

# Kan de revalidatiezorg voor patiënten met chronische pijn doelmatiger worden ingericht door samen te werken?

Dr. I. Huijnen,<sup>1,2</sup> Dr. A. Köke,<sup>1,2,3</sup> Drs. C. Lamper,<sup>1</sup> Prof. Dr. J. Verbunt<sup>1,2</sup>

## Samenvatting

De zorg voor patiënten met chronische pijn is niet optimaal ingericht. Veel patiënten doorlopen een reeks van opeenvolgende (onsuccesvolle) behandelingen. De patiënt sneller op de juiste plek (stepped-matched care) een behandeling aanbieden is het streven. Hierin is het functioneren het uitgangspunt met aandacht voor zelfmanagement. In de Oostelijke Mijnstreek hebben Adelante Zorggroep en Universiteit Maastricht in 2017 het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg ingericht zoals wordt voorgesteld in de Zorgstandaard Chronische Pijn. Drie grote zorgverzekeraars (CZ, VGZ en Zilveren Kruis) steunen dit project. Het project bestaat uit twee fasen. In fase 1 (2017-2018) is het netwerk opgezet en ontwikkeld vanuit een gemeenschappelijke visie. Huisartsen, praktijkondersteuners, paramedici en revalidatiezorgaanbieders vanuit de eerste, tweede en derde lijn nemen hieraan deel. Uit de evaluaties van fase 1 blijkt dat betrokken partijen de samenwerking als waardevol en zinvol ervaren. De zorgverleners uit de eerste lijn vinden het wel lastig om hun normale manier van werken aan te passen en een bredere biopsychosociale manier van het inventariseren van het pijnprobleem zich eigen te maken. Vooral het herkennen van risicopatiënten in de subacute fase blijkt lastig. De ervaringen waren dermate positief dat fase 2 (2019-2021) is opgestart. Daarin wordt het netwerk verder uitgebreid en op doelmatigheid geëvalueerd.

## Abstract

*At the moment, care for patients with chronic pain is not optimal organized. Patients undergo many consecutive (unsuccessful) treatments for their pain. To improve organisation of care, the aim is to provide the right treatment at the right place, targeted on improvement of functioning and enhancing selfmanagement. Adelante Zorggroep and Maastricht University therefore started the Network Pain Rehabilitation Limburg in 2017, based on the proposed stepped-matched approach in the Chronic Pain Care standard. Three major health insurers (CZ, VGZ and Zilveren Kruis) support this project. The project consists of two phases. In phase 1 (2017-2018) the network was set up and developed based on a common biopsychosocial perspective. GPs, practice assistants, paramedics, and rehabilitation care providers from the primary, secondary and tertiary line participate in this network. The evaluations of phase 1 showed that the parties involved experience the cooperation and approach as valuable and useful. Primary care providers find it however difficult to adjust their normal way of working and to adopt a broader biopsychosocial view on pain. Recognizing patients at risk in the subacute phase is particularly difficult. Based on the promising evaluation of phase 1, phase 2 (2019-2021) was started, in which the network is further expanded and effectiveness will be evaluated.*

## Inleiding

Twee miljoen Nederlanders worden dagelijks geconfronteerd met chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat.<sup>1</sup> Deze pijnklachten kunnen de kwaliteit van leven fors beïnvloeden, en hebben een aanzienlijke

impact op de samenleving.<sup>2</sup> Recent NIVEL-onderzoek laat zien dat pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat de belangrijkste reden is voor huisarts-consultatie.<sup>3</sup> In 2015 vergoedden verzekeraars voor diagnostiek en behandeling voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat en bindweefsel ruim 6 miljard euro aan gezondheidszorgkosten en eindigden daarmee in de top 5 van meest dure aandoeningen. Tel daarbij nog 4.1 miljard euro per jaar aan kosten voor ziekteverzuim, productiviteitsverlies en arbeidsongeschiktheid en de impact van pijn op de samenleving wordt duidelijk.<sup>4</sup> Een reden hiervoor lijkt te zijn dat het huidige gezondheidszorgsysteem niet optimaal is ingericht om het probleem chronische pijn adequaat te lijf te gaan. Een patiënt met chronische pijn raakt in ons medisch ingerichte zorgsysteem met het accent op medische diagnostiek en behandeling vaak hopeloos verloren. Vele lijdens van pijn blijven in dit zorgsysteem zoeken naar de ultieme oplossing om van de klachten af te komen. Dat houdt, vanwege het ontbreken van een effectieve behandeling, vaak een gang van de ene naar de andere specialist en een reeks opeenvolgende (onsuccesvolle) behandelingen in. Helaas voor veel mensen een tijdrovende en door de zorgconsumptie en verminderde participatie kostbare en ook uiteindelijk teleurstellende weg. Onderzoek toont aan dat 34-79% van de patiënten hun zorg voor chronische pijn als onvoldoende duiden.<sup>5</sup> Vraagt dit probleem niet om een andere aanpak? Zou een oplossing kunnen zijn het focussen op gezondheid en functioneren ondanks pijn in plaats van ziekte zoals wordt nagestreefd in revalidatiezorg? Machteld Huber definieert gezondheid als het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.<sup>6</sup> In het vorig jaar gepubliceerde rapport van de taskforce "De juiste zorg op de juiste plaats" wordt geadviseerd gezondheid en niet ziekte centraal te stellen waarbij het functioneren van de mens het vertrekpunt is.<sup>7</sup> In een dergelijke aanpak is aandacht voor (verandering van) gedrag en zelfmanagement. Momenteel is de zorg versnipperd en onvoldoende op elkaar afgestemd. Dit kan worden ondervangen door samen te werken. In de Zorgstandaard Chronische Pijn<sup>8</sup> wordt richting gegeven aan de visie ten aanzien van pijn en op de inrichting van de zorg om de samenwerking te bevorderen. In deze Zorgstandaard wordt een stepped en matched care zorgmodel beschreven waarin de integrale behandeling voor patiënten met chronische pijn op maat wordt ingepast op basis van de ernst van de klachten, de mogelijkheden van de patiënt en de ervaringen met eerdere behandelingen. Hierdoor ontstaat een netwerk van zorgverleners betrokken bij patiënten met chronische pijn.

1. Maastricht University, research school Caphri, Vakgroep Revalidatiegeneeskunde 2. Adelante Zorggroep, Kenniscentrum 3. Hogeschool Zuyd Heerlen

In 2016 bundelden de Universiteit Maastricht en Adelante Zorggroep hun expertise op het gebied van pijnrevalidatie door het oprichten van het Expertisecentrum Pijn en Revalidatie. In het centrum verbinden ze wetenschappelijk onderzoek, innovatie en zorg voor betere revalidatiezorg voor chronische pijn. Als onderdeel van onderzoek en innovatie van de zorg is in de Oostelijke Mijnstreek in 2017 het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg ingericht. Het netwerk biedt revalidatiezorg met een transmurale insteek, passend in de Zorgstandaard Chronische Pijn (2017). De evaluatie van zorg in het netwerk volgt de Quadruple Aim; Er wordt getoetst of het netwerk inderdaad leidt tot een betere gezondheid (ofwel beter functioneren ondanks pijn), betere tevredenheid over zorg van patiënten, lagere kosten van de zorg en een verbeterde werkkwaliteit van de zorgverleners. Het netwerk is een samenwerkingsverband waarin huisartsen, praktijkondersteuners, 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. Drie grote zorgverzekeraars (CZ, VGZ en Zilveren Kruis) steunen dit project.

### Het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg

Het project bestaat uit twee fasen. In fase 1 is het Netwerk opgezet. Er is gestart in de Oostelijke Mijnstreek. Ondersteuning van behandelaars gebeurt op basis van het bieden van een lijn overstijgend behandelprogramma, het bieden van scholing en intervisie voor het werken met dit programma, het bevorderen van communicatie tussen betrokken professionals onderling en tussen professionals en patiënten en éénduidige informatievoorziening door de SanaCoach Pijnrevalidatie (een E-health voorziening).<sup>9</sup> De Sanacoach Pijnrevalidatie bevat voor iedere patiënt educatiemateriaal over diverse onderwerpen gekoppeld aan pijn, vragenlijsten voor indicatiestelling en een dagboekfunctie waarmee voortgang in functioneren eenvoudig gemonitord kunnen worden.

Met de vier voormalige Ontwikkelcentra PijnRevalidatie (OPR; resp. Roessingh, Rijndam, Universitair Medisch Centrum Groningen en Adelante) werden twee indicatietools ontwikkeld (voor de eerste lijn resp. Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSR)). De indicatiestelling door zowel de huisarts als de revalidatiearts wordt ondersteund door op een objectieve, transparante en niet tijdrovende manier de patiënt op het juiste moment op de juiste plek de juiste zorg aan te bieden. De indicatietool voor de 1<sup>e</sup> lijn bestaat uit de aangepaste Start Back tool<sup>10</sup> (voor meerdere musculoskeletale pijnklachten dan alleen rugklachten) die ingevuld wordt door de patiënt. Deze tool is ontwikkeld en getest om te differentiëren tussen geen behandeling, een basis paramedische behandeling in de 1<sup>e</sup> lijn en specifieke paramedische behandeling in de 1<sup>e</sup> lijn. Om na te gaan of verwijzing naar de 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn noodzakelijk is, zijn in het netwerk nog aanvullende vragen toegevoegd aan de indicatiestelling die langdurig disfunctioneren voorspellen. Voor de MSR is een ondersteunende indicatietool in ontwikkeling op basis van gegevens uit de anamnese en lichamelijk onderzoek bij intake door revalidatiearts en gegevens uit een vragenlijst die de patiënt invult (Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie). De mogelijke verwijsroutes, ondersteunt vanuit beide indicatietools, staan weergegeven in Figuur 1. Ook in samenwerking met de voormalige OPR-centra werden

kwaliteitscriteria en criteria voor certificering voor deelnemende instellingen opgesteld.

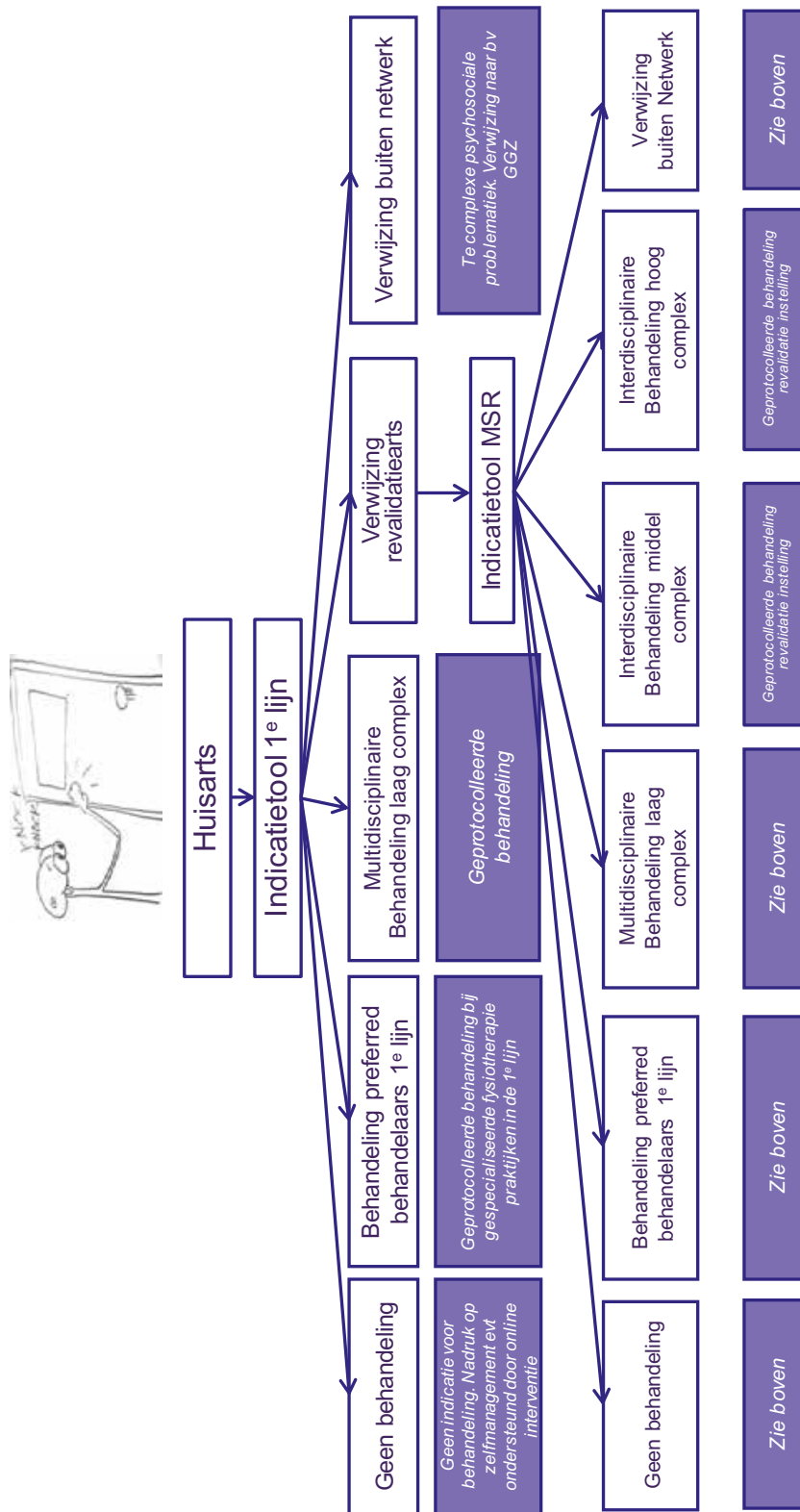
Vervolgens is van oktober 2017 tot oktober 2018 een haalbaarheidsstudie uitgevoerd. Hierin werd de implementatie en werking van het netwerk bij de voorloperpraktijken geëvalueerd middels een iteratief proces, gebaseerd op principes van het user-center design. De resultaten uit de iteraties (evaluatiebijeenkomsten met de deelnemers) worden gebruikt om inhoud en werkwijzen binnen het Netwerk steeds beter af te stemmen op de dagelijkse praktijk en om toe te werken naar een zo optimaal mogelijke implementatie in de lokale situatie van het concept. Ook werd tijdens de haalbaarheidsstudie gewerkt aan optimaliseren van de samenwerking tussen de verschillende partijen. In fase 2 zal vervolgens het Netwerk gedurende drie jaar geëvalueerd worden volgens de eerdergenoemde Quadruple Aim.

### De eerste ervaringen

Uit de evaluaties van fase 1 kwam naar voren dat alle betrokken partijen de samenwerking als waardevol en zinvol hebben ervaren. De behandelaren uit de eerste lijn hadden het gevoel dat ze patiënten met chronische pijn “iets te bieden hadden” en ze voelden zich redelijk competent om behandeling uit te voeren. Desondanks vonden de deelnemers het lastig om hun normale manier van werken aan te passen tot het werken vanuit een bredere biopsychosociale blik bij het inventariseren van het pijnprobleem. Men vond het vooral lastig om risicopatiënten in de subacute fase eerder te herkennen. Dit vraagt naast diagnostiek op stoornisniveau meteen ook oog hebben voor psychosociale risicofactoren. Tijdens informatie- en intervisiebijeenkomsten is daarom dit topic verder uitgediept aan de hand van casuïstiek, om de nadruk te leggen op de belangrijke rol van de eerste lijn in de preventie van chroniciteit. Het is essentieel om de patiënten die dreigen vast te lopen, al in een vroeg stadium adequaat te informeren en te begeleiden. Educatie over pijn en adequate begeleiding gericht op voorkomen van vermindering in activiteitsniveau (zoals ook wordt voorgesteld in de Zorgstandaard Chronische Pijn) zijn daarbij belangrijke onderdelen. De aangereikte indicatietool (aangepaste Start Back tool) werd nog niet bij alle patiënten systematisch ingezet in de reguliere werkwijze. Het feit dat deze tool niet geïntegreerd is in het eigen patiëntendossier van de professional vormt hierin een knelpunt.

Een ander knelpunt zijn de verwachtingen van patiënten over inhoud en doel van de behandeling. De verwachtingen van de patiënten zijn vaak gericht op het krijgen van een oplossing voor de pijn in plaats van een behandeling gericht op het leren omgaan met de pijn. Een deel van de patiënten lijkt volgens de betrokken zorgverleners minder ‘gemotiveerd’ voor een behandeling waarin verantwoordelijkheid en regie bij henzelf wordt gelegd in plaats van bij de zorgverleners. Patiënten hebben vaak de opvatting dat pijn een teken is van weefselschade en dat de zorgprofessional dat moet vinden en oplossen. Deze zienswijze aanpassen en bijstellen vinden de zorgprofessionals moeilijk. Wel ervaren ze de positieve effecten zodra de educatie over pijn is afgestemd tussen de verschillende zorgverleners. Een eenduidige en heldere boodschap helpt om patiënten mee te krijgen in een andere manier van denken over pijn.

**Figuur 1**  
Ondersteunend verwijzen in het netwerk Pijnrevalidatie Limburg



Zorgverleners en patiënten zijn beiden positief over de SanaCoach Pijnrevalidatie. De coach stelt de patiënten centraal en is gebruiksvriendelijk. Er wordt aangegeven dat deze de behandeling kan ondersteunen doordat zorgverleners makkelijk kunnen terugblikken op door de patiënt ingevulde educatie modules en de dagboekgegevens van de patiënt waardoor de behandeling daar waar nodig kan worden aangepast. Het gebruik is echter nog niet optimaal en kan beter geïntegreerd worden in de behandeling. Het niet kunnen koppelen met de reguliere gebruikte patiëntendossiers wordt als een knelpunt aangegeven. Verder ervaren de deelnemers een meerwaarde van de gezamenlijke visie en samenwerking waarin behandelbeleid op elkaar is afgestemd. Regulier overleg is daarbij van belang hetgeen echter nog niet altijd mogelijk of gemakkelijk te regelen is. Vaak werken de verschillende partijen niet in een en hetzelfde gebouw wat een hindernis is om samen te komen, of er zijn geen goede teleconferentiesystemen aanwezig, ook zijn dergelijke bijeenkomsten niet gefinancierd.

Concluderend kunnen we stellen dat het veranderen van de zorg voor patiënten met chronische pijn mogelijk lijkt maar het vraagt een zeer actieve inspanning in het veranderproces van alle partijen. De huidige inrichting van de zorg, heersende opvattingen van zorgprofessionals en patiënten en ook de randvoorwaarden met betrekking tot onder andere financiering van de zorg en overleg zijn knelpunten die daarin overwonnen moeten worden.

### Hoe nu verder

Op basis van de resultaten van de pilot is besloten medio april 2019 fase 2 te starten. In deze fase zal het netwerk worden uitgebreid met nieuwe zorgaanbieders in de regio Parkstad. Daarbij wordt de zorg, geleverd in het nieuwe Netwerk Pijnrevalidatie Limburg, de komende drie jaar geëvalueerd (effectevaluatie en economische evaluatie) in vergelijking met reguliere zorg. Bovendien zal ook een procesevaluatie uitgevoerd worden. Hiervoor wordt samengewerkt met vakgroep Health Service Research van Universiteit Maastricht die veel ervaring hebben met organisatie en innovatie van de (publieke)gezondheidszorg.

Voor meer informatie over het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg zie <https://www.netwerkpijnrevalidatie.nl/>

### Correspondentieadres

Dr. I. Huijnen  
Maastricht University, research school Caphri  
Vakgroep Revalidatiegeneeskunde  
Universiteitssingel 50  
6229 ER Maastricht

### Literatuur

1. Bekkering GE, Bala MM, Reid K, Kellen E, Harker J, Riemsma R, Huygen FJ, Kleijnen J. *Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands*. *Neth J Med*. 2011 Mar; 69(3):141-53.
2. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef Mv, Patijn J. *Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity*. *Eur J Pain*. 2005 Feb; 9(1):15-24.
3. Nielen M. *Nederlanders vooral met bewegklachten naar de huisarts*. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/nederlanders-vooral-met-bewegklachten-naar-de-huisarts>, maart 2019.
4. RIVM. *Kosten van Ziekten Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*, 2016.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. *Eur J Pain*. 2006 May; 10(4):287-333.
6. Huber M, van Vliet M, Boer I. *Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'*. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016; 160:A7720.
7. *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft? De Taskforce juiste zorg op de juiste plek* VWS Den Haag 2018.
8. *Zorgstandaard chronische pijn*, [http://dutchpainsociety.nl/index.php?page=zorgstandaard\\_chronische\\_pijn](http://dutchpainsociety.nl/index.php?page=zorgstandaard_chronische_pijn), mei 2018.
9. *Sananet Ecoaches*, <https://www.sananet.nl>, maart 2019.
10. Hill JC, Afolabi EK, Lewis M, Dunn KM, Roddy E, van der Windt DA, Foster NE. *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 Oct 14; 6(10):e012445.