pain. *J Pain*. 2022;23(12):2121–34.
- Bruce M, Lopatina E, Hodge J, Moffat K, Khan S, Pyle P, et al. Understanding the chronic pain journey and coping strategies that patients use to manage their chronic pain: a qualitative, patient-led, Canadian study. *BMJ Open*. 2023;13(7):e072048.
- Nishat F, Kelenc L, Berard R, Duffy C, Feldman B, Forgeron P, et al. Assessing the impact of the iPeer2Peer program for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: a mixed-methods randomized controlled trial. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2024;22(1):109.
- Necaise A, Amon MJ. Peer support for chronic pain in online health communities: quantitative study on the dynamics of social interactions in a chronic pain forum. *Journal of Medical Internet Research*. 2024;26:e45858.
- Devan H, Godfrey HK, Perry MA, Hempel D, Saibe B, Hale L, et al. Current practices of health care providers in recommending online resources for chronic pain self-management. *Journal of pain research*. 2019:2457–72.
- Shue SA, McGuire AB, Matthias MS. Facilitators and barriers to implementation of a peer support intervention for patients with chronic pain: a qualitative study. *Pain Medicine*. 2019;20(7):1311–20.
- Pijnpatiënten naar één stem: Samenwerkingsverband van patiëntenorganisaties van mensen met chronische pijn; 2026 [Available from: <https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/>].
- Organisatie LP. Facebook Community. 2025. p. <https://pijnstad.nl/community/community-start/>.

Correspondentieadres:

Dr. Maaike Kragting

Opleiding Fysiotherapie
Hogeschool Rotterdam

Email: m.kragting@hr.nl

rTMS voor de behandeling van chronische neuropathische pijn: stand van zaken en toekomst in Nederland

Swets T.A.A.¹, K. Olde Dubbelink², B.J. Snel², S. Vinke¹, A. Schellekens³, P. van Eijndhoven³, E. Kurt^{1,2}, K.C. Vissers², I. Dalhuisen³, H. Arnts^{1,2}

1 Afdeling Neurochirurgie, Radboudumc Nijmegen

2 Afdeling Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Radboudumc Nijmegen

3 Afdeling Psychiatrie, Neurobiologische Behandelunit, Radboudumc Nijmegen

Samenvatting

Chronische neuropathische pijn treft een substantieel deel van de Nederlandse bevolking en blijft vaak onvoldoende behandeld met conventionele strategieën. Repetitive transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) is een niet-invasieve neuromodulatietechniek die via elektromagnetische inductie corticale hersengebieden kan moduleren. Hoogfrequente rTMS (10–20 Hz) over de primaire motorische cortex (M1) kan pijnmodulerende netwerken beïnvloeden en maladaptieve plasticiteit normaliseren. Klinisch bewijs, inclusief meta-analyses en internationale richtlijnen, ondersteunt de effectiviteit van rTMS bij kortdurende pijnreductie bij chronische neuropathische pijn (level A). Binnen het Radboudumc wordt momenteel een pilot uitgevoerd bij twintig patiënten met centrale pijn of therapieresistente aangezichtspijn, bestaande uit een inductiefase van tien sessies en individuele vervolgotrajecten op basis van pijnreductie. rTMS blijkt veilig, goed getolereerd en weinig belastend, met milde, voorbijgaande bijwerkingen. Hoewel de techniek veelbelovend is, ontbreekt in Nederland grootschalige toepassing en langetermijndata. Toekomstige implementatie vereist gestandaardiseerde protocollen, langere follow-upstudies, multidisciplinaire samenwerking en structurele bekostiging binnen gespecialiseerde pijncentra.

Abstract

Chronic neuropathic pain affects a substantial proportion of the Dutch population and often remains refractory to conventional treatments. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) is a non-invasive neuromodulation technique that modulates cortical activity via electromagnetic induction. High-frequency rTMS (10–20 Hz) targeting the primary motor cortex (M1) can influence pain-modulating networks and normalize maladaptive neural plasticity. Clinical evidence, including meta-analyses and international guidelines, supports the short-term efficacy of rTMS in chronic neuropathic pain (level A). A pilot at Radboud University Medical Center involves twenty patients with central pain or treatment-resistant facial pain, receiving an initial induction phase of ten sessions followed by individualized maintenance based on pain reduction. rTMS is safe, well-tolerated, and minimally burdensome, with mild transient side effects. Despite promising results, widespread implementation in the Netherlands is limited, and long-term efficacy data are scarce. Future adoption requires standardized protocols, extended follow-up studies, multidisciplinary collaboration, and integration into healthcare reimbursement structures in specialized pain centers.

1. Inleiding

Chronische pijn treft een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking en gaat gepaard met een substantiële afname van kwaliteit van leven, vaak leidend tot sociale terugtrekking en verminderde maatschappelijke participatie.¹ Binnen deze populatie bevindt zich een subgroep patiënten met neuropathische pijn bij wie conventionele behandelstrategieën, waaronder leefstijlinterventies, farmacologische therapieën en interventionele pijnbehandelingen, onvoldoende effectief blijken. Voor deze patiënten, die veelal kampen met persisterende ernstige klachten en een beperkt therapeutisch perspectief, bestaat een duidelijke behoefte aan aanvullende behandelopties.

Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) biedt mogelijk perspectief voor deze moeilijk behandelbare patiëntengroep. Deze niet-invasieve neuromodulatietechniek berust op het principe van elektromagnetische inductie. Hierbij wordt een wisselend magnetisch veld gebruikt om indirect een elektrisch veld op te wekken in de hersenen. Dit kan afwijkende activiteit in specifieke hersengebieden normaliseren.² Hoewel rTMS reeds decennia bestaat en zowel nationaal als internationaal breed wordt toegepast bij verschillende neurologische en psychiatrische indicaties, is de klinische implementatie voor chronische neuropathische pijn in Nederland, ondanks duidelijke internationale aanbevelingen, tot op heden beperkt gebleven.³ Met de recente toename in klinische ervaring en wetenschappelijke belangstelling voor rTMS voor andere indicaties groeit ook de aandacht voor deze techniek binnen de zorg voor patiënten met chronische neuropathische pijn. Binnen het Radboudumc is recent een pilot gestart waarbij rTMS wordt toegepast bij patiënten met therapieresistente aangezichtspijn en centrale pijn na een herseninfarct of hersenbloeding. In dit overzichtsartikel beschrijven wij de neurofysiologische rationale, huidige stand van zaken en mogelijke toekomst van rTMS in het behandelspectrum van chronische neuropathische pijn.

Techniek en werkingsmechanisme

rTMS is een niet-invasieve neuromodulatietechniek, waarbij met behulp van een magnetische spoel korte magnetische pulsen door de schedel worden gericht op onderliggende corticale hersengebieden.² Deze pulsen verhogen of verlagen de elektrische activiteit in de onderliggende neuronen, afhankelijk van de keuze voor een respectievelijk hoog- of laagfrequent magnetisch veld. Bij pijnbehandelingen wordt meestal hoogfrequente rTMS (10–20 Hz) toegepast over de primaire motorische cortex (M1), contralateraal aan de zijde waar de patiënt pijn ervaart.⁴ Moderne rTMS-toestellen kunnen gebruik maken van neuronavigatie om de spoelpositie per patiënt op geleide van de individuele hersenanatomie te optimaliseren. Hiervoor wordt voor de behandeling een MRI ingeladen om de nauwkeurigheid van de behandeling te waarborgen.

Hoewel M1 geen klassiek 'pijngebied' is, staat deze regio in nauwe verbinding met bekende structuren die onderdeel zijn van pijnmodulerende netwerken, waaronder de thalamus, insula, het anterieure cingulum en hersenstamstructuren.⁵ Al sinds begin jaren 1990 is bekend dat (epidurale) stimulatie van de motorische cortex dit onderliggende netwerk top-down kan beïnvloeden.⁶ Het vermoeden bestaat dat neuropathische pijn gepaard gaat met maladaptieve plasticiteit, waarbij er veranderingen zijn ontstaan in de balans tussen neurale inhibitie en excitatie en daarmee abnormale activiteit en desynchronisatie in verschillende (subcorticale) hersencircuits.⁵ Hoogfrequente rTMS zou deze balans gedeeltelijk kunnen normaliseren. De stimulatie zorgt niet voor een 'acute verdoving', maar kan via herhaalde toepassing deze onderliggende plasticiteitsprocessen en abnormale vormen van desynchronisatie langzaam maar zeker moduleren.⁷ Ook wordt gedacht dat rTMS directe en indirecte veranderingen kan geven in neurotransmittersystemen en endogene pijnremmende banen kan activeren (onder andere via verschillende hersenstamkernen), wat leidt tot een afname van nociceptieve transmissie op spinaal en trigeminaal niveau.

Een rTMS-behandeling voor pijn bestaat doorgaans uit een behandeling van circa 10-20 mi-

nuten. In veel protocollen wordt gewerkt met series van 1.000–3.000 pulsen per sessie en een intensiteit rond de 80% van de individuele motorische drempel (de kracht waarmee een motorische reactie op te wekken is).⁴ Voor de patiënt is rTMS relatief weinig belastend. De behandeling vindt poliklinisch plaats, vanuit een comfortabele stoel, zonder anesthesie of sedatie. Patiënten kunnen direct aansluitend aan een behandeling hun dagelijkse activiteiten hervatten (afbeelding 1). Tijdens de stimulatie ervaren patiënten meestal een tikkend of kloppend gevoel op de hoofdhuid en contracties van oppervlakkige aangezichts- of hoofdhuidspieren. De meest voorkomende bijwerkingen zijn milde, voorbijgaande hoofdpijn, gevoeligheid ter plaatse van de spoel en vermoeidheid na de sessie. Deze klachten verdwijnen doorgaans spontaan binnen uren tot dagen en leiden zelden tot staken van de behandeling.⁸ Ernstige complicaties zijn zeldzaam. Het risico op insulden is bij toepassing binnen de gangbare veiligheidsrichtlijnen zeer laag. Mede door het niet-invasieve karakter en het ontbreken van systemische bijwerkingen



Afbeelding 1: Opstelling van genavigeerde rTMS therapie in het Radboudumc. Foto gepubliceerd met expliciete toestemming van patiënt.

staat deze behandeling in schril contrast tegen met het merendeel van de andere behandelingen die patiënten met therapieresistente chronische pijn vaak al hebben ondergaan.

Wetenschappelijk bewijs

Er is inmiddels substantieel bewijs dat hoogfrequente M1-rTMS kan leiden tot een klinisch relevante reductie van chronische neuropathische pijn. Een omvangrijke recente meta-analyse van Jiang et al.⁴, waarin uitsluitend placebo-gecontroleerde RCT's naar rTMS voor neuropathische pijn werden geïnccludeerd, rapporteerde een significante pijnreductie ten opzichte van sham-stimulatie met een gepoolde middelgrote effectgrootte van $-0,66$ (gebaseerd op een random-effect-analyse). Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere systematische reviews en hebben geleid tot opname van rTMS in internationale evidence-based richtlijnen. De richtlijn van de International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) classificeert het huidige bewijs voor de (kortetermijn)behandeling van chronische neuropathische pijn met hoogfrequente rTMS als level A, oftewel 'definitief effectief'.² Daarmee is rTMS een van de weinige niet-invasieve neuromodulatoire technieken met een dergelijke status binnen richtlijnen voor de behandeling van chronische neuropathische pijn. Tegelijkertijd is het belangrijk om te benadrukken dat zowel meta-analyses als richtlijnen aangeven dat de beschikbare literatuur wordt gekenmerkt door aanzienlijke klinische en methodologische heterogeniteit. Studies naar rTMS verschillen substantieel in stimulatieparameters (frequentie, intensiteit, aantal pulsen en sessies), uitkomstmaten, duur van follow-up en patiëntpopulaties. Deze variatie bemoeilijkt directe vergelijking tussen studies en beperkt de generaliseerbaarheid van de gerapporteerde effectgroottes.

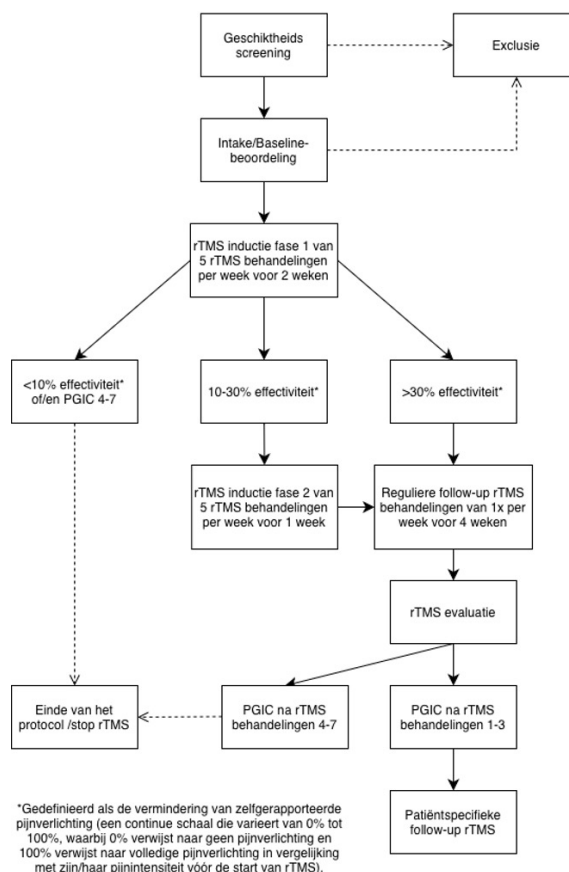
Binnen de verschillende studies blijkt vooral 10-20 Hz M1-rTMS over de M1 regio een groter en betrouwbaardere pijnreductie te geven in vergelijking met lagere frequenties of alternatieve targets in de hersenen, zoals de dorsolaterale prefrontale cortex die nu bijvoorbeeld gebruikt wordt voor andere indicaties, zoals bij depressie.^{2,9} Daarnaast richtten de meeste RCT's zich

primair op de kortetermijneffecten van rTMS, waarbij het behandelingseffect wordt gemeten tot enkele weken na afronding van de behandeling.⁴ Hoewel meerdere trials en observationele studies suggereren dat pijnreductie bij herhaalde of onderhoudssessies nog weken of maanden kan persisteren, blijft robuust bewijs voor de langetermijneffecten van rTMS bij chronische pijn schaars.

Een recente studie met twaalf jaar aan klinische rTMS-gegevens liet zien dat pijnverlichting bij herhaalde sessies tot meer dan tien jaar kan aanhouden met significante verbeteringen in kwaliteit van leven.¹⁰ In deze studie in één van de grootste Europese rTMS-centra ontvingen 193 patiënten een inductiebehandeling van vier sessies (20 Hz M1-rTMS). Na deze eerste behandelreeks bereikte 42% van de patiënten een pijnreductie van >30% ten opzichte van baseline. Patiënten die na de inductiebehandeling ≥10% pijnverlichting hadden, kregen vervolgbehandelingen met de mogelijkheid tot langdurige onderhoudsbehandelingen. Deze langere behandeltrajecten en onderhoudsstimulatie gingen vaak gepaard met hogere responspercentages. In de cohortdata waren er na verloop van tijd wel duidelijke uitvallers. Aan het einde van de observatieperiode waren er na verloop van tijd wel duidelijke uitvallers. Aan het einde van de observatieperiode waren er na verloop van tijd wel duidelijke uitvallers. Aan het einde van de observatieperiode waren er na verloop van tijd wel duidelijke uitvallers. Een deel van de patiënten die uitvielen vanwege onvoldoende langdurig effect van de rTMS werd uiteindelijk geopereerd en ontving epidurale motor cortex stimulatie. Een eindanalyse liet zien dat patiënten met centrale neuropathische pijn (zoals na een hersenbloeding of herseninfarct) beter leken te reageren dan patiënten met perifere neuropathische pijn, hetgeen kan passen bij het centrale aangrijpingsmechanisme van M1-stimulatie. Dit werd ook gevonden in de bovengenoemde meta-analyse.⁴

Een andere klinische toepassing van rTMS is als voorspellend instrument voor invasieve neuromodulatoire interventies, zoals epidurale motor cortex stimulatie (MCS).¹⁰ Bij MCS worden elektroden chirurgisch nabij de motorische cortex geïmplantieerd ter modulatie van pijnsignalen bij therapieresistente neuropathische pijn.^{6, 11} Waar patiëntselectie voorheen grotendeels berustte

op expert opinion, is inmiddels aangetoond dat een positieve respons op rTMS geassocieerd is met een grotere kans op effectiviteit van MCS.^{2, 10} Daarmee kan rTMS bijdragen aan een meer onderbouwde selectie en gerichtere inzet van deze invasieve en kostbare chirurgische interventie die in Nederland per jaar slechts bij enkele patiënten kan worden toegepast.



Tabel 1. Behandelingschema rTMS voor chronische neuropathische pijn

Pilot behandeling

Binnen het Radboudumc wordt momenteel een pilotbehandeling uitgevoerd bij een zorgvuldig geselecteerd cohort van twintig patiënten met neuropathische pijn. Alle geïncludeerde patiënten lijden aan een vorm van centrale neuropathische pijn na een herseninfarct of hersenbloeding of aan therapieresistente aangezichtspijn. Patiënten worden eerst gezien door een multidisciplinair pijnteam, waarbij uitgesloten wordt dat er nog behandelbare opties zijn of onderliggende psychologische factoren die eventueel verder herstel in de weg zouden staan.

De rTMS-behandeling wordt uitgevoerd volgens een gestandaardiseerd protocol dat is ontwikkeld door het lokale pijnteam, rTMS-technici en internationale experts in rTMS voor pijn. In deze pilotbehandeling wordt gebruikgemaakt van 10 Hz M1-rTMS. In Tabel 1 wordt het behandel-schema weergegeven. Het schema omvat een inductiefase bestaande uit tien rTMS-sessies, waarbij elke sessie een duur heeft van ongeveer 20 minuten. De eerste tien sessies worden toegediend binnen een periode van twee weken, uitsluitend op werkdagen. Na afronding van de inductiefase vindt een groepsevaluatie plaats ter beoordeling van het effect van rTMS en ter bepaling van het patiëntspecifieke vervolgtraject. Deze evaluatie is primair gebaseerd op veranderingen in de pijnintensiteit, onder andere gemeten met de Numeric Rating Scale (NRS). Zelfgerapporteerde pijnvermindering wordt tijdens de behandeling verkregen via een vragenlijst die driemaal daags door de patiënten wordt ingevuld op een mobiele applicatie. Hierbij geven patiënten op vaste momenten per dag hun actuele pijnscore aan op een schaal van 0 tot 10. Daarnaast wordt de subjectieve behandelervaring meegenomen, gemeten met de Patient Global Impression of Change (PGIC), alsmede aanvullende scorelijsten die gerelateerd zijn aan functioneren, kwaliteit van leven, slaap en stemming.

Op basis van de geobserveerde mate van pijnreductie wordt één van de volgende behandeltrajecten gevolgd:

- Bij >30% pijnvermindering wordt de rTMS-behandeling voortgezet volgens een regulier onderhoudsschema van één sessie per week gedurende vier weken.
- Bij 10–30% pijnvermindering wordt de rTMS-behandeling gecontinueerd met een additionele inductiefase, bestaande uit vijf extra sessies in de daaropvolgende week, gevolgd door een onderhoudsschema van één sessie per week gedurende vier weken.
- Bij <10% pijnvermindering wordt de rTMS-behandeling gestaakt.

Afhankelijk van het definitieve effect na bovenstaande behandeltrajecten wordt vervolgens een patiëntspecifiek vervolg gegeven waarin rekening wordt gehouden met de belastbaarheid van de patiënt en de organisatorische mogelijkheden binnen ons rTMS centrum. Een jaar na de start van de pilotbehandeling worden alle individuele resultaten geanalyseerd.

Conclusie en toekomst van rTMS in Nederland

Hoewel er internationaal (level A) bewijs is dat hoogfrequente M1-stimulatie pijnverlichting kan geven bij patiënten met neuropathische pijn, wordt rTMS in Nederland nog maar nauwelijks voor pijn toegepast. Het gunstige veiligheidsprofiel, het niet-invasieve karakter en de relatief beperkte fysieke belasting maken rTMS in principe geschikt voor toepassing binnen gespecialiseerde Nederlandse pijncentra. Belangrijke vragen blijven vooralsnog onbeantwoord, waaronder de duurzaamheid van het behandel-effect op de lange termijn, het meest optimale stimulatieprotocol per patiënt en betrouwbare (klinische) voorspellers van een behandelrespons. In tegenstelling tot andere landen ontbreekt er in Nederland vooralsnog een bekostigingsstructuur voor rTMS voor chronische pijn en bestaat in veel centra nog onvoldoende expertise met rTMS buiten de psychiatrische context. Deze factoren vormen momenteel een substantiële drempel voor grootschalige klinische toepassing. Voor daadwerkelijke structurele implementatie zijn grootschalige, goed opgezette langetermijnstudies nodig met homogene patiëntgroepen, gestandaardiseerde protocollen en relevante klinische uitkomstmaten en variabelen voor kosteneffectiviteit die passen in de Nederlandse zorgcontext. De hierboven beschreven pilotbehandeling is daar een eerste opzet toe. Om tot een echt kantelpunt te komen zijn gerichte investeringen nodig voor klinisch onderzoek, multidisciplinaire samenwerking en organisatorische inbedding.

Referenties

1. Van der Schelde A, Van der Klomp M, Kanne P. Ervaringen van Nederlanders met chronische pijn. Amsterdam: Ipsos I&O; 2024. Report No.: 2024/244.
2. Barker AT, Jalinous R, Freeston IL. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex. *Lancet*. 1985;1(8437):1106-7.
3. Lefaucheur JP, Aleman A, Baeken C, Benninger DH, Brunelin J, Di Lazzaro V, Filipović SR, Grefkes G, Hasan A, Hummel FC, Jääskeläinen SK, Langguth B, Leocani L, Londero A, Nardone R, Nguyen JP, Nyffeler T, Oliviera-Maia AJ, Oliveira A, Padberg F, Palm U, Paulus W, Poulet E, Quartarone A, Rachid F, Rektorová I, Rossi S, Sahlsten H, Schecklmann M, Szekely D, Ziemann U. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014–2018). *Clinical Neurophysiology*. 2020;131(2):474-528.
4. Jiang X, Yan W, Wan R, Lin Y, Zhu X, Song G, Zheng K, Wang Y, Wang X. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on neuropathic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;132:130-41.
5. Moisset X, Bouhassira D. How many dimensions are needed to describe pain properly? *Eur J Pain*. 2015;19(7):879-80.
6. Tsubokawa T, Katayama Y, Yamamoto T, Hirayama T, Koyama S. Chronic motor cortex stimulation for the treatment of central pain. *Acta Neurochir Suppl (Wien)*. 1991;52:137-9.
7. Lefaucheur JP. The use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in chronic neuropathic pain. *Clinical Neurophysiology*. 2006;36(3):117-24.
8. Rossi S, Hallett M, Rossini PM, Pascual-Leone A. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol*. 2009;120(12):2008-39.
9. Zhou J, Wang Y, Luo X, Fitzgerald PB, Cash RFH, Fitzgibbon BM, Che X. Revisiting the effects of rTMS over the dorsolateral prefrontal cortex on pain: An updated systematic review and meta-analysis. *Brain Stimul*. 2024;17(4):928-37.
10. Thomas J, Fauchon C, Oriol N, Vassal F, Créac'h C, Quesada C, Peyron R. Effects of multiple transcranial magnetic stimulation sessions on pain relief in patients with chronic neuropathic pain: A French cohort study in real-world clinical practice. *Eur J Pain*. 2025;29(1):e4763.
11. Hamani C, Fonoff ET, Parravano DC, Silva VA, Galhardoni R, Monaco BA, Navarro J, Yeng LT, Teixeira MJ, Ciampi de Andrade D. Motor cortex stimulation for chronic neuropathic pain: results of a double-blind randomized study. *Brain*. 2021;144(10):2994-3004.

Correspondentieadres

Dr. H. Arnts

Radboudumc
Geert Grooteplein Zuid, 6500 HB, Nijmegen
Afdeling neurochirurgie, huispost 633

E: hisse.arnts@radboudumc.nl

Lange termijn resultaat van Interdisciplinaire Medisch-Specialistische Revalidatie (iMSR) voor chronische rug- en bekkengordelpijn

Inge Ronchetti¹, Jan-Paul van Wingerden^{1,2}

1 Spine and Joint Centre

2 ErasmusMC, afdeling neuro-anatomie

Samenvatting

Interdisciplinaire Medisch-Specialistische Revalidatie (iMSR) is een gangbare behandelstrategie bij aanhoudende, therapieresistente klachten aan lage rug en de bekkengordel. IMSR is complex, arbeidsintensief en daarmee gaan hoge kosten gepaard. Daarom is het belangrijk de lange termijn resultaten van iMSR te onderzoeken. In 2017 zijn 734 patiënten, die van 2012 tot 2015 een iMSR programma hebben gevolgd, middels vragenlijsten bevroegd over hun lange termijn resultaten. Naast algemene vragen zijn de Quebec Back Pain Disability Scale voor beperkingen en Visual Analogue Scale voor pijn toegepast evenals een 'Global Perceived Effect' vraag.

Voor pijn en beperkingen bekliven de resultaten op lange termijn, waarbij 58% duurzaam een klinisch relevante pijnafname en 62% een relevante afname van beperkingen heeft. Ook zorgconsumptie neemt duurzaam af. Bij ongeveer een kwart van de patiënten nemen de klachten op lange termijn weer toe.

De lange termijn resultaten laten zien dat de iMSR behandeling zoals toegepast in deze studie bij een substantieel deel van de behandelde patiënten op lange termijn beklift en een blijvend effect heeft op zorgconsumptie: specialistenbezoek, onderzoeken, medicatie en hulpmiddeleengebruik en eerstelijns zorg. iMSR lijkt hiermee potentieel een effectief instrument in de aanpak van het groeiende probleem van chronische rug- en bekkengordelpijn.

Abstract

Interdisciplinary Medical-Specialist Rehabilitation (iMSR) is a common treatment strategy for persistent, therapy-resistant low back pain and pelvic pain. IMSR is complex, labor-intensive and therefore expensive. That is why it is important to investigate the long-term results of iMSR. In 2017, 734 patients who followed an iMSR program from 2012 to 2015 were inquired about their long-term results by means of questionnaires. In addition to general questions, the Quebec Backpain Disability Scale for disability and Visual Analogue Scale for pain were applied, as well as a 'Global Perceived Effect' question.

For pain and limitations, the long-term results last, with sustainably having a clinically relevant reduction in pain (58%) and limitations (62%). Healthcare consumption is also declining sustainably. In about a quarter of patients, the symptoms increase again in the long term.

This long-term study shows that the results of the iMSR treatment as applied in this study stick in a substantial proportion of the treated patients in the long term and have a lasting effect on healthcare consumption: specialist visits, examinations, medication and device use and primary care utilization. iMSR thus appears to a potential effective modality in the management of chronic low back and pelvic girdle pain.

Inleiding

De afgelopen decennia groeit het aantal patiënten met aanhoudende pijn gestaag. Deze groei lijkt de komende jaren door te zetten. Naar schatting waren er 2 tot 3 miljoen Nederlanders in 2024 met een vorm van aanhoudende pijn.¹ Naast het persoonlijke leed dat aanhoudende pijn veroorzaakt, dreigen de sociaaleconomische gevolgen van deze klachten onbeheersbaar te worden. Het is noodzakelijk dat behandelvormen ontwikkeld, en op effectiviteit onderzocht worden.

Een groot deel van aanhoudende lage rug- en bekkengordelpijn wordt behandeld via monodisciplinaire, paramedische eerstelijns zorg. Het betreft hier vooral fysio- of oefentherapie. Daarnaast wordt de gedragsgeoriënteerde, psychologische behandelingen in toenemende mate toegepast. Voor een substantiële groep pijnpatiënten zijn deze monodisciplinaire behandelingen ontoereikend en houden klachten aan of recidiveren. Medische behandelingen zoals medicatie of medisch-specialistische interventies zoals injecties met pijnstillers of ontstekingsremmers, denervaties of operatieve ingrepen geven vaak onvoldoende of slechts tijdelijk verlichting, zeker indien geen strikte patiëntenselectie toegepast wordt voor deze gespecialiseerde interventies.² Er is daarom een sterke behoefte naar onderzoek gericht op effectiviteit van interventies, vooral met betrekking tot duurzaamheid van deze effectiviteit. Een specifieke subgroep van aanhoudende pijnklachten aan het bewegingsapparaat bestaat uit patiënten met chronische lage rug- of bekkengordelpijn (CLBP). Klachten aan de lage rug en de bekkengordel zijn hardnekkig, vaak progressief en neigen tot recidiveren. De subgroep CLBP beslaat een relatief groot deel (1,8 miljoen mensen met CLBP in 2024, RIVM) van de groep patiënten met aanhoudende pijnklachten. Wanneer resultaten van eerstelijns en specialistische behandelingen voor CLBP onvoldoende effect hebben kan Interdisciplinaire Medisch-Specialistische Revalidatie (iMSR) worden ingezet. iMSR is een complexe, medisch specialistische behandelvorm waarbij meerdere disciplines zoals revalidatieartsen, fysio- of oefentherapeuten, psychologen, ergotherapeuten enzovoort, betrokken zijn. Behandelingen zijn daarbij tijdsintensief en gaan ge-

paard met hoge kosten. Er zijn aanwijzingen dat iMSR effectief kan zijn in de aanpak van CLBP.³ Van veel interventies is echter bekend is dat pijnklachten over de tijd recidiveren.^{4,5} Daarom is het belangrijk om naast effectiviteit op korte termijn ook te onderzoeken tot welke resultaten iMSR voor CLBP op lange termijn leidt. Dit onderzoek richt zich op de lange termijnresultaten en duurzaamheid van een iMSR behandeling voor CLBP. De hoofdvraag binnen dit onderzoek is of de effecten van een iMSR interventie voor aanhoudende pijn op lange termijn, langer dan één jaar en tot 5 jaar, beklijven. Daarnaast wordt gekeken naar het effect van de interventie op de zorgconsumptie over dezelfde periode.

Methodiek

Van 2012 tot en met 2015 zijn 1814 patiënten in een 8 weeks programma behandeld met iMSR in een Nederlands revalidatiecentrum voor chronische rug- en/of bekkengordelklachten.

Patiënten

Alleen patiënten die de behandeling hebben afgerond werden betrokken in het onderzoek. Het onderzoek is in twee fases uitgevoerd. Eerst is aan de patiënten met een bekend e-mailadres via een digitaal enquêteer systeem (SurveyMonkey) een uitnodiging tot deelname aan dit onderzoek verzonden (december 2017). Aan patiënten waarvan geen reactie is ontvangen en de patiënten waarvan geen e-mailadres bekend was is volgens een schriftelijke uitnodiging gezonden met daarin de link naar de vragenlijst (januari 2018). Om de verkregen gegevens te koppelen aan reeds bekende gegevens in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is dit deel van het onderzoek op naam uitgevoerd. Voor verdere verwerking, en statistische analyse zijn gegevens geanonimiseerd. De resultaten worden op geaggregeerd niveau weergegeven.

Behandeling

Deze studie heeft als hoofddoel functioneel herstel. Pijn wordt primair beschouwd als een beschermend waarschuwingssignaal, waarbij sensitiviteit van het zenuwstelsel wordt erkend als een functionele reactie op aanhoudend inadequate gedrag. Patiënten met aanhoudende pijnklachten vertonen veelal een veranderd

(compensatoir) bewegingsgedrag op basis van complexe interacties van biologische, psychologische en sociale factoren. Langdurige klachten kunnen worden onderhouden door persistent inadequate (compenserend) bewegingsgedrag. Het behandelprogramma combineert educatie, gedragsverandering en ervaringsgerichte, fysieke training. In de eerste fase ligt de nadruk op het herkennen en reduceren van overbelasting (als gevolg van de beweging in een compensatiestrategie), het nemen van tijdcontingente rust en het leren loslaten van overmatige spierspanning. In de vervolgfase worden normale bewegingspatronen hersteld, fysieke activiteiten geleidelijk hervat en kracht en uithoudingsvermogen opgebouwd. Disfunctionele copingstrategieën worden bijgestuurd. Commitment en therapietrouw wordt gestimuleerd door positieve feedback.

De behandeling wordt uitgevoerd door een interdisciplinair team bestaande uit fysiotherapeuten of oefentherapeuten, een psycholoog en een ergotherapeut onder leiding van een revalidatiearts. Alle professionals zijn aanvullend geschoold in de specifieke theoretische en methodologische uitgangspunten van deze behandeling. De behandeling wordt aangeboden in groepen van 4–10 patiënten, met individuele doelstellingen en maatwerk waar nodig. Het programma omvat 16 sessies van 3 uur gedurende 8 weken, aangevuld met een partnercursus om begrip en ondersteuning van de sociale omgeving te stimuleren.

Meetmomenten

De uiteindelijke dataset bestaat uit gegevens van 5 meetmomenten: Diagnostiek t0, Einde behandeling t1 (2 maanden), Follow-up t2 (5 maanden na t0), Jaarevaluatie t3 (15 maanden na t0), Lange termijn evaluatie t4. Het meetmoment van de lange termijn evaluatie is afhankelijk van het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Per jaar wordt het gemiddeld aantal maanden aangehouden: 2012 = 66 maanden, 2013 = 54 maanden, 2014 = 42 maanden en 2015 = 30 maanden.

Parameters

In dit onderzoek zijn de volgende, wetenschappelijk geaccepteerde parameters of vragenlijsten gebruikt:

- Beperkingen in het dagelijks leven, gemeten met de Quebec Back Pain Disability Scale (QBDS)^{6,7}
- Ervaren pijn is gemeten via een Visual Analogue Scale (VAS).⁸
- Het ervaren effect door de patiënt is vastgelegd met de 'Global Perceived Effect' vraag (GPE).⁹ Voor de GPE is op t2 is een 6 punts-schaal toegepast, op T4 een 3 punts-schaal (beter, hetzelfde, slechter).
- Vervolgens zijn (para-) medische consumptie (eerstelijns zorg gebruik, specialistenbezoek, medicatiegebruik en hulpmiddelengebruik) via vragenlijsten bij de patiënt uitgevraagd.

Statistische analyse

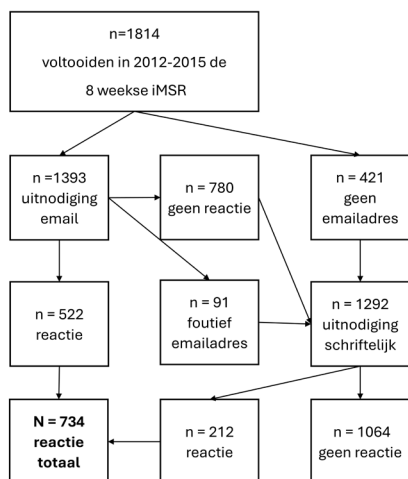
Dit onderzoek kent een substantieel aantal non-responders: patiënten die de behandeling gevolgd hebben, maar geen gehoor hebben gegeven aan de uitnodiging voor deze lange termijn studie. Van deze patiënten zijn wel veel gegevens tot en met t3 beschikbaar. In de analyse wordt de representativiteit van het onderzoek getoetst door responders en non-responders met elkaar te vergelijken. Hiervoor is een ongepaarde t-toets, ongepaarde non-parametrische toets of ANOVA gebruikt, afhankelijk van de soort variabele. Vervolgens zijn de variabelen op de verschillende meetmomenten vergeleken middels een gepaarde t-test of gepaarde non-parametrische toets. Dataverwerking in SPSS, PSAWStatistics. Tenslotte wordt getoetst op klinisch relevante verschillen met behulp van toepassing van het Minimal Clinical Important Change (MCIC) principe. Een verschil groter of gelijk aan 30% van de initiële waarde wordt als klinisch relevant beschouwd.

Resultaten

Patiënten

Op een populatie van 1814 patiënten is (foutenmarge 4%, betrouwbaarheidsinterval van 95%) een steekproef van 452 respondenten voldoende. Op de enquête hebben 734 patiënten gereageerd (responders; personen die enquête hebben ingevuld), waarmee de statistisch benodigde respons wordt behaald.

15 patiënten in behandeling zijn vroegtijdig gestopt. Deze groep betreft minder dan 1% van de populatie. Deze patiënten zijn niet meegenomen in de verdere analyses. In figuur 1 en tabel 1 staat weergegeven hoe de respons tot stand is gekomen. In het onderzoek is uitgegaan van 1064 patiënten die de lange termijn resultaten niet hebben ingevuld (non-responders (personen die enquête niet hebben ingevuld)).



Figuur 1. Stroomdiagram van patiëntenflow

Tabel 1. Overzicht deelname aan onderzoek per jaar van behandeling, n = aantal.

	uitgenodigd			respons			
	n	% vrouw	% man	n	%	% vrouw	% man
2012	433	76	24	141	33	24	8
2013	421	73	27	158	38	29	8
2014	467	73	27	208	45	34	1
2015	493	68	32	227	46	32	14
	1814			734			

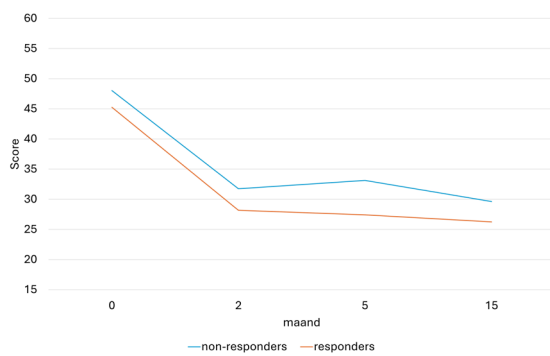
Responders versus non-responders

De vergelijking tussen de responders en non-responders ten aanzien van leeftijd, beperkingen (QBDS), pijn (VAS-pijn) en globaal waargenomen effect (GPE) laat zien dat beide groepen op een aantal momenten significant verschillen (zie tabel 2 en figuren 2 en 3 en 4), waarbij de feitelijke verschillen (3,4 en 3,2 voor beperkingen en 6,3 en 4,5 voor pijn) wel klein zijn. Significanties treden vooral op bij getallenparen waar de standaarddeviaties bij de non-responders groter zijn.

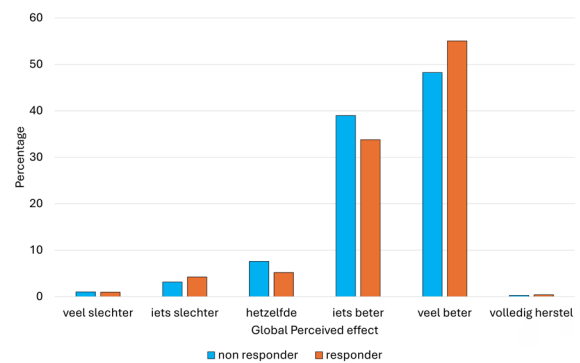
In de verandering per parameter (per jaar) zijn er geen verschillen. De beperkingen (QBDS) zijn aan het eind van de behandeling gemiddeld 17 punten afgenomen bij de responders en 16 punten bij de non-responders. De pijn (VAS) neemt gemiddeld 21 punten af bij de responders en 19 punten bij de non-responders. Deze afnames verschillen niet significant. Vanwege de gevonden verschillen is ervoor gekozen de informatie van de non-responders niet in de lange termijn analyse mee te nemen.

Tabel 2. Overzicht van gemiddelde waarden en standaarddeviatie van beperkingen (QBDS) en pijn (VAS) op t0 en t1 voor responders (Resp) en non-responders (Non-Resp). Bep = beperkingen, n = aantal * statistisch significant

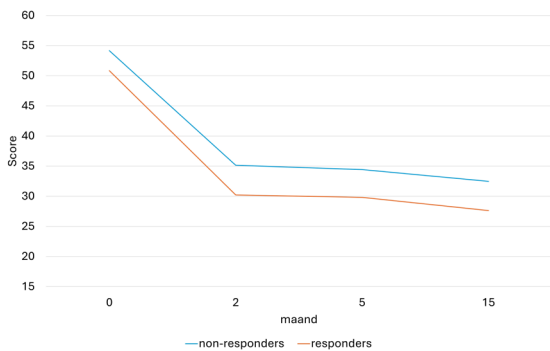
	2012		2013		2014		2015	
	Resp	Non-Resp	Resp	Non-Resp	Resp	Non-Resp	Resp	Non-Resp
n	141	292	158	263	208	259	227	266
Leeftijd	45,2 ± 12,9 n=141	40,3* ± 12,1 n=292	42,3 ± 12,8 n=158	41,3 ± 11,6 n=263	42,9 ± 11,4 n=208	41,8 ± 12,6 n=259	47,3 ± 13,2 n=227	44,1* ± 13,0 n=266
Bep t0	45,5 ± 14,3 n=139	48,9* ± 15,2 n=290	44,7 ± 16,2 n=152	47,0 ± 15,9 n=259	46,3 ± 14,4 n=205	49,8* ± 16,2 n=255	44,5 ± 15,3 n=224	46,5 ± 15,8 n=265
Bep t1	27,9 ± 12,7 n=139	31,1* ± 14,9 n=286	28,0 ± 13,4 n=158	32,2* ± 15,1 n=260	27,7 ± 13,6 n=206	31,9* ± 15,6 n=255	28,9 ± 12,8 n=226	31,9* ± 14,9 n=264
Pijn t0	48,7 ± 21,4 n=139	55,0* ± 23,1 n=291	47,8 ± 22,5 n=155	52,1 ± 24,1 n=260	54,4 ± 21,6 n=204	57,0 ± 22,5 n=254	51,0 ± 23,2 n=225	52,5 ± 23,2 n=265
Pijn t1	28,5 ± 21,3 n=140	33,0 ± 22,8 n=292	30,4 ± 21,1 n=158	35,3* ± 26,5 n=259	29,8 ± 21,3 n=206	36,0* ± 23,9 n=255	31,5 ± 23,1 n=226	40,7* ± 23,6 n=262



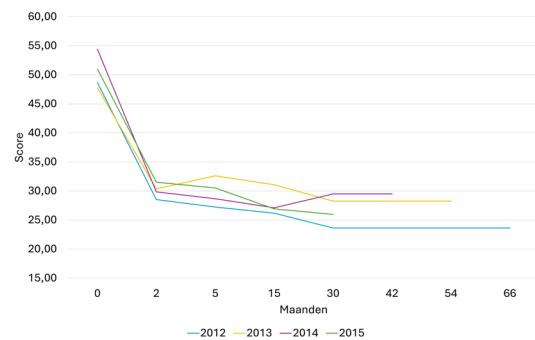
Figuur 2. Gemiddelde ervaren pijn (VAS) van responders en non-responders op t0, t1, t2 en t3.



Figuur 4. Global perceived effect (GPE) op t2 voor non-responders en responders. Resultaten weergegeven in percentages van het aantal betrokken patiënten per groep.



Figuur 3. Gemiddelde ervaren beperkingen (QBDS) van responders en non-responders op t0, t1, t2 en t3.

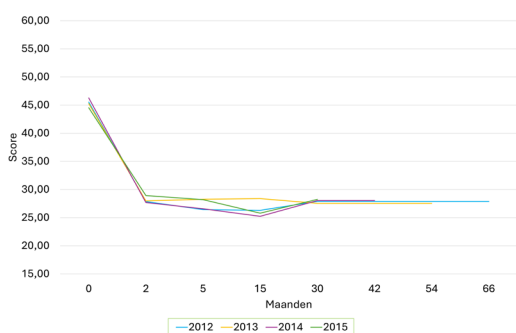


Figuur 5. Gemiddelde ervaren pijn (VAS) van responders op t0, t1, t2, t3 en t4, weergegeven per jaar.

Lange termijn resultaten

Voor zowel pijn als beperkingen is er voor alle jaren een trend zichtbaar waarbij op t4 de gemiddelde resultaten van t1 beklijven of zelfs licht verder verbeteren. Zelfs bij de patiënten uit 2012 houdt de afname na de interventie, zelfs na 5 jaar, aan.

De gemiddelde pijnscore daalt van 51 ± 22 (t0) naar 30 ± 22 (t4). Op langere termijn neemt de pijn statistisch niet significant nog verder af tot 27 ± 24 . De gemiddelde ervaren beperking daalt voor de totale groep responders van 45 ± 15 (t0) naar 28 ± 13 (t4) (zie figuren 5, 6).



Figuur 6. Gemiddelde ervaren beperkingen (QBDS) van responders op t0, t1, t2, t3 en t4, weergegeven per jaar.

Klinische relevantie op lange termijn

Volgens het MCIC-criterium ervaart 62% van de patiënten direct na de behandeling (t1) een klinisch relevante verbetering ten aanzien van ervaren pijn. Op de lange termijn is dit percentage nog steeds 58%. Ook ten aanzien van beperkingen ervaart 62% van de patiënten na de behandeling (t1) een klinisch relevante verbetering. Op de lange termijn (t4) neemt deze verbetering toe tot 65% (Tabel 3). Deze verschillen zijn niet significant, hetgeen impliceert dat deze klinische relevantie over de tijd standhoudt (zie ook bijlage Tabel 5).

Globaal ervaren effect (GPE) op lange termijn

Het globaal ervaren effect (GPE) op de lange termijn is uitgevraagd ten opzichte van het herstel aan het eind van de interventie (t2). Deze parameter geeft de verdere ervaren verandering ná de interventie behandeling weer. Bij 77% houdt dit effect aan, en bij 56% zet de verbetering door. 23% van de behandelde patiënten geeft aan achteruit te zijn gegaan. (Figuur 7) (zie ook bijlage Tabel 5).

Tabel 3. Percentage responders dat $\geq 30\%$ lager (minimal Clinical Important Change (MCIC)) scoort ten opzichte van de gemeten waarde op t0.

	Na behandeling	Lange termijn
Beperkingen	62% n=446	58% n=148
Pijn	61% n=432	65% n=462

Een substantieel deel van de patiënten (59%) die enige vorm van verbeterd heeft aangegeven gaat op lange termijn verder vooruit. Bij de patiënten die al veel beter hadden aangegeven is dit 66%. Van de patiënten die aanvankelijk niet verbeterd of slechter waren na de interventie, is uiteindelijk ruim een derde (36%) toch verbeterd. Daarbij is van deze groep ongeveer 28% verder achteruit gegaan.

Zorgconsumptie lange termijn

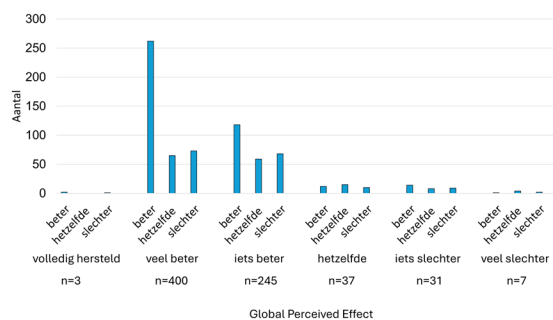
Paramedische zorg

Voor de iMSR behandeling maak elke patiënt (>98%) gebruik van enige vorm van paramedische interventie. Op t4 maakt 40% geen gebruik meer van fysio- of oefentherapie, 20% slechts incidenteel en 40% nog met enige regelmaat.

Medisch specialisten

Voor de iMSR behandeling heeft 78% van de patiënten één of meer specialisten bezocht (50% 1 of 2 en 25% 3 of meer specialisten). Slechts 1 op de 5 patiënten (21%) is voor de iMSR behandeling medisch alleen door de huisarts gezien. Na de iMSR behandeling heeft 64% geen speci-

alist meer bezocht. 15% heeft eenmalig een specialist bezocht en 20% heeft meer dan 2 maal een specialist bezocht. 65% van de patiënten geeft aan dat er geen beeldvorming meer heeft plaatsgevonden.



Figuur 7. Global perceived effect (GPE) op t4 voor responders. Resultaten weergegeven ten opzichte van de score op t2. Resultaten staan weergegeven in aantallen patiënten.

Medicatie

Vóór de interventie geeft 63% van de patiënten aan medicatie te gebruiken. Na de behandeling gebruikt minder dan 30% medicatie op recept. Wel gebruikt 20% nog steeds vrij verkrijgbare pijnstillers of ontstekingsremmers.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen als bekkenband, stok, krukken of rollator worden door 32% van de patiënten voor de interventie gebruikt. Dit loopt na de interventie terug tot minder dan 20%. Algemeen is in de jaren na de iMSR interventie het gebruik van hulpmiddelen zeer beperkt.

Discussie

De iMSR behandeling voor aanhoudende CLBP in deze studie leidt bij een aanzienlijk deel (>60%) van de patiënten direct na de interventie tot een klinisch relevante afname van pijn en toename van functie. Dit resultaat komt overeen met de resultaten uit een eerdere studie naar deze interventie³ Uit de huidige studie blijkt dat de verkregen resultaten gemiddeld aanhouden tot zelfs 5 jaar na afronding van de behandeling. Deze resultaten zijn statistisch significant, maar wel moet rekening gehouden worden met individuele variatie. Niet elke patiënt gaat even goed vooruit

of weet de geboekte vooruitgang vast te houden. Het effect van de interventie is ook terug te zien in de afname van zorgconsumptie: bezoek aan medisch specialist, gebruik van beeldvormende technieken of ander medisch onderzoek is duurzaam afgenomen. Bovendien moet worden aangegeven dat bij de resterende vraag naar specialisten bezoek niet gespecificeerd is of patiënten de specialist bezochten voor hun pijnprobleem of andere klachten. Medicatiegebruik is na de iMSR interventie met bijna de helft afgenomen en hulpmiddelen worden nauwelijks meer gebruikt.

De eerstelijns zorg (fysio- of oefentherapeut) is na de iMSR interventie met 41% regelmatig gebruik nog relatief hoog. Patiënten wordt geadviseerd om na de iMSR behandeling zelfstandig verder te werken aan herstel, bijvoorbeeld door thuis of in een sportschool te oefenen. Een aanzienlijk aantal patiënten kiest hierbij voor persoonlijke begeleiding door een fysio- of oefentherapeut. Daarnaast is er ook de groep patiënten die onvoldoende baat heeft gehad van iMSR behandeling. Het ligt voor de hand dat deze groep verdere behandeling zoekt, onder andere in de eerste lijn. En patiënten kunnen ook behandeld worden voor andere klachten dan die waarvoor de iMSR is gevolgd.

Op de vraag aan patiënten naar het door hen ervaren 'global perceived effect' ná de interventie geeft driekwart aan dat het herstel beklijft terwijl meer dan de helft er in slaagt het herstel in enige mate door te zetten. Dat klachten bij ongeveer een kwart van de patiënten weer toeneemt is niet onverwacht in deze complexe patiëntengroep. Hoewel bekend is dat pijnklachten neigen naar recidiveren, zijn de huidige resultaten lastig te vergelijken met andere studies omdat deze resultaten daar niet zo specifiek worden weergegeven.^{4, 5, 11, 12, 13}

Met 734 respondenten is in deze studie ruimschoots voldaan aan de vereiste steekproefgrootte van 452 reacties. Toch moet rekening gehouden worden met een groep van 1064 patiënten waarbij de lange termijn resultaten niet bekend zijn. Dit maakt dat de resultaten uit deze studie, ondanks statistisch significante en klinisch relevante resultaten toch met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Er is een aantal aspecten in deze studie dat nadere aandacht verdient. In de eerste plaats is er een grote groep non-responders. Hoewel met het aantal responders een voldoende steekproefgrootte is behaald, bleek er bij vergelijking van responders en non-responders een offset verschil te zijn op t0, t1, t2 en t3. Hoewel de verandering in beide groepen niet significant verschilt dient wel nader onderzocht te worden wat dit offset verschil kan verklaren omdat hier een risico op selection bias ligt. De verschillen treden vooral op wanneer de standaarddeviatie in de non-responders groter is. Dit impliceert dat er een grotere variatie is in de groep non-responders waarbij de gemiddelden ook iets hoger uitkomen. Er kan niet uitgesloten worden dat er in de groep non-responders meer patiënten zitten die minder tevreden waren met het resultaat. Er is hier dus inderdaad mogelijk sprake van selection bias. Desondanks is de gemiddelde verbetering in de groep non-responders niet afwijkend van die van de responders. Doordat de non-responders iets hogere beginwaarden hadden, blijft het gemiddelde eindresultaat op t2 en t3 ook iets hoger.

Daarom zijn in het lange termijn overzicht van deze studie de data van de non-responders (op t0, t1, t2 en t3) niet meegenomen omdat het offset verschil een schijnbare, niet representatieve verbetering van het lange termijn resultaat zou suggereren. De relatief hogere uitkomsten van de non-responders die de gemiddelde waarden op t0-t3 verhogen zouden immers op t4 wegvallen waardoor dit gemiddelde lager zou uitkomen. Door de non-responders niet mee te nemen in de lange termijn analyse wordt deze afwijking voorkomen.

Een tweede punt van aandacht is de vraag waarom 'slechts' 60% van de patiënten klinisch relevant verbetert op pijn en beperkingen. Hierbij moet in aanmerking genomen worden dat het hier een ernstige complexe groep patiënten betreft die niet alleen bij paramedische, maar ook bij medische interventies resistent bleken. Het is daarom juist bijzonder vast te kunnen stellen dat een dergelijk percentage wél positief reageert op de iMSR behandeling en daarmee zelfs een klinisch relevante en beklijvende verbetering ervaart. Hiertegenover staat dat zo'n 40% van de respondenten niet klinisch relevant verbetert,

waarvan ongeveer 20% hetzelfde is gebleven of zelfs verslechterd. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Een grote factor is dat patiënten onvoldoende in staat kunnen zijn geweest de aanwijzingen in de iMSR behandeling effectief in de praktijk te brengen. Dit kan samenhangen met sociale omstandigheden, fysiek of mentaal onvermogen of door andere motivaties van de patiënt. Een andere factor is dat er uiteindelijk andere oorzaken aanwijsbaar zijn die de klacht veroorzaken of in stand houden. In een klein percentage (<10%) is er geen oorzaak voor het beperkte resultaat aan te wijzen. Dit impliceert dat de effectiviteit van deze iMSR behandelvorm verbeterd kan worden door aanscherping van in- en exclusiecriteria, verbetering van inzicht in fysieke verstoringen en de aanpak hiervan en tenslotte verbetering van gedragssturing in het behandelproces. De subgroep van patiënten waarbij de behandeling onvoldoende resultaat sorteert en de onderliggende oorzaak niet aangewezen kan worden, zou bijvoorbeeld aangewezen kunnen zijn op andere vormen van directe pijnbestrijding.

Een beperking van dit onderzoek is het ontbreken van een controlegroep. Deze studie is ongesubsidieerd, op basis van een regulier zorgproces (iMSR) uitgevoerd. Hierdoor ontbrak de mogelijkheid een controlegroep te includeren. Het blijft daarmee wenselijk een dergelijke studie met een geïncludeerde controlegroep uit te kunnen voeren.

Het aantal studies naar lange termijneffecten van iMSR is beperkt.^{5, 11, 12} iMSR voor CLBP bestaat overwegend uit intensieve, langdurige en dure programma's. De iMSR behandeling in deze studie omvat gemiddeld 56 uur, waarvan gemiddeld 48 contacturen, over een periode van 8 weken en is daarmee relatief kort. Het resultaat van dit programma is vergelijkbaar en blijkt op bepaalde punten effectiever dan meer tijdsintensieve programma's (bijvoorbeeld 100 contacturen), hoewel dergelijke programma's ook al als kort beschouwd worden.¹³

De verbeteringen gevonden in deze studie worden voornamelijk in de eerste 8 weken behandelperiode (t0-t1) bereikt. Hoewel dit effect beklijft blijkt verder herstel op termijn beperkt. Het is de vraag of voortzetten van de iMSR behande-

ling het resultaat zou verbeteren. Hier dient een kosten-efficiency afweging gemaakt te worden tussen het resultaat en de meerkosten van doorbehandeling. In de iMSR behandeling leren patiënten hoe zij hun lichaam kunnen inzetten en gebruiken om te herstellen. 80% van patiënten ervaart hierdoor verbetering, en meer dan 60% zelfs een klinisch relevante verbetering. Voor verder herstel worden patiënten gestimuleerd zelfstandig verder te trainen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van (goedkopere) eerstelijns ondersteuning van bijvoorbeeld fysio- of oefen-therapie. Uit de resultaten blijkt dat een deel van de patiënten dit ook inderdaad doet. De lange termijn resultaten geven echter nauwelijks verdere verandering in de situatie aan. Het is hierbij nog onduidelijk of verder trainen, of begeleiding in de eerstelijns onvoldoende effect heeft op verder herstel, of dat dit juist het verkregen resultaat handhaaft. Het lijkt van belang nader te onderzoeken hoe patiënten na beëindiging van de intensieve iMSR begeleiding verder kunnen werken aan hun herstel.

In deze studie zijn werk of andere vormen van maatschappelijke participatie niet meegenomen. Participatie wordt de laatste jaren een steeds belangrijker aspect binnen iMSR. Het is zeker omdat deze studie een klinisch relevant niveau van functieherstel laat zien, zeker aanbevelenswaardig om in toekomstige studies ook (arbeids-) participatie mee te nemen.

Conclusie

Dit lange termijn onderzoek laat zien dat de resultaten van een iMSR behandeling zoals toegepast in deze studie op lange termijn aanhouden en beklijven. Deze behandeling heeft daarbij ook bij een groot deel van de geïncludeerde patiënten een positief en duurzaam effect op zorgconsumptie, die aanzienlijk afneemt (specialistenbezoek, onderzoeken, medicatie en hulpmiddelengebruik en gebruik van eerstelijns gezondheidszorg).

Dit onderzoek onderbouwt de veronderstelling dat iMSR een potentieel relevant en effectief instrument kan zijn bij de bestrijding van het groeiende probleem van aanhoudende chronische lage rug- en bekkengordelpijn.

Wat is al bekend en wat voegt deze studie toe.

Het toepassen van Interdisciplinaire Medisch-Specialistische Revalidatie (iMSR) is een mogelijke behandeloptie voor mensen met aanhoudende, en therapieresistente pijnklachten aan het bewegingsapparaat. Er zijn aanwijzingen dat iMSR effectief kan zijn voor deze doelgroep. Het is echter ook bekend dat van veel behandelvormen het resultaat in tijd beperkt is en pijnklachten op termijn recidiveren. Dit onderzoek richt zich op de vraag wat de lange termijn (tot 5 jaar) resultaten zijn van een iMSR behandeling voor aanhoudende rug- en bekkengordelklachten. De studie laat zien dat, hoewel met enige spreiding, de resultaten van de iMSR behandeling over lange termijn beklijven.

Correspondentieadres:

Spine and Joint Centre
t.a.v. J.P. van Wingerden
Noordsingel 113
3035 EM ROTTERDAM
jpvanwingerden@spineandjoint.nl

Referenties

1. van der Schelde A., van de Koppel M., Kanne P. Ervaringen van Nederlanders met chronische pijn, Rapport Ipsos I&O, september 2024
2. Koes B.W., Tulder M.W. Evidence Based Handelen bij Lage Rugpijn. Bohn Stafleu van Loghum, Boek 2013
3. van Wingerden JP, van Opstal T. Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation in Chronic Low Back Pain: A Pragmatic Study With a Waiting List Control Group. *Eur J Pain*. 2026 Jan;30(1):e70209. doi: 10.1002/ejp.70209. PMID: 41511156; PMCID: PMC12785489.
4. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. 2003 Apr;12(2):149-65. doi: 10.1007/s00586-002-0508-5. Epub 2003 Jan 28. PMID: 12709853; PMCID: PMC3784852.
5. Friedrich M, Gittler G, Arendasy M, Friedrich KM. Long-term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005 May 1;30(9):995-1000. doi: 10.1097/01.brs.0000160844.71551.af. PMID: 15864148.
6. Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping DL, Williams JI. The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995 Feb 1;20(3):341-52. doi: 10.1097/00007632-199502000-00016. PMID: 7732471.
7. Schoppink LE, van Tulder MW, Koes BW, Beurskens SA, de Bie RA. Reliability and validity of the Dutch adaptation of the Quebec Back Pain Disability Scale. *Phys Ther*. 1996 Mar;76(3):268-75. doi: 10.1093/ptj/76.3.268. PMID: 8602412.
8. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. 1983 Sep;17(1):45-56. doi: 10.1016/0304-3959(83)90126-4. PMID: 6226917.
9. Ostelo RW, de Vet HC. Clinically important outcomes in low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005 Aug;19(4):593-607. doi: 10.1016/j.berh.2005.03.003. PMID: 15949778.
10. Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M, Bouter LM, de Vet HC. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Jan 1;33(1):90-4. doi: 10.1097/BRS.0b013e31815e3a10. PMID: 18165753.
11. Geen van J.W., Edelaar M., Janssen M., Eijk van J., The Long-term Effect of Multidisciplinary Back Training: A Systematic Review. *Spine*. 2007 Jan 15; 32 (2):249-55 17224822.
12. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 2;(9):CD000963. doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.
13. van Hooff ML., ter Avest W., Horsting PP, O'Dowd J, de Kleuver M., van Lankveld M., van Limbeek J. A short, intensive cognitive behavioral pain management program reduces health-care use in patients with chronic low back pain Two-year follow-up results of a prospective cohort. *Eur Spine J* 2011 DOI 10.1007/s00586-011-2091-0

Bijlage Tabel 4. Overzicht gemiddelde resultaten (M) van beperkingen (QBDS) en pijn (VAS) van responders en non-responders op t1-t4, met standaarddeviatie (sd) en aantallen responders per jaar en t (n).

	Responders												Non-Responders														
	2012			2013			2014			2015			2012			2013			2014			2015					
	n	M	sd	n	M	sd	n	M	sd	n	M	sd	n	M	sd	n	M	sd	n	M	sd	n	M	sd	n	M	sd
QBDS (Beperkingen)	141	45	13	158	42	13	208	43	11	227	47	13	292	40	12	263	41	12	259	42	13	266	44	13			
Maa																											
0	139	46	14	154	45	16	205	46	14	224	45	15	290	49	15	261	47	16	255	50	16	265	46	16			
2	139	28	13	158	28	13	206	28	14	226	29	13	286	31	15	260	32	16	255	32	15	264	32	15			
5	136	26	15	154	28	17	200	27	16	217	28	14	264	30	19	238	31	19	234	31	17	221	32	17			
14	97	26	16	91	28	20	127	25	18	157	26	17	121	30	20	96	28	21	100	29	21	89	31	20			
30										227	28	18															
42							208	28	19																		
54				158	28	20																					
66	141	28	19																								
Pijn (VAS)																											
0	139	49	21	155	48	23	204	54	22	225	51	23	291	55	23	260	52	24	254	57	23	265	53	23			
2	140	29	21	158	30	21	206	30	21	226	32	23	288	33	23	259	35	24	255	36	24	262	37	23			
5	136	27	24	154	33	26	200	29	23	218	31	24	264	32	25	238	34	27	234	36	26	218	36	26			
14	97	26	23	92	31	25	128	27	25	156	27	25	120	33	28	96	31	27	97	31	28	90	34	28			
30										225	26	23															
42							204	30	24																		
54				157	28	25																					
66	139	24	23																								

Bijlage: Tabel 5 Overzicht van aantallen responders per jaar van behandeling, die een waarde voor het Global Perceived Effect (GPE) hebben gegeven op t1 en t4. GPE op t1 heeft een 6 punts schaal. GPE op t4 heeft een 3 punts schaal.

	eind van de behandeling						lange termijn				
	totaal	2012	2013	2014	2015		totaal	2012	2013	2014	2015
	n	n	n	n	n		n	n	n	n	
volledig hersteld	3	2	1	0	0	beter	2	1	1	0	0
						hetzelfde	0	0	0	0	0
						slechter	1	1	0	0	0
Veel beter	404	77	92	124	111	beter	262	52	58	83	69
						hetzelfde	65	12	17	17	19
						slechter	73	13	16	22	22
iets beter	248	46	46	64	92	beter	118	22	24	28	44
						hetzelfde	59	11	9	16	23
						slechter	68	12	13	19	24
hetzelfde	38	9	9	8	12	beter	12	2	4	1	5
						hetzelfde	15	3	4	3	5
						slechter	10	3	1	4	2
iets slechter	31	6	7	7	11	beter	14	3	5	3	3
						hetzelfde	8	1	2	3	2
						slechter	9	2	0	1	6
veel slechter	7	0	3	3	1	beter	1	0	1	0	0
						hetzelfde	4	0	0	3	1
						slechter	2	0	2	0	0



Boekrecensie

**Het verborgen verhaal van pijn:
over de psychologie van chronische pijn.**

Auteur: Han Samwel

Uitgever: Ten Have.

ISBN: 9789025913915.

Han Samwel heeft met 'Het verborgen verhaal van pijn' een toegankelijk en persoonlijk boek geschreven voor mensen met chronische pijn. Wie Samwel kent van 'De psycholoog als pijnbehandelaar' (gericht op zorgprofessionals) herkent ook hier zijn betrokkenheid, zijn warme toon en zijn overtuiging dat pijn nooit alleen "een symptoom" is, maar altijd ook een menselijk verhaal. Dit nieuwe boek is duidelijk bedoeld als gids voor patiënten: herkenbaar, hoopvol en uitnodigend tot reflectie en verandering.

Tegelijkertijd roept het boek – juist door de kracht van zijn centrale lens – belangrijke vragen op voor pijnprofessionals. Want waar Samwel overtuigend laat zien hoe levensloop, hechting, stressregulatie en relationele patronen pijn kunnen kleuren, ligt het risico op de loer dat "het verborgen verhaal" te makkelijk gaat functioneren als dé verklaring voor chronische pijn. En precies daar wordt het boek inhoudelijk interessant: het biedt veel, maar vraagt ook om precisie en context.

De opzet: actueel verhaal versus verborgen verhaal

Samwel introduceert een tweedeling die voor veel lezers onmiddellijk herkenbaar is: Het actuele verhaal: pijn, beperkingen, coping, iatrogene schade, relationele en sociale gevolgen van pijn. En het verborgen verhaal: het levensverhaal dat – in de framing van de auteur – verklarend en causaal gereleateerd is aan de pijnbeleving in het heden.

Deze opzet maakt abstracte thema's concreet en geeft patiënten woorden voor patronen die vaak al jarenlang "onder de radar" meespelen. Drie doorlopende casussen zorgen voor continuïteit en bieden herkenning in verschillende stijlen van overleven.

Maar diezelfde tweedeling raakt ook een spanningsveld dat in de pijnzorg steeds terugkomt: het risico op splitsingen die we juist proberen te overstijgen – acuut versus chronisch, lichamelijk versus psychisch en individu versus omgeving. Vanuit een meer enactieve / dynamisch-systeemtheoretische blik ontstaat pijn niet in een domein, maar tussen domeinen: in voortdurende interacties tussen lichaam, brein, context, betekenis, relaties, gedrag, slaap, werk, onzekerheid, verwachtingen en medische processen.

Het boek ademt nabijheid. Samwel schrijft niet als een afstandelijke expert, maar als een vakmens die zichzelf meeneemt: zijn emoties, zijn proces, zijn twijfels. Voor patiënten is dat veilig en hoopgevend; voor professionals is het een mooie illustratie van relationele therapie "in de praktijk".

Het hoofdstuk over chronische spanning ("ik sta altijd aan") en de koppeling met interpersoonlijk contact en stressregulatie sluit goed aan bij hoe veel mensen met chronische pijn zichzelf ervaren: hoog alert, snel overprikkeld, vertraagd herstel. De keuze om stressfysiologie (o.a. polyvagaal theorie) als kapstok te gebruiken helpt om klachten te normaliseren: niet zwak, maar gericht op overleven.

Samwel beschrijft dat herstel niet primair ligt in controle over pijn, maar in regie, keuzes maken en handelen in lijn met persoonlijke waarden. Hiermee is hij niet alleen congruent met moderne procesgerichte therapie zoals ACT maar geeft ook praktische handvatten door de focus te verschuiven van

“pijn oplossen” naar “leven opbouwen”.

Samwel positioneert het verborgen verhaal soms als verklarend en causaal voor de pijn in het heden. Chronische pijn is zelden mono-causaal. Vanuit de dynamische systeemtheorie zouden we zeggen: pijn is een emergent patroon in een systeem, gevoed door meerdere, niet-lineaire “loops” die elkaar versterken (slaap–stress–pijn–vermijding; onzekerheid–hypervigilantie–sensitisatie; medische trajecten–iatrogene schade; sociale rollen–overbelasting; fysieke deconditionering; werkdruk; trauma; etc.). Het verborgen verhaal kan één van die krachtige loops zijn.

Bij patiënten met dominante somatische drivers (bijv. duidelijke nociceptieve/neuropathische componenten, inflammatoire processen, ernstige slaapstoornissen, medicatie-effecten, complexe comorbiditeit) of bij wie het “verborgen verhaal” niet primair is, kan het boek te veel psychologisch verklaaringsgewicht krijgen. Dan bestaat het risico op een nieuwe vernauwing: alles via hechting, boosheid of interpersoonlijke impasses. In dynamische systeem-termen: het boek zoomt in op één attractor-lus en dat kan helpend zijn – maar ook blind maken voor andere instandhoudende mechanismen die óók behandelbaar zijn.

Samwel gebruikt “pijn” soms voor lichamelijke pijn en soms voor psychisch lijden (“de kern van de pijn die mensen meedragen”). Als lezer begrijp je vaak wat bedoeld wordt, maar in een boek dat expliciet over pijn gaat kan die dubbelzinnigheid verwarrend zijn. Patiënten (en ook sommige professionals) kunnen dan onbedoeld concluderen: “Dus de pijn is eigenlijk emotie.” Terwijl het preciezer (en veiliger) is om te spreken over lijden, dreiging, verlies, stress, lichaamsonveiligheid, pijnveraring of pijngevoeligheid – afhankelijk van wat je bedoelt.

Samwel ziet als belangrijk onderdeel van de behandeling dat de patiënt opnieuw met zijn of haar ouders in gesprek gaat over wat hij of zij als kind heeft meegemaakt. Vanuit een procesgerichte benadering zou je dit eerder framen als één mogelijke route naar herstel van betekenisgeving en relationele positionering – niet als noodzakelijke stap.

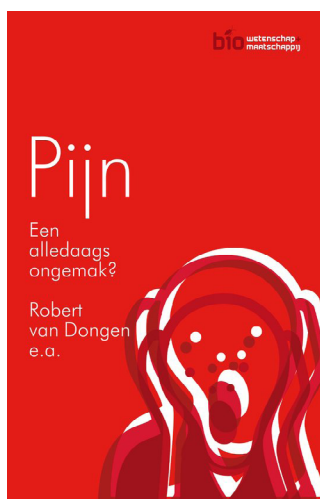
Voor wie is dit boek waarschijnlijk het meest passend?

Mensen bij wie pijn duidelijk samenhangt met chronische stress, overbelasting, relationele dreiging, perfectionisme, pleasen, hoge interne spanning, weinig zelfzorg, of een levensloop met hechtingsonveiligheid/trauma. Daarin is Samwel op zijn best: hij geeft woorden, richting, en een menselijk pad. Het verborgen verhaal van pijn is een warm, zorgvuldig en hoopvol patiëntenboek dat veel lezers erkenning zal geven. De casuïstiek is sterk, de therapeutische houding is voorbeeldig en de waardengerichte richting sluit mooi aan bij ACT en hedendaags procesdenken.

Het boek staat helder in het psychologische domein (en daarbinnen sterk in een psychodynamisch-interactionele traditie), maar laat minder zien hoe dat domein continu verstrengeld is met de rest van het systeem.’

Voor pijnprofessionals is mijn advies gebruik het als uitnodiging tot onderzoek van één mogelijke lus (hechting/stress/relatieconflict), zonder de andere lussen uit het oog te verliezen.

Dr Arno Engers
psycholoog, fysiotherapeut np, bewegingswetenschapper



Boekrecensie

Pijn

Een alledaags ongemak?

Auteur: Robert van Dongen e.a.

Uitgever: Lias B.V. in samenwerking met:

Stichting Biowetenschappen en Maatschappij.

ISBN: 9789088031441

Onder hoofdredactie van dr. Robert van Dongen, anesthesioloog-pijnspecialist en emeritus hoogleraar, verscheen in 2025 het boek *Pijn – Een alledaags ongemak?* bij uitgeverij Lias, mede mogelijk gemaakt door Stichting Biowetenschappen en Maatschappij (ISBN 978 90 8803 1441 | NUR 882). Aan het honderdzestig pagina's tellende boekje, dat net iets groter is dan zakformaat, werkte een indrukwekkende groep Nederlandse en Belgische zorgprofessionals mee. Van gezondheidspsychologen tot hoogleraren Seks- en gendersensitieve geneeskunde, pijnspecialisten, revalidatieartsen. Het voorwoord is geschreven door een patiënte/ervaringsdeskundige en journalist. Ook de op 4 augustus 2025 overleden hoogleraar dr. Andrea Evers leverde nog een waardevolle bijdrage.

In compacte vorm krijgt de lezer een brede hoeveelheid informatie aangeboden over verschillende soorten pijn, de onderliggende fysiologie en anatomie, klinische presentaties, behandelmethoden en zelfs toekomstige en soms omstreden behandelopties. Die rijkdom aan informatie is een grote kracht van het boek, maar kan voor lezers zonder medische achtergrond soms uitdagend zijn. Hoewel de auteurs proberen vakjargon te vermijden, maakt de hoeveelheid informatie het niet altijd eenvoudig om alles te volgen. Vooral het eerste hoofdstuk, dat ingaat op de biofysiologie van (nociceptieve) pijn, vraagt enige voorkennis.

Door het hele boek heen staan kaders met achtergrondinformatie over (zeldzame) ziektebeelden, uitgelichte onderwerpen, behandelingen of korte anekdotes van een voormalig huisarts over patiënten met pijn. Vooral het hoofdstuk van prof. dr. Sabine Oertelt-Prigione & Abdelilah Hamamou Balah over pijn bij mannen, vrouwen en gender is bijzonder interessant. Voor vrijwel iedere zorgprofessional zullen er nieuwe elementen in het boek te vinden zijn, al blijft de diepgang soms beperkt door de compacte opzet.

Het verdient een compliment aan de hoofdredacteur om zo'n sterk ensemble van experts samen te brengen in zo'n klein werk te bundelen. De samenstelling van het auteursteam en de bijdrage van verschillende disciplines geven het boek een breed perspectief op pijn. De illustraties, tekeningen en infographics van Eva Dekker zijn van hoge kwaliteit, helder vormgegeven en ondersteunen de tekst op een toegankelijke manier. Ze zouden niet misstaan in een naslagwerk voor fysiologie.

Alles bij elkaar is dit boek zeker de moeite waard voor arts-assistenten die zich willen verdiepen in pijn of revalidatie, voor medisch specialisten die niet dagelijks met pijnzorg te maken hebben maar hun kennis willen verbreden, én voor (GZ-)psychologen en paramedici met interesse in het onderwerp. Het biedt een toegankelijke kennismaking met een complex thema, geschreven door mensen die duidelijk weten waar ze het over hebben.

Chang Ho Wessel
revalidatiearts Basalt



Posterprijzen PA!N-congres 2025



Han van Dijk

Roberto Perez Posterprijs, beste poster volgens vakjury

Han van Dijk, Albère Köke, Marielle Goossens, Ilya Zitter, Rob Smeets Hogeschool Utrecht. Op-leiden van de biopsychosociale pijnprofessional van de toekomst: integratie van werkplekleren in het onderwijs èn professionalisering (Universiteit Maastricht, Hogeschool Utrecht)

De toenemende prevalentie van chronische pijn vraagt om pijnprofessionals die biopsychosociaal en interprofessioneel kunnen handelen, maar veel professionals voelen zich hier onvoldoende op voorbereid. Binnen het PAIN-project is daarom een work-integrated learning-programma ontwikkeld, gericht op werkplekleren, reflectie en ervaringsgericht leren. In een pilot met 13 fysiotherapeuten leidde dit tot een persoonlijk ontwikkeltraject, meer zelfvertrouwen en een sterkere biopsychosociale attitude. Peer-learning en praktijkopdrachten werden positief ervaren, al beïnvloeden werkplekcontext en financiering de toepasbaarheid. Het programma blijkt waardevol voor het versterken van competenties in de eerstelijnszorg.

Patiëntenprijs; beste poster volgens patiënten

Marianne Nery Innovatieve niet-farmacologische interventies voor pijnbestrijding bij sikkelcelziekte; twee studieprotocollen (Amsterdam UMC)

Sikkelcelpatiënten ervaren vaak zeer pijnlijke vaso-occlusieve crises (VOC), die kunnen leiden tot chronische pijn, angst en psychische klachten. Twee RCT's onderzoeken of Virtual Reality (VRT) en EMDR pijn kunnen verminderen. VRT wordt getest bij 8-25-jarigen tijdens VOC om pijn, angst, opioïdgebruik en opnameduur te verlagen. EMDR wordt onderzocht bij 6-18-jarigen met hoge pijninterferentie om pijn, PTSD-symptomen en pijnimpact te verminderen. Resultaten worden in 2026 verwacht. Als effectief, kunnen deze interventies pijn, opioïdgebruik en ziekenhuisopnames bij kinderen met SCD aanzienlijk verminderen.



Mariana Nery

**Publieksprijs;
beste poster volgens publiek**

Rianne van Boekel, Sandra van den Heuvel, van de Wetering, Marit Boeijen Transitionele pijn service: preventieve netwerkzorg onder verpleegkundige leiding (RadboudUMC)

Postoperatieve pijn is een groot probleem: veel patiënten ontwikkelen chronische pijn of langdurig opioïdengebruik. Het Radboudumc introduceerde daarom een transitionele pijnservice (TPS), waarin pijnverpleegkundigen patiënten met verhoogd risico preventief begeleiden van vóór tot drie maanden na de operatie. De zorg is persoonsgericht, transmuraal georganiseerd en ingebed in het EPD. Patiënten waarderen de vaste contactpersoon, mentale ondersteuning en duidelijke informatie. De TPS lijkt complicaties, heropnames en langdurig middelengebruik te verminderen en is inmiddels opgenomen in de landelijke richtlijn Postoperatieve pijn.



Rianne van Boekel



**VRIJDAG 25
SEPTEMBER
REEHORST - EDE**

Congres Durf te Doen!

 Netwerk
Pijnrevalidatie
Nederland

Exposure in Vivo in samenwerking tussen eerste en tweede lijn

Het oppakken of onderhouden van een dagelijkse actieve leefstijl bij aanhoudende pijn vraagt moed. Van de patiënt en ook van de behandelaar. Durf jij het aan om samen met andere zorgprofessionals anders naar actief zijn met pijn te kijken en om samen met je patiënt nieuwe mogelijkheden te verkennen? Op vrijdag 25 september 2026 sluiten we het EXPOSURE.NL project van Universiteit Maastricht en het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland af met een landelijk congres.

Een dag vol inzichten, praktijkvoorbeelden en concrete handvatten voor een Exposure behandeling in je eigen eerste of tweedelijns praktijk. Reserveer vrijdag 25 september 2026 datum alvast in je agenda.

Binnenkort volgt het volledige programma en opent de inschrijving. Volg NPN op LinkedIn en blijf op de hoogte.