

**Chronische pijn,** *alarmsymptoom* van een zieke maatschappij

Leen Vermeulen

Bijna drie miljoen Belgen kampt met chronische pijn. Willen we deze epidemie onder controle krijgen, dan hebben we nood aan een inclusief maatschappijmodel waar de oorzaken aangepakt worden.



## Een Europese studie uit 2019 spreekt over 2,9 miljoen Belgen met chronische pijn.

Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid stelde in zijn gezondheids-enquête van 2018 vast dat 56,2 procent van de Belgen ouder dan 15 jaar pijn en ongemak signaleert. 34,5 procent voelde zich in de vier

weken voor de enquête bij het verrichten van normaal werk gehinderd door lichamelijke pijn.<sup>1</sup> Een Europese studie uit 2019 spreekt over 2,9 miljoen Belgen met chronische pijn.<sup>2</sup> Driekwart van hen ervaart zelfs iedere dag pijn. Een vijfde van hen is niet meer aan de slag, de vier vijfde mensen met aanhoudende pijn die wel nog werken zijn dubbel zo vaak afwezig als gemiddeld. Dat maakt hen heel bezorgd over hun werk. Ze blijven dikwijls te lang verder werken. “Mijn baas mag niet weten dat ik rugpijn heb, want dan zal hij mijn contract niet verlengen. Ik kan mijn job echt niet verliezen,” krijg je dan te horen. In zulke situaties gaat het van kwaad naar erger met de pijn en riskeert de weg naar herstel dubbel zo lang te worden. Zo komt het dat werknemers op een bepaald moment fysiek en mentaal totaal uitgeput zijn en voor een lange periode uitvallen.

De maatschappelijke kosten van chronische pijnpatiënten lagen in 2010 al even hoog als de kosten van kanker, diabetes en hart- en vaatziekten samen.<sup>3</sup> Sinds 2010 is het aantal chronisch zieke mensen verdubbeld, vermeldt het christelijk ziekenfonds CM in een recent rapport. De meerderheid van de ondervraagden, 56 procent, wijt hun ziekte deels aan de omstandigheden op hun werk: hoge werkdruk, fysiek zwaar werk, slechte relaties met leidinggevenden, aldus nog dat rapport.<sup>4</sup>

## Pijn is meer dan een lichamenlijk symptoom

Wie aanhoudende pijnklachten heeft, voert een dagelijkse strijd met een lichaam dat niet mee wil. Maar het is veel meer dan een lichamenlijke kwaal die al dan niet medisch behandeld moet/kan worden.

Wie elke dag met moeite uit zijn bed geraakt, omdat hij het gevoel heeft dat hij de voorbije nacht een grote verhuis heeft gedaan of dat zijn rug, bekken of knieën het bij de eerste bewegingen gaan begeven, start de dag al doodmoe, met lood in de benen. Neem dan maar gezwind het openbaar vervoer om je kinderen naar school te brengen en je daarna naar het werk te haasten!

De stress en druk op het werk is nog nooit zo hoog geweest, ook al door de uitval van collega's die niet vervangen worden. Je moet je werk niet gewoon goed doen, je moet 150 procent presteren, elke minuut van elk werkuur. Amazon bijvoorbeeld monitort elke beweging van de flex-koeriers. Met algoritmes berekenen ze bepaalde prestatiepatronen en op basis daarvan beslissen ze welke koeriers meer routes krijgen en wie gedeactiveerd wordt.<sup>5</sup> Uiteraard

houden ze geen rekening met de beperkingen van een menselijk lichaam, met leeftijd, fysieke beperking ...

Sinds de afschaffing van het brugpensioen en de verhoging van de pensioenleeftijd is het aantal langdurig zieken evenredig toegenomen. Tussen 2021 en 2019 daalde het aantal bruggepensioneerden van ongeveer 120.000 naar 60.000. In diezelfde periode steeg het aantal langdurig zieke 55-plussers met meer dan 70.000.<sup>6</sup>

55-plussers die aan het eind van een lange carrière op zijn, kunnen de groeiende fysieke en psychische werkdruk, de flexibiliteit en de polyvalentie niet meer aan.

Er is ook de groeiende jobonzekerheid. Vaste contracten zijn al lang niet meer de norm. Meer en meer mensen combineren verschillende flexi-jobs om te kunnen rondkomen. Val je ziek, dan heb je onmiddellijk inkomensverlies. Tijdelijke of interimcontracten worden niet verlengd als je niet aan de hoge eisen voldoet.

Jonge ouders worden geacht na het werk hun kinderen naar de logopedie of orthodontie te brengen of naar een van de vele naschoolse activiteiten die nodig zijn voor de sociale- en creatieve ontwikkeling van hun lieverds. Dan is er nog het huiswerk van de koters om op te volgen en moeten ze nog een gezonde en gevarieerde maaltijd zien klaar te stomen. We crossen door het leven, komen elke dag uren te kort en kruipen met torenhoge stresshormonen 's avonds laat in bed om 's morgens geradbraakt op te staan.

Mensen met chronische pijn kennen bovendien een chronische angst voor jobverlies, financiële problemen, sociale uitsluiting en vereenzaming want afgehaakt uit de ratrace van een dolgedraaide samenleving.

## Pijn zit tussen de oren

De International Association for the Study of Pain omschreef pijn in 2020 als “een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging”. Ze voegt eraan toe dat pijn altijd een persoonlijke ervaring is die in verschillende mate wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren.<sup>7</sup>

Pijn is dus niet alleen fysiek, ze gaat gepaard met emoties. Wie pijn voelt, is zelden happy, meestal in meer of mindere mate angstig, gefrustreerd, kwaad

### Leen Vermeulen



Leen Vermeulen is al 25 jaar huisarts bij Geneeskunde voor het Volk. Ze schoolde zich bij tot integratief psychotherapeut en groepstherapeut en verdiepte zich in het fenomeen pijn. Ze begeleidt patiënten met aanhoudende pijnklachten.

of ontgoocheld. Soms is er helemaal geen weefselschade: spierpijn na een stevige workout betekent niet per se een spierletsel, buikpijn vlak voor een examen heeft weinig te maken met een darmprobleem en bij hoofdpijn na te weinig slaap en een drukke omgeving moeten we niet vrezen voor een hersentumor. Nog een voorbeeld is fantoompijn, pijn in een afgezette vinger of voet.

Pijn is altijd een persoonlijke ervaring in een welbepaalde context: mijn hoofdpijn voelt anders aan dan die van jou, omdat we bloot staan aan andere biologische, psychologische en sociale factoren. Ook context is belangrijk: een kind dat valt op de speelplaats tijdens een leuk spel zal sneller recht krabbelen en verder spelen, dan wanneer mama of papa in de buurt is en een sussende knuffel als pijnstillers kan geven. Een kind dat uitgelachen wordt omdat het gevallen is, zal dan weer meer en langer pijn hebben dan wanneer het liefdevol opgevangen wordt.

Pijn kan dus niet louter medisch en/of biologisch verklaard en niet altijd louter medisch behandeld worden. Ik heb rugpijn, dus moet er ter hoogte van mijn wervelzuil of in mijn spieren een probleem zijn. Een RX of een scan moet dat dan aantonen, zodat artsen gericht kunnen ingrijpen met een lokale infiltratie of zo nodig een operatie. Of in het beste geval moeten gerichte oefeningen of behandelingen bij een kinesist of fysiotherapeut het spier- of ligamentprobleem genezen. Zo werkt het dus meestal niet: bij slechts vijf procent van de patiënten met aanhoudende rugklachten biedt een fysiek probleem een volledig verklaring. Op scanners zien we wel bij alle 40-plussers meerdere veranderingen, zoals discusbulging, botveranderingen door artrose, vernauwingen van de wervelopeningen... die we als normale ouderdomsverschijnselen kunnen beschouwen, maar die niet voor pijn hoeven te zorgen.

Het is belangrijk om de neurofysiologie van pijn te begrijpen. Pijn wordt niet gemaakt daar waar we die voelen, maar in ons centraal zenuwstelsel. Het zijn onze hersenen die beslissen om onbewuste signalen uit ons lichaam al dan niet om te zetten in een bewuste pijnsensatie.

Signalen uit onze weefsels (spieren, ligamenten, ingewanden ...) worden opgevangen door kleine sensoren in onze perifere zenuwen die met fijne vertakkingen een fijnmazig web vormen tot diep in onze weefsels. Deze signalen worden doorgestuurd naar ons ruggenmerg, waar ze overgedragen worden op een centrale zenuw, die de boodschap – automatisch, onwillekeurig – doorstuurt naar de hersenen. Die signalen zijn een verandering in druk, warmte of chemie. Als die drie signalen uit één regio komen luidt de boodschap “mogelijk gevaar in deze regio”. Het is aan de hersenen om te beslissen wat er met deze boodschap gebeurt.

Beslissen de hersenen dat er inderdaad gevaar is en dat dit prioritair moet aangepakt worden, dan worden deze signalen omgezet in een

bewust alarmsignaal, namelijk pijn. Enkel pijn kan ons er toe aanzetten om onszelf te beschermen tegen gevaar: als je je enkel omslaat en je ligamenten scheurt, zorgt de pijn ervoor dat je niet meer op je voet steunt, zodat je ligamenten niet nog meer scheuren.

Naarmate een letsel geneest, is dit alarmsignaal minder nodig en dooft het weer uit. Pijn is dus een zeer nuttig alarmsignaal bij een acuut probleem dat bescherming of behandeling vraagt.

Het verhaal is helemaal anders bij chronische pijn. Dat je na een beenbreuk, een spier- of ligamentscheur twee à drie maanden pijn voelt is normaal, dat is de tijd die nodig is om het letsel helemaal te laten genezen. Blijft de pijn langer aanhouden, dan is het alarmsysteem van ons zenuwstelsel overgevoelig geworden, en heeft de pijn geen beschermende functie meer. Vergelijk het met een rookmelder: normaal gaat die alleen af bij gevaarlijke rook of uitslaande vlammen. Het alarm zegt je dat je de brandweer moet bellen om je huis tegen nog meer schade te beschermen. Soms kan het alarm echter al afgaan bij een rokend fonduestel. Dan moet je niet de brandweer bellen maar het alarm (laten) resetten. Zo gaat het ook bij chronische pijn: normale signalen uit de weefsels, bijvoorbeeld drukverandering in een spier tijdens een beweging, zorgen al voor pijn. Het pijnalarm is dan overgevoelig geworden en heeft geen alarmfunctie meer. Er is niets mis in die spier of dat ligament, de orthopedist/chirurg kan niets meer doen, maar toch blijft de pijn. Het pijnalarm moet gereset worden.

## Hersenen reageren anders bij acute en chronische pijn

Onze hersenen beslissen dus wanneer er een bewuste pijn gecreëerd moet worden. Dankzij baanbrekend breinonderzoek met behulp van functionele MRI-scans van de hersenen weten we sinds een vijftiental jaar dat alle onderdelen van ons brein in een fractie van een milliseconde samenwerken om deze beslissing te nemen. Het geheel van zenuwverbindingen of neurale paden tussen de verschillende zones in ons brein noemen we de breinmatrix. Alle onderdelen van ons brein geven elk hun eigen betekenis aan de binnenkomende signalen. Afhankelijk van welk deel van de hersenen op dat moment het meest actief is, krijgt een gevaarsignaal uit je lichaam een ander belang en wordt er mogelijk een ander gevolg aan gegeven. We weten dat meer en andere breinzones actief zijn bij chronische

**De maatschappelijke kosten van chronische pijnpatiënten lagen in 2010 al even hoog als de kosten van kanker, diabetes en hart- en vaatziekten samen.**

**Wie zich in een warme omgeving liefdevol omringd voelt en geknuffeld wordt, zal minder pijn voelen dan in eenzaam isolement.**

pijn dan bij acute pijn. Met andere woorden: de beslissing om signalen uit het lichaam om te zetten in pijn gebeurt anders en sneller naarmate we langer klachten hebben.

De Australische experts in pijnbestrijding Moseley en Butler vergelijken dit met de verschillende instrumenten in een orkest. Afhankelijk van welk instrument de hoofdmelodie mag spelen, klinkt het muziekstuk

anders. Als ons angstbrein (amygdala) of ons geheugen (hippocampus) met negatieve ervaringen of ons emotionele brein (limbisch systeem) te lang de hoofdviool speelt, dan bestaat de kans dat ons oplossend en relativerend brein (prefrontale cortex) geen kans meer krijgt om de beslissing van het pijnalarm tegen te houden. Welke hersendelen een doorslaggevende rol spelen, hangt samen met verschillende (bio) psychosociale factoren. Met die psychosociale factoren bedoelen we gedachten over de pijn (de oorzaak, de mogelijke oplossing, de gevolgen: relativeren of dramatiseren), de manier van omgaan met pijn, ons gedrag en onze gewoontes, onze emoties en mentale toestand (angstig en depressief of vol vertrouwen), gebeurtenissen opgeslagen in ons pijngeheugen, slaap, stress, de context waarin we leven/werken/pijn ervaren ...

## Gelukshormonen houden pijn tegen

Onze breinmatrix heeft de volumeknop van de pijn in handen. Ze kan bewuste pijn creëren (centrale sensitatie), maar ook signalen uit de weefsels negeren en zelfs tegenhouden ter hoogte van de signaaloverdracht in het ruggenmerg (centrale desensitatie). Als je je leven moet redden, zal je met een gebroken been uit een brandende auto weggrennen. De gevaarsignalen uit het been worden op dat moment niet omgezet in bewuste pijn, want je leven redden is belangrijker. De adrenaline die door je lijf giert werkt op dat moment pijnstillend. Een marathonloper die vlak voor de finish een ligament scheurt, zal wellicht verder lopen tot voorbij de eindmeet. Het hormoon dopamine, dat in zijn lichaam vrijkomt als hij zijn doel in zicht heeft, werkt als lichaamseigen pijnstillers. Wie zich in een warme omgeving liefdevol omringd voelt en geknuffeld wordt, zal minder pijn voelen dan in eenzaam isolement. Het knuffelhormoon oxytocine werkt ook hier, zoals bij een klein kind, zalvend en helend. Als je in een enthousiaste flow het gevoel hebt dat wat je doet waardevol is, dan voel je positieve energie dankzij vrijgemaakte endorfines en serotonine, en gaat de pijn als vanzelf naar de achtergrond. Je aandachtsbrein is

met belangrijker zaken bezig dan signalen uit je lichaam die geen gevaarboodschap meer hebben. Deze lichaamseigen pijnstillers zijn tot 60 keer sterker dan synthetische pijnmedicatie.

Het komt er dus op aan om in de behandeling van chronische pijnklachten op zoek te gaan naar manieren om de kast van onze pijnstillende hersenapotheek open te zetten. Om op een bepaald moment niet langer te focussen op de pijn, de oorzaken ervan en hoe die pijn te verminderen, want te veel focus op de pijn onderhoudt en versterkt de pijnfaciliterende neurogene paden. Het hoofddoel van de behandeling moet zich richten op levenskwaliteit en de verbetering van het fysiek functioneren, waardoor er opnieuw mogelijkheden opengaan om activiteiten uit te voeren en een voldoening gevend en waardevol leven te leiden, in plaats van vooral pijn te lijden. Daarbij is het belangrijk om realistische doelstellingen op te maken, opgedeeld in vele kleine haalbare tussenstappen die het vertrouwen in het lichaam herstellen en pessimistische gedachten over de pijn kunnen verminderen. Afleiding van de pijn leidt tot pijnvermindering omdat de “dreiging van gevaar” in de breinmatrix vermindert en de overgevoeligheid van het zenuwstelsel kan resetten.

## Terug naar de werkvloer in onze zotgedraaide maatschappij

Of je breinmatrix beslist alarmsignalen uit je lichaam al dan niet te versterken tot pijn, hangt heel sterk af van de situatie en de context. Die moet je ruim, ook maatschappelijk, zien. Paul Verhaeghe schrijft: “Als zoveel mensen dezelfde klachten ontwikkelen in amper één generatie, kun je niet langer van individuele problemen spreken. Dan heb je met iets anders te maken. Er is een olifant in de kamer en die moet benoemd worden. Mensen worden massaal ziek omdat hun werk fysiek en/of mentaal te belastend is.”<sup>8</sup>

We zien twee oorzaken.

Uit de eindeloopbaanstudie van Geneeskunde voor het Volk blijkt dat de helft van de werknemers ouder dan 55 jaar niet tot hun pensioenleeftijd kan blijven doorwerken, omdat hun gezondheid het niet toelaat. Ze komen vaak in langdurige ziekte terecht.<sup>9</sup>

Bovendien moet het ook almaar harder en flexibeler. Jeffrey Pfeffer is hoogleraar aan de Graduate School of Business in Stanford en wordt beschouwd als een van de invloedrijkste managementdenkers van vandaag. Hij bestudeert de invloed van de psychosociale stressfactoren in de werkomgeving op de gezondheid van werknemers: de hoge jobeisen, de economische onzekerheid, het gebrek aan controle over het eigen werk, het diepe conflict tussen werk en familie, de lange werkuren... Pfeffer en zijn collega's

verwerkten 228 studies over de gevolgen van werkstress en kwamen tot de slotsom dat de kans op ziekte door de hoge jobeisen met 35 procent toeneemt en door jobonzekerheid zelfs met de helft.<sup>10</sup>

## Druk op langdurig zieken van Vivaldi-regering maakt het alleen maar erger

De Vivaldi-regering zet in haar regeerakkoord van oktober 2021 harder dan ooit in op de re-integratie van langdurig zieken. De werkzaamheidsgraad<sup>11</sup> moet tot 80% stijgen. Hier speelt de bedrijfsarts een belangrijke rol in de vraag of een werknemer nog in staat is zijn job uit te oefenen, eventueel mits aanpassingen, en welke mogelijkheden er zijn voor re-integratie. Bij mensen zonder arbeidsovereenkomst is er een cruciale rol weggelegd voor de adviserend arts van het ziekenfonds. Zieke werknemers moeten na 10 weken werkonbekwaamheid een vragenlijst invullen die peilt naar de mogelijkheden tot terugkeer naar het werk. Weigeren ze dit, dan riskeren ze 2,5% van de uitkering te verliezen. Na drie maanden werkonbekwaamheid moeten ze met zachte hand weer naar het werk geleid worden, zo omschrijft Vandenbroucke zijn plan. Daarvoor worden 60 terug-naar-werk-coördinatoren bij de ziekenfondsen ingeschakeld. Vandenbroucke wil vanaf 2023 jaarlijks 24.000 dergelijke re-integratietrajecten. De ziekenfondsen worden geresponsabiliseerd om mee te werken: ze verliezen middelen als ze bepaalde doelstellingen niet halen.<sup>12</sup>

Vanuit het oogpunt van pijnbestrijding zijn die maatregelen te begrijpen: ze helpen de focus te verleggen van de pijn naar waardevolle tijdsbesteding. Niemand kiest ervoor of heeft er baat bij om lange tijd ziek thuis te blijven. We weten dat dit thuis zijn, het isolement, de financiële gevolgen, het gebrek aan dagindeling en aan contact met collega's en het ontbreken van het gevoel een waardevolle bijdrage aan het maatschappelijk leven te leveren op zichzelf psychosociale factoren zijn die de pijn mogelijk versterken. Nu we de neurofysiologie van de pijnmatrix in onze hersenen kennen, kunnen we dit biologisch verklaren.

In realiteit heeft de jacht op langdurig zieken echter een negatief effect: mensen worden opgejaagd om toch maar een medisch bewijs van hun aanhoudende werkongeschiktheid te bemachtigen. Ze worden gedwongen om dokters af te lopen, meerdere attesten te halen bij behandelende artsen, adviserende geneesheren en bedrijfsartsen, waardoor de focus op hun pijn alleen maar groter wordt. Dit allemaal in een puur biomedisch kader waarvan we weten dat dit niet meer werkt bij chronische pijn. Dit is net het tegenovergestelde van de hierboven beschreven efficiënte pijn aanpak die op zoek gaat naar manieren om onze pijnstillende gelukshormonen aan te wakkeren.

**Of je breinmatrix beslist alarmsignalen uit je lichaam al dan niet te versterken tot pijn, hangt heel sterk af van de situatie en de context.**

Zo zien we hier het verouderde, puur biomedische model weer opduiken, dat bovendien de verantwoordelijkheid bij de patiënt legt. Zoals hoger al uiteengezet werkt dit model niet en kan dit de pijnklachten onmogelijk correct verklaren of inschatten. Bovendien kun je mensen nooit dwingen om te genezen. Integendeel, dwang is medisch en psychosociaal nefast.

Bovendien zadelt de vragenlijst de langdurig zieken op met een gevoel van falen, alsof ze minder aankunnen dan anderen, alsof ze niet hard genoeg hun best doen, dat ze hun collega's tot last zijn, dat ze eigenlijk gisteren al hersteld hadden moeten zijn. Dit zijn allemaal negatieve gedachten die pijnpatiënten moeten proberen uit hun hoofd te halen, omdat ze pijnversterkend werken. Dan wordt hun herstelperiode geen tijd van rust en demping van het pijnsysteem, maar wordt het alarmsysteem door de stress en de angst alleen maar gevoeliger. Een vicieuze cirkel dus.

## Een patiënt dwingen om te genezen? Het werkt niet, nooit

Je werk geleidelijk heropenen op maat van jouw fysieke en mentale mogelijkheden en beperkingen helpt om het vertrouwen in je lichaam te herstellen, progressief je kracht herop te bouwen en je pijnsysteem te *desensibiliseren*. Bezie het als een gewichtheffer die na een kwetsuur ook niet in een keer opnieuw 200 kilo heft, maar stapsgewijs kilo's op zijn bar bijschuift naarmate het herstel evolueert. Zo hoort het. Jammer genoeg is er van "aangepast werk" zelden sprake in het werkcontract, of slechts zeer tijdelijk. Een studie van het ABVV van 2018 legt bloot dat 60 tot 80% van de re-integratietrajecten eindigen in de stopzetting van het contract om medische reden.<sup>13</sup> Laaggeschoolden die vooral zwaar fysieke jobs uitoefenen vinden heel moeilijk een andere job die ze wel fysiek aankunnen. Zolang de werk-omstandigheden en de houding van werkgevers niet veranderen, hebben de overheidsmaatregelen een averechts effect en verhogen ze vooral de stress en de pijn bij zieke werknemers.

In het regeerakkoord van Vivaldi stond aanvankelijk een paragraaf die de werkgever langer verantwoordelijk zou maken voor de uitval van zieke werknemers. Die paragraaf is geschrapt, meldde CM-voorzitter Luc Van Gorp bij de voorstelling van het CM-onderzoek. Er wordt wel gesproken over boetes voor werkgevers met bovengemiddeld veel werkongeschikte werknemers, maar alleen bedrijven met minstens 50 werknemers worden gecontroleerd. Dat

## De helft van de werknemers ouder dan 55 jaar niet tot hun pensioenleeftijd kan blijven doorwerken, omdat hun gezondheid het niet toelaat.

zijn er 0,9% van het totaal aantal. En bovendien tellen de jongeren en de 55-plussers – de meest getroffen groepen – niet mee in de controles. *De Standaard* bloklettert op 14 oktober 2021: “Sanctie voor bedrijven lijkt maat voor niets te worden.” Bedrijven met bovenmaats veel langdurig zieke werknemers riskeren pas een sanctie als ze driemaal meer arbeidsongeschikten tellen dan hun sectorge-

noten. Met andere woorden, de verantwoordelijkheid blijft bij de werknemer liggen. De Vivaldi-regering richt de schijnwerpers niet op de oorzaken, maar integendeel op de slachtoffers ervan: zij worden met de vinger gewezen.

## Ook onze gezondheidszorg is medeplichtig

Iedereen heeft het recht zo gezond mogelijk te leven. Daar heb je een overheid voor nodig die daar een prioriteit van maakt. Daarom is onze gezondheidszorg een publiek goed dat gefinancierd wordt met geld van de sociale zekerheid. Maar het neoliberalisme wil dat de overheid zich terugtrekt uit de zorg en plaatsmaakt voor de privé. Dan wordt de zorg een markt, net als een vleesmarkt of een woningmarkt, waar privébedrijven zorg als een koopwaar aanbieden. Dan is winst maken het doel en de zorg het middel. Veruit de meeste artsen en ook de ziekenhuizen worden betaald per prestatie. Elke consultatie, elke technische prestatie is een aparte prestatie, die apart op de factuur komt. Een dokter die op een ochtend twintig patiënten ziet, is commercieel veel efficiënter bezig dan een dokter die er op die tijd maar tien ziet. Idem dito voor de ziekenhuizen. “Als ik twintig procent minder CT-scans neem, ben ik bij wijze van spreken failliet”, legt Marc Noppen, de CEO van UZ Brussel de vinger op de wonde.

Tegen deze achtergrond zie ik de calvarietocht van mensen met chronische pijnklachten die de wanhoop nabij van de ene dokter naar de andere shoppen en zich na een jarenlang parcours met allerlei testen, onderzoeken, controles, behandelingen en adviezen nog altijd niet echt beter voelen. Ja, door het marktdenken in de gezondheidszorg blijft de puur biomedische benadering hoogtij vieren. We blijven zoeken naar een ziekte, letsel of verklaring van de pijn met eindeloze onderzoeken. Vinden we die niet, dan blijven we ongerust. De angst, ontmoediging, frustratie en onbegrip worden groter en groter. En laat net dat er mede de oorzaak van zijn dat de pijn aanhoudt, omdat het gevaaralarm telkens opnieuw geactiveerd wordt zolang je van de dokter geen reden en/of efficiënte oplossing krijgt. Een tweede vicieuze cirkel.

Torenhoge stapels aan wetenschappelijke evidentie uit neurofysiologisch onderzoek van de laatste jaren en de dagelijkse ervaring met patiënten moet het draagvlak binnen de zorgverlening doen groeien om aanhoudende pijnklachten vanuit een biopsychosociaal model te benaderen. Een model dat chronische pijn loskoppelt van weefselschade daar waar de pijn gevoeld wordt, maar de concrete denk-, leef- en werkcontext van elke patiënt met zijn eigen gedachten en gevoelens betreft in de oorzaken en de oplossingen voor het pijnprobleem. Zo’n benadering vraagt veel tijd en ruimte om te luisteren en te praten, zowel in de individuele consultatie als in groep. En om patiënten aan te moedigen om op hun maat opnieuw meer te gaan bewegen. Bart Morlion, diensthoofd van het LAC-pijncentrum (Leuvens Algologisch Centrum) in Pellenberg, en voorzitter van de Europese pijnvereniging schrijft in zijn boek *Pijn*: “De medische sector is te technisch geworden. Dat is niet onbegrijpelijk als je weet dat een operatieafdeling vijf keer meer opbrengt dan een consultatiekamer. Bovendien staat daar ook geen tijd op: wie in het ziekenhuis een uur met de dokter praat, betaalt evenveel voor de consultatie als wie maar vijf minuutjes binnen is.”<sup>14</sup>

Het is vijf voor twaalf voor een paradigmashift in de gezondheidszorg. We moeten af van de prestatiegeneeskunde in een marktstelsel van zorg. De gezondheidszorg moet een publiek goed blijven waarin iedereen de zorg kan krijgen die hij nodig heeft, en waar iedereen volgens zijn mogelijkheden aan bijdraagt via een sterke sociale zekerheid. Zoals het werkt binnen de medische huizen van Geneeskunde voor het Volk. Een forfaitaire betaling garandeert gratis zorgen als je bij de dokter binnenstapt, en een goed maandloon voor elke zorgverlener. Dat model zorgt ervoor dat artsen extra tijd en ruimte kunnen maken voor patiënten die het nodig hebben en deze ruimte creatief kunnen invullen ter ondersteuning van hun gezondheid, met informatieve groepsessies, gezondheidspreventie, een aangepast bewegingsaanbod... Het is een systeem dat veel meer kan inzetten op preventie en begeleiding, dan enkel op het zoeken van een diagnose en het behandelen van symptomen. Voor mensen met aanhoudende pijnklachten maakt dit een wereld van verschil en kan dit het licht aan het einde van hun zorglijdende tunnel betekenen.

## Hoogtijd voor een paradigmashift op maatschappelijk vlak

Het wordt hoog tijd dat deze paradigmashift zich ook op maatschappelijk vlak doorzet. Willen we de pandemie van chronische pijn onder controle krijgen, dan hebben we nood aan een inclusief maatschappijmodel waar de oorzaken aangepakt worden en waar plaats is voor mensen die niet meer 100% meekunnen in de ratrace. Een plaats waar ze de kans en de tijd krijgen om al

doende stapsgewijs te herstellen en dankzij een positieve, begripvolle omgeving hun overgevoelig pijnalarm kunnen resetten. Een maatschappij die zorg draagt voor mensen, hen steunt en aanmoedigt in plaats van hen op te jagen en te misprijzen. Een maatschappij die ervoor zorgt dat kleine groene knopjes op wat dorre takken dankzij de juiste zorg en aandacht weer kunnen openbloeien.

Aan chronische pijnlijders wordt vaak gezegd dat ze hun pijn moeten leren aanvaarden, opdat ze er beter mee om zouden kunnen gaan en zodoende hun lichaamseigen pijnstillers zouden kunnen aanspreken. Probeer dat maar eens te doen als je constant scheef bekeken wordt, en moet bewijzen hoe invalide je wel bent. Een contradictio in terminis die onvermijdbaar vastloopt. Wat een persoonlijk probleem lijkt, is veeleer een maatschappelijk alarmsignaal dat een collectieve en beleidsmatige aanpak vraagt. Misschien geldt hier nog meer dan elders de stelling van Marx: “Als de omstandigheden zo bepalend zijn voor de mens, laat ons die omstandigheden dan menselijker maken.”

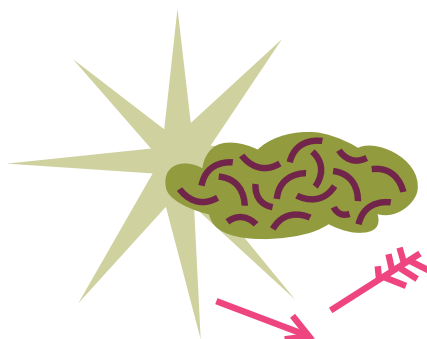
Meer lezen over pijn, neurofysiologie, biopsychosociale aanpak:

Leen Vermeulen, *Je pijn te lijf*, EPO, Berchem, 2021.

Lorimer Moseley en David Butler, *Explain Pain*, Noigroup Publications, 2013.

Annemarieke Fleming en Joke Vollebregt, *Pijn en het brein*, Uitgeverij Prometheus, 2016.

Gatchel R., Fuchs R., Peters M., TurkD., “The biopsychosocial approach to chronic pain. Scientific advances and future directions”, *Psychological Bulletin*, 2007, Vol.133, n°4, p. 581-624.



- 1 Van der Heyden J. Charafeddine RK, (red), “Gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten gezondheidsenquête 2018”, *Sciensano*, Brussel, juli 2019
- 2 Pain Proposal, *De huidige en toekomstige behandeling van chronische pijn verbeteren*. 2010
- 3 Eline Delrue, “Chronische pijn kost 11,6 miljard euro per jaar”, *De Morgen*, 23 januari 2012.
- 4 CM-info 284, “Arbeidsongeschiktheid”. Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor tijdens en na de ongeschiktheid”, juni 2021, p.4
- 5 Spencer Soper, “Fired by bot at Amazon: It’s you against the machine”, *The Seattle Times*, 3 juli 2021
- 6 Kim De Witte, “Voor elke bruggepensioneerde die verdwijnt komt er een langdurige zieke bij”, *PVDA*, 21 april 2021.
- 7 Joel Goh, Jeffrey Pfeffer, Stefanos A. Zenios, “Workplace stressors & health outcomes: Health policy for the workplace”, *Behavioral science & policy*, lente 2015, p 43-52.
- 8 Paul Verhaeghe.
- 9 “Helpt werknemers boven de 55 jaar kan niet tot pensioenleeftijd doorwerken”, *Geneeskunde voor het Volk*, 3 september 2021.
- 10 Behavioral science & policy, Joel Goh, Jeffrey Pfeffer, Stefanos A. Zenios. ‘Workplace stressors & health outcomes: Health policy fort he workplace, lente 2015, p.43-52.
- 11 Het percentage van de beroepsbevolking dat effectief aan het werk is.
- 12 “Langdurig zieken — Maatregelen tot re-integratie op de arbeidsmarkt”, Rekenhof, 1 december 2021.
- 13 [www.abvv.be/index.php/re-integratieparcours-van-langdurig-zieken-een-kosteloze-ontslagmachine](http://www.abvv.be/index.php/re-integratieparcours-van-langdurig-zieken-een-kosteloze-ontslagmachine)
- 14 Morlion B., *Pijn. Beter leven met pijn*, Lannoo, Tielt, 2020