EEN TRANSMURAAL NETWERK VOOR MENSEN MET CHRONISCHE PIJN

De eerste resultaten van het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg

De zorg voor mensen met chronische musculoskeletale pijn heeft verandering nodig. Dat is de reden dat in het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg een transmurale samenwerking wordt opgezet met het doel de juiste zorg, op de juiste plaats, op het juiste moment te organiseren. De eerste resultaten zijn bekend en geven nieuwe inzichten voor verdere doorontwikkeling.

C. (CYNTHIA) LAMPER MSC
PhD student Maastricht University, research school CAPHRI, vakgroep Revalidatiegeneeskunde

I.P.J. (IVAN) HUIJNEN PHD
Senior onderzoeker, fysiotherapeut Maastricht University, research school CAPHRI, vakgroep Revalidatiegeneeskunde en Adelante Zorggroep, Kenniscentrum

A.J. (ALBÈRE) KÖKE PHD
Senior onderzoeker, fysiotherapeut Maastricht University, research school CAPHRI, vakgroep Revalidatiegeneeskunde, Adelante Zorggroep, Kenniscentrum en Hogeschool Zuyd Heerlen

PROF. DR. A.M.C.F. (JEANINE) VERBUNT
Hoogleraar revalidatiegeneeskunde, revalidatiearts Maastricht University, research school CAPHRI, vakgroep Revalidatiegeneeskunde en Adelante Zorggroep, Kenniscentrum

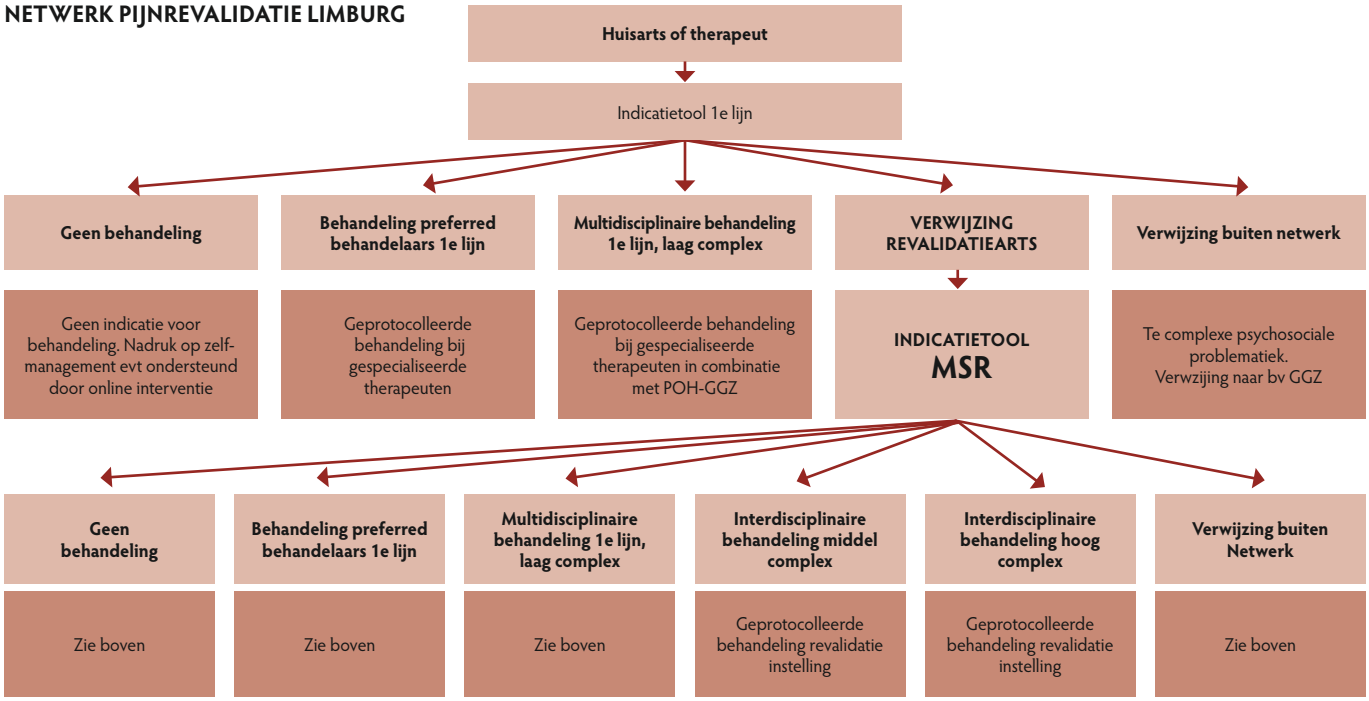
CORRESPONDENTIE
cynthia.lamper@maastrichtuniversity.nl

In Nederland ervaren twee miljoen mensen chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat.[1] Ongeveer 90% heeft deze klachten minstens twee jaar en de impact op de kwaliteit van leven is groot.[2] De complexiteit van de klachten varieert enorm tussen mensen en hangt af van de context, de betekenis van de pijn en de invloed van biopsychosociale factoren op het functioneren.[3]

De impact van chronische pijn op de samenleving is eveneens aanzienlijk. Recent NIVEL-onderzoek laat zien dat pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat de belangrijkste reden is voor huisarts-consultatie.[4] In 2015 waren de gezondheidszorgkosten voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat ruim 6 miljard euro.[5] Daarmee eindigden ze boven diabetes- en kankerzorg in de top 5 van meest dure aandoeningen. Daarnaast waren de kosten voor ziekteverzuim, productiviteitsverlies en arbeidsongeschiktheid ruim 4,1 miljard euro per jaar. De financiële impact op de samenleving is dus enorm.

Een belangrijke reden hiervoor is dat het huidige gezondheidszorgsysteem niet optimaal is voor adequate behandeling van chronische pijn. Chronisch pijn is een multifactorieel probleem, waarbij een behandeling gericht op pijnvermindering niet effectief is. Echter, mensen met chronische pijn blijven zoeken naar een oplossing voor de pijn en bezoeken diverse zorgverleners.[6] De diversiteit aan uitleg, verklaringen of oplossingen voor de klachten die ze hier krijgen zorgt ervoor dat het een tijdrovende zoektocht is die voor veel onduidelijkheid en teleurstelling zorgt, terwijl het gewenste resultaat niet wordt bereikt.[7]

De zorg voor mensen met chronische pijn heeft dus een andere aanpak nodig! Het rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek' (2018) en de Zorgstandaard Chronische Pijn (2017) adviseren een integrale biopsychosociale visie ten aanzien van pijn →



met een transmurale matched care aanpak[8,9] Hierdoor ontstaat een netwerk van zorgverleners rond iemand met chronische pijn.

HET NETWERK PIJNREVALIDATIE LIMBURG

Binnen het Expertisecentrum Pijn en Revalidatie van de Universiteit Maastricht en Adelante Zorggroep is het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg ingericht in 2017 conform het voorstel in de Zorgstandaard Chronische Pijn. Het netwerk is een samenwerkingsverband waarin huisartsen, praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ), paramedici en revalidatie-zorgaanbieders vanuit de eerste, tweede en derde lijn samenwerken met één gezamenlijke visie op chronische pijn: het verbeteren van functioneren met pijn. Het project wordt gefinancierd door zorgverzekeraars CZ, VGZ en Zilveren Kruis.

Het netwerk wordt ontworpen en geëvalueerd aan de hand van de *Quadruple Aim*.[10] Dit houdt in dat het netwerk moet leiden tot een betere gezondheid (oftewel het beter functioneren ondanks pijn), meer tevredenheid over de zorg vanuit patiëntenperspectief, een verbeterde werkkwaliteit van de zorgverleners en lagere kosten van de pijnzorg. De ontwikkeling en inrichting van het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg bestaat uit twee fasen. In fase 1 is het Netwerk ontwikkeld en getest in vier eerstelijns huisartsen en paramedische praktijken, een Zelfstandig BehandelCentrum en een revalidatiecentrum in de regio Heerlen. In het netwerk worden zorgverleners ondersteund in het stellen van een indicatie, het bieden van een lijnoverstijgend behandelprogramma gebaseerd op *Acceptance and Commitment Therapy*, *Graded Activity* en *Exposure in Vivo* en het bevorderen van communicatie tussen zorgverleners en patiënt. Hiervoor volgen de zorgverleners scholingen en vinden multidisciplinaire overleggen plaats in de eerste lijn. Bovendien is de eHealth applicatie, de SanaCoach Pijnrevalidatie (©Sananet BV), ontwikkeld die zorgt voor een eenduidige informatievoorziening richting patiënt.[11] De Sanacoach Pijnrevalidatie bevat voor iedere patiënt educatiemateriaal over diverse onderwerpen rondom pijn, vragenlijsten voor indicatiestelling en een dagboekfunctie waarin de zorgverlener het functioneren van de patiënt kan monitoren.

Met de vier voormalige Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie (OPR; resp. Roessingh, Rijndam, UMC Groningen en Adelante) werden twee indicatietools ontwikkeld; één indicatietool voor de huisartsen, POH-GGZ en paramedici en één indicatietool voor de Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSR). Indicatietool 1 voor de eerste lijn bestond in fase 1 uit de aangepaste *STarT Back-tool* die ingevuld wordt door de patiënt.[12] Deze tool is ontwikkeld om te differentiëren tussen het geven van enkel educatie, een behandeling gericht op re-activering in de eerste lijn, een behandeling gericht op re-activering in de eerste lijn gecombineerd met een POH-GGZ, een verwijzing naar de tweede of derde lijn, of een verwijzing buiten het netwerk zoals de GGZ. Voor de MSR wordt indicatietool 2 ontwikkeld op basis van gegevens uit de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie en anamnese en lichamelijk onderzoek bij intake door revalidatiearts. De revalidatiearts heeft, naast dezelfde verwijsopties als eerste lijn, de opties om te verwijzen naar specifieke behandelingen binnen de MSR. Een overzicht is weergegeven in figuur 1. Ook werden in samenwerking met de voormalige OPR-centra kwaliteitscriteria en criteria voor certificering voor deelnemende instellingen opgesteld.
Vervolgens is van oktober 2017 tot oktober 2018 een haalbaarheidsstudie uitgevoerd. Hierin werd de implementatie en werking van

het netwerk bij de voorloperpraktijken geëvalueerd middels een iteratief proces, gebaseerd op principes van het *user-center design*.[13] De resultaten uit de iteraties werden gebruikt om inhoud en werkwijzen binnen het Netwerk af te stemmen op de dagelijkse praktijk. Ook werd tijdens de haalbaarheidsstudie gewerkt aan het optimaliseren van de samenwerking tussen de verschillende partijen.

DE EERSTE ERVARINGEN

Uit de evaluaties van fase 1 kwam naar voren dat zorgverleners door de opgestelde richtlijnen en protocollen meer consistent zijn in de biopsychosociale taal, behandelduur, intensiteit en inhoud waardoor samenwerking tussen zorgverleners wordt bevorderd. Echter de implementatie van de protocollen in de dagelijkse praktijk blijft achter. Daarnaast werd indicatietool 1 niet systematisch ingezet in de reguliere werkwijze. Het is een knelpunt dat deze tool niet is geïntegreerd in het eigen patiëntendossier.

Ook ervaarden patiënten en zorgverleners dat een stigma bestaat op het hebben van chronische pijn. De heersende opvatting in de Nederlandse maatschappij is dat pijn een teken is van weefselschade en dat de zorg gericht moet zijn op het vinden van de somatische oorzaak. Ook zorgverleners hebben vaak een meer biomedische oriëntatie. Dit belemmert het geven van biopsychosociale pijneducatie en behandeling.

Een ander knelpunt is de huidige organisatie van zorg. Deze belemmert de implementatie tussen en binnen praktijken. De huidige structuur waarin zorgverleners binnen een praktijk en tussen praktijken samenwerken is overal anders georganiseerd. De protocollen en de richtlijnen zijn zo opgesteld dat de implementatie aangepast kan worden naar de lokale organisatie. Dit blijkt in de praktijk lastig door de diversiteit in organisaties. De zorgverleners waren erg enthousiast over het iteratieve, *user-centered design*. Zo kunnen de protocollen en richtlijnen makkelijker op maat worden geïmplementeerd rekening houdend met barrières die in een fase naar boven kwamen. Het is gebleken dat het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg niet een één-op-één oplossing is voor de problemen die spelen in de eerste lijn. Een advies is dan ook om de probleemstelling en de zoektocht naar een oplossing samen met de eerstelijns zorgverleners te ontwikkelen. Daarnaast is een groter aantal zorgverleners in een bepaald gebied nodig om een implementatie te laten slagen.

HOE NU VERDER

Op basis van de resultaten van fase 1 is medio april 2019 besloten fase 2 te starten. In deze fase wordt een oplossing gezocht voor de overgebleven knelpunten en daarnaast wordt het netwerk uitgebreid met nieuwe zorgverleners in de eerste lijn in regio Heerlen. Daarbij wordt de zorg geleverd in het nieuwe Netwerk Pijnrevalidatie Limburg de komende twee jaar geëvalueerd op basis van de eerder beschreven *Quadruple Aim*. Deze resultaten worden medio 2021 verwacht. Voor het laatste nieuws en meer informatie over het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg zie *https://www.netwerkpijnrevalidatie.nl/*. ←

Referenties

1. *Bekkering GE, Bala MM, Reid K, et al. Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. Neth J Med 2011;69:141-53.*
2. *Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T, et al. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. BMC Public Health 2013;13:1229. doi: 10.1186/1471-2458-13-1229.*
3. *Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nat Rev Neurosci 2013;14:502-11. doi: 10.1038/nrn3516.*
4. *Nielen M. Nederlanders vooral met beweegklachten naar de huisarts 2019 [Beschikbaar op: https://www.nivel.nl/nl/nieuws/nederlanders-vooral-met-beweegklachten-naar-dehuisarts,.*
5. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2018 [Beschikbaar op: https://www.volksgezondheidenzorg.info/ accessed 19/07/2018.*
6. *Köke AJ, Smeets RJ, Schreurs KM, et al. Dutch Dataset Pain Rehabilitation in daily practice: Content, patient characteristics and reference data. Eur J Pain 2017;21:434-44. doi: 10.1002/ejp.937.*
7. *Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006;10:287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.*
8. *Rapport van de taskforce. De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft? Den Haag, 2018.*
9. *Zorgstandaard Chronische Pijn 2017 [Beschikbaar op: http://www.dutchpainsociety.nl/files/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf accessed 23/07/2018.*
10. *Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Annals of Family Medicine 2014;12:573-76. doi: 10.1370/afm.1713.*
11. *Sananet Care BV. Sananet: specialist in eHealth [Beschikbaar op: http://www.sananet.nl/ehealth-specialist.html accessed 09/08/2018.*
12. *Hill JC, Afolabi EK, Lewis M, et al. Does a modified STarT Back Tool predict outcome with a broader group of musculoskeletal patients than back pain? A secondary analysis of cohort data. BMJ Open 2016;6:e012445. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012445.*
13. *Lamper C, Kroese M, Köke A, et al. Developing the Network Pain Rehabilitation Limburg: a feasibility study protocol. BMJ Open 2019;9:e025962. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025962.*