

Medisch Specialistische Revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat >

Position Paper



Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland





Inhoud >

1.	Inleiding	4
2.	Visie en doelgroep	6
3.	De revalidatiegeneeskundige behandeling	7
	3.1 De inschatting van de complexiteit van de pijnproblematiek	8
	3.2 Contra-indicaties voor behandeling	9
4.	Het handelen van de revalidatiearts	10
	4.1 Verantwoordelijkheid	10
	4.2 Het verlenen van revalidatiegeneeskundige zorg bij chronische pijn	10
	4.3 Het vereiste kennisniveau	12
5.	Het revalidatieteam	14
	5.1 Werkwijze van het revalidatieteam	14
	5.2 Het vereiste kennisniveau van het team	15
6.	Vereisten binnen de instelling	16
7.	MSR als onderdeel van ketenzorg	17
8.	Toetsing	18
	Referenties	19
	Addendum 1 Themakaart	20

1.

Inleiding >

Deze Position Paper is tot stand gekomen op initiatief van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) en na bijstelling ter accordering aangeboden aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). De paper verschijnt in navolging van de in 2015 verschenen Position Paper Revalidatiegeneeskunde van de VRA.¹ Deze paper heeft als doel de medisch specialistische revalidatie (MSR) op het gebied van chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat te positioneren in het veld van de medisch specialistische zorg, en een kader voor de uitoefening in de zorgpraktijk te bieden. Voor een duiding van de inhoud van dit onderdeel van de revalidatiegeneeskunde sluiten we aan bij het onderdeel chronische pijn van de themakaart in het kader van de opleiding tot revalidatiearts (zie addendum op pagina 20-22).

De prevalentie van chronische pijn binnen de algehele Nederlandse populatie wordt geschat op 18% in 2009.² Dat betekent dat ongeveer twee miljoen Nederlanders te kampen hebben met chronische pijn. Van deze groep heeft het merendeel klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Deze patiëntengroep rapporteert een slechtere kwaliteit van leven in vergelijking met andere patiëntengroepen met chronische aandoeningen.³ Juist patiënten met chronische pijn die veel beperkingen ervaren doen veelvuldig een beroep op de gezondheidszorg.⁴ Dit leidt tot hoge directe en indirecte kosten voor zowel de gezondheidszorg als de maatschappij in het algemeen. Voor mensen die door de pijnklachten fors beperkt zijn in hun functioneren kan door revalidatiebehandeling binnen de MSR hun niveau van functioneren worden verbeterd. Een revalidatiebehandeling gericht op verbeteren van functioneren is veelal de meest aangewezen behandeling, aangezien er voor de overgrote meerderheid van patiënten met chronische pijn geen effectieve medische oplossing gericht op pijnreductie bestaat.⁵ Uit onderzoek blijkt dat interdisciplinaire revalidatiebehandeling van chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat een effectieve methode is om het niveau van functioneren van deze patiënten te verhogen en ervaren beperkingen te verminderen.⁶

Doel Position Paper Chronische Pijn

Deze Position Paper heeft als doel een kader te bieden voor de MSR voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Dit kader geeft een beschrijving van de gewenste werkwijze en de randvoorwaarden waaraan deze behandeling van patiënten met chronische pijn binnen de MSR volgens de WPN en VRA moet voldoen.

De WPN heeft bij het opstellen van deze Position Paper de volgende stukken als basis gebruikt:

- Position Paper Revalidatiegeneeskunde¹
- Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde⁸
- Duidingsrapport Revalidatiegeneeskunde van het Zorginstituut Nederland⁹
- Tangram rapport Medisch Specialistische Revalidatie, 2013¹⁰
- Behandelkader Pijnrevalidatie¹¹
- Recommendations for Pain Treatment Services (IASP)¹²
- Zorgstandaard Chronische Pijn¹³
- Themakaart Chronische Pijn (zie addendum op pag 20-22)
- Consensusdocument 'Taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde'¹⁴



2.

Visie en doelgroep >

Visie

(Uit Position Paper Revalidatiegeneeskunde¹)

‘Revalidatiegeneeskunde beoogt het verbeteren van functies en vaardigheden, het optimaliseren van zelfredzaamheid, eigen regie en participatie van patiënten met beperkingen.

Ondersteund met kennis vanuit wetenschappelijk onderzoek, het toepassen van innovaties en het aangaan van zorgnetwerken draagt de revalidatiegeneeskunde actief bij aan het verbeteren van de zorg voor de revalidatie patiënt waarbij eigen regie en participatie centraal staat.’

In deze Position Paper Chronische Pijn betreft het de revalidatiegeneeskundige zorg voor een specifieke doelgroep, te weten:

Doelgroep

(Gebaseerd op tekst uit het Behandelkader Pijnrevalidatie¹¹)

De doelgroep van deze Position Paper betreft patiënten met chronische pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. De pijnklachten kunnen zowel met als zonder onderliggende specifieke aandoening optreden en zijn multifactorieel bepaald. Conform de definitie van IASP (International Association of the Study of Pain) wordt pijn langer dan drie maanden als chronisch beschouwd.

Voortvloeiend uit deze doelgroep betekent dit, dat de locatie waarin MSR geboden wordt, is toegerust (qua expertise-team als ook qua infrastructuur) om aan zowel patiënten met als zonder onderliggende specifieke aandoening een behandeling te kunnen bieden. Onderliggende specifieke aandoeningen kunnen bijv. zijn: reumatoïde artritis, radiculair syndroom, dwarslaesie, diabetische neuropathie, amputatie, post-oncologie en CVA.

3.

De revalidatiegeneeskundige behandeling >

Definitie

Een pijnrevalidatieprogramma is een interdisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren.¹

In 2005 is in het Consensusrapport Pijnrevalidatie¹⁵ de definitie vastgesteld voor een revalidatiegeneeskundige behandeling voor bovenstaande doelgroep. De term ‘multidisciplinair’ zal vanaf heden vervangen worden door ‘interdisciplinair’.*

Daarnaast kan de revalidatiearts algemene MSR bieden.¹ Dit betreft behandeling of begeleiding door een revalidatiearts in de vorm van poliklinische consulten voor diagnostiek, gericht op het stellen van de revalidatiediagnose. Maar dit betreft ook advies, begeleiding en coördinatie van behandeling voor patiënten die niet behandeld worden binnen de MSR, maar bijvoorbeeld in de eerste lijn (ook wel regievoering eerste lijn genoemd).

Andere medische (inclusief psychiatrische) en/of psychologische behandelingen gericht op de pijnproblematiek kunnen gelijktijdig met een revalidatiebehandeling plaatsvinden, indien deze combinatie meerwaarde heeft voor de patiënt. Een voorwaarde hierbij is een overkoepelende behandelvisie en op elkaar afgestemde (interdisciplinaire) zorg waarvoor één hoofdbehandelaar verantwoordelijk is.

Bij patiënten met chronische pijn is, identiek aan alle andere patiëntgroepen binnen de revalidatiegeneeskunde, motivatie en bereidheid/mogelijkheid tot (gedrags)verandering belangrijk.

* Definitie van **multidisciplinair** werken: werkwijze waarbij kennis vanuit meerdere disciplines gecombineerd wordt ingezet om de activiteit te voltooien. Definitie van **interdisciplinair** werken: werkwijze waarbij alle aspecten van de zorgvraag van de patiënt in samenhang worden gediagnosticeerd en behandeld (Revalidatie Nederland, externe toetsing). De begeleiding die afkomstig is uit verschillende disciplines vormt een samenhangend geheel en wordt zowel inhoudelijk als procedureel afgestemd rondom de patiënt (Kenniscentrum zorgcommunicatie). Bij interdisciplinariteit wordt de identiteit gedeeltelijk opgegeven en vindt een zekere mate van integratie plaats.

3.1 De inschatting van de complexiteit van de pijnproblematiek

Op basis van de complexiteit van het pijnprobleem wordt een patiënt met pijnklachten door de revalidatiearts binnen een WPN-klasse geduid.

Verwijzing naar een revalidatiearts voor de diagnostiek is geïndiceerd indien de pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat intens is, de reguliere pijnbehandeling geen oplossing heeft geboden of dat de kans aanzienlijk is dat deze oplossing niet succesvol zal zijn, er aanzienlijke beperkingen in dagelijks functioneren zijn en/of psychosociale factoren een bijdrage lijken te leveren aan het in stand houden van de pijn en/of verminderd functioneren.

Op basis van de complexiteit van het pijnprobleem wordt een patiënt met pijnklachten door de revalidatiearts binnen een WPN-klasse geduid. Dat gebeurt op basis van de WPN-classificatie. De WPN-niveaus, geïntroduceerd in 1997 door de WPN van de VRA en gereviseerd in 2012, geven een weergave van de complexiteit van het pijnprobleem. Deze classificatie is tot op heden de basis voor een duiding van de complexiteit van het pijnprobleem, met daaraan gekoppeld de minimaal vereiste deskundigheid van het revalidatieteam en de behandelsetting die nodig is binnen de MSR. De indicatiestelling wordt uitgevoerd door de revalidatiearts.

WPN-niveau 1 Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek. Deze patiënten kunnen bij een vraag om behandeling behandeld worden in de eerste lijn en daarbij begeleid door de huisarts.

WPN-niveau 2 Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek. Patiënten met problematiek op WPN-2 niveau worden behandeld in de eerste lijn, al of niet met begeleiding van de revalidatiearts. Bij voorkeur wordt de behandeling uitgevoerd door paramedici zoals een fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut, die specifiek zijn geschoold in het begeleiden van patiënten met chronische pijn.

Bij patiënten met **WPN-niveau 3 en 4** is er sprake van onderhoudende psychosociale factoren. De impact daarvan op het niveau van functioneren is bij patiënten met WPN-3 niveau minder (matige tot ernstige impact) dan bij patiënten met WPN-4 niveau (zeer ernstige impact). Patiënten met classificatie WPN-niveau 3 en WPN-4 behoeven specialistische revalidatiezorg en dus is een verwijzing naar de revalidatiearts aangewezen. Bij patiënten met WPN-niveau 3 en 4 kan er een indicatie zijn voor een behandeling door een revalidatieteam waaraan specifieke deskundigheidseisen worden gesteld (zoals later beschreven in dit document).

Patiënten met **WPN-niveau 4** kunnen naast poliklinisch ook klinisch behandeld worden.

Klinische revalidatie geniet veelal de voorkeur boven poliklinische behandeling in de volgende situaties¹⁶:

- bij een zodanig laag belastbaarheidsniveau van patiënt dat een poliklinische behandeling fysiek/mentaal niet haalbaar is;
- bij aanwezigheid van zodanige psychosociale problematiek waardoor een intensief therapeutisch klimaat nodig is om goede observatie / diagnostiek van de problematiek te kunnen realiseren;
- indien het belangrijk is voor de patiënt om tijdelijk afstand te kunnen nemen van zijn systeem (de term 'systeem' betreft direct betrokkene(n) rondom de patiënt als ouder(s), partner, kinderen, mantelzorgers), om verandering van gedrag en/of cognities en/of acceptatieproces bij patiënt mogelijk te maken.

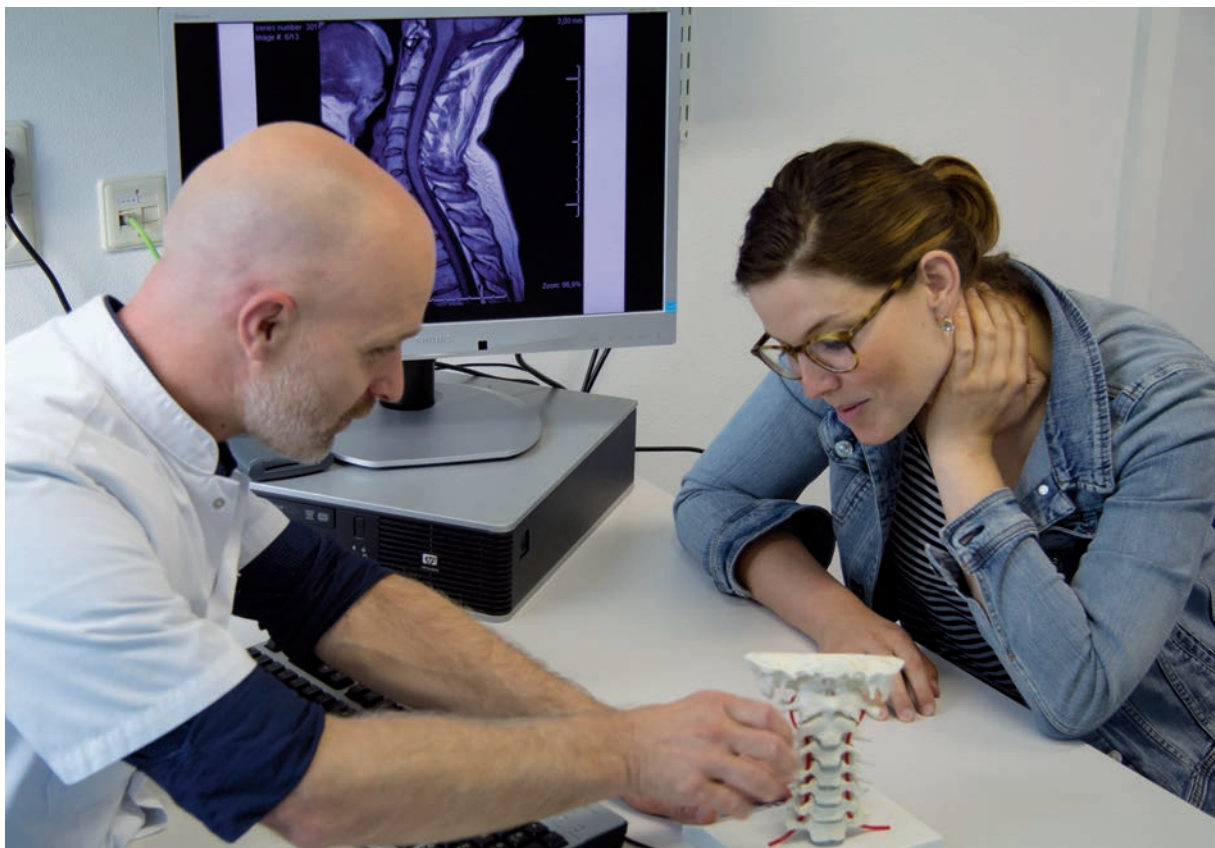
De WPN is van mening dat de WPN-classificatie, toegepast op basis van de individuele inschatting van de revalidatiearts, verdere ontwikkeling behoeft. De differentiatie tussen de niveaus in zijn huidige vorm is te weinig expliciet geoperationaliseerd in de vorm van duidelijke en beter objectiveerbare criteria waardoor de interindividuele variatie in classificatie tussen revalidatieartsen groot is.¹⁷ De Landelijke Expertisecentra en universitaire onderzoeksgroepen die zich richten op dit thema werken aan een nadere objectivering van de indicatiestelling.

3.2 Contra-indicaties voor behandeling

Contra-indicaties voor behandeling zijn:

- De patiënt is onvoldoende belastbaar om een actieve behandeling te kunnen volgen.
- De patiënt heeft psychiatrische symptomen/kenmerken die zelfs met ondersteuning van psychiatrische medebehandeling, een werkzame behandelrelatie binnen een revalidatiegeneeskundige setting onmogelijk maakt.
- De patiënt heeft een aanzienlijk risico op psychische decompensatie door een revalidatiebehandeling.
- Er zijn taal- of communicatieproblemen die het volgen van een revalidatieprogramma onmogelijk maken

Relatieve contra-indicatie; patiënt is niet in staat tot gedragsverandering en/of acceptatie van de gevolgen van de pijnproblematiek door persoonlijkheidsproblematiek, stemmingsproblemen, sociale omstandigheden, systeemproblematiek, bezwaar- en/of letselschade procedures of anderszins (geen contra-indicatie als niet van toepassing voor doelstelling en behandelmethode).



4.

Het handelen van de revalidatiearts >

4.1 Verantwoordelijkheid

Bij interdisciplinaire MSR is de revalidatiearts eindverantwoordelijk voor het gehele behandeltraject van de patiënt.

De revalidatiearts is verantwoordelijk voor:

- uitsluiten van aandoeningen die een andere expertise behoeven dan de revalidatiegeneeskunde;
- identificeren van de hulpvraag van de patiënt;
- indicatiestelling voor behandeling na verzamelen en analyseren van medische gegevens verkregen op basis van eigen onderzoek en eventueel aangevuld met eerder onderzoek;
- het uiteindelijk samen met de patiënt kiezen van het best passende vervolgtraject;
- de behandeling zelf (advies, begeleiding in eerste lijn, interdisciplinaire behandeling, verwijzing naar elders etc.);
- het identificeren en eventueel behandelen van intercurrente comorbiditeit die de behandeling belemmert;
- het optimaliseren van het medicatiegebruik;
- de (kwaliteit van de) revalidatiegeneeskundige behandeling;
- de overdracht na afronding van de behandeling.

Bij interdisciplinaire MSR is de revalidatiearts eindverantwoordelijk voor het gehele behandeltraject van de patiënt. Dat betekent vanaf het eerste contact tot en met de medisch specialistische revalidatiezorg als onderdeel van de nazorg. Dat betekent ook de eindverantwoordelijkheid voor het opgesteld revalidatiegeneeskundige behandelplan met daarin opgenomen de deeldoelstellingen voor de teamleden en de bijstelling van deze doelstellingen in het beloop van het traject naar aanleiding van interdisciplinair overleg.

4.2 Het verlenen van revalidatiegeneeskundige zorg bij chronische pijn

Diagnostiek en prognostiek

Het is van belang dat de revalidatiearts voor de start van de revalidatiebehandeling een intake doet waarbij hij/zij de patiënt in de spreekkamer ziet. Essentieel in de revalidatiegeneeskundige behandeling van chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat is het uitsluiten van medische problematiek, die een andere aanpak/expertise dan MSR behoeft.

Daarvoor is nodig:

- Het uitvoeren van een anamnese (mede) gericht op het uitsluiten van medische aandoeningen die de pijn kunnen verklaren anders dan de eventueel specifieke aandoening die al bekend is en die een andere behandeling vraagt dan geboden binnen de MSR.

- Het in dit kader uitvoeren van een basis lichamelijk onderzoek met aanvullend orthopedische en neurologische verdieping.
- Relevante aanvullende diagnostiek wordt opgevraagd en beoordeeld. Het (opnieuw) interpreteren van eerder uitgevoerde aanvullende beeldvormende en overige diagnostiek (inclusief bijv. onderzoek door fysiotherapeut, medisch specialist etc.) in het kader van het functioneren en pijn.
- Het aanvragen van beeldvormend en overig onderzoek indien, op basis van eerdere diagnostiek, de uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek nog geen uitsluitsel gegeven kan worden of er sprake is van medische contra-indicaties voor revalidatie. Dat geldt ook in een situatie waarbij op basis van eerder onderzoek nog geen afdoende verklaring voor klachten en beperkingen kan worden gevonden en verdere diagnostiek voor deze afweging noodzakelijk is. Op indicatie verwijzen naar een ander medisch specialisme of terugverwijzen naar de verwijzer.

Een belangrijk thema voor de patiënt in de intakefase met de revalidatiearts is bijvoorbeeld Reconceptualisatie, het anders leren kijken naar en omgaan met pijn. De revalidatiearts duidt op hoofdlijnen de medische en psychosociale onderhoudende en interacterende factoren die bijdragen aan de pijn en/of de beperkingen in functioneren. Hij bespreekt samen met de patiënt de hulpvraag in relatie tot deze factoren en de mogelijke resultaten van een revalidatiegeneeskundige behandeling. Voor een verdere verdieping in het duiden van onderhoudende en belemmerende factoren en de beoordeling van de mogelijkheid tot (gedrag)verandering kan de revalidatiearts andere professionals inschakelen (zoals psycholoog, psychiater, fysiotherapeut, ergotherapeut, bewegingsagoog of maatschappelijk werker) inschakelen, die het proces van indicatiestelling ondersteunen.

In het kader van de intake en/of start behandeling verricht de revalidatiearts de volgende activiteit: het geven van medische educatie aan de patiënt gericht op zijn klachten en beperkingen.

Behandeling

De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de eigen revalidatiegeneeskundige zorg en is tevens eindverantwoordelijk voor de zorg geboden door het revalidatieteam. Revalidatiegeneeskundige zorg voor chronische pijn is medisch specialistische zorg en betreft medisch handelen. In de huidige behandeling van patiënten met chronische pijn bestaat het handelen van de revalidatiearts uit het specifiek medisch handelen zoals een arts betaamt, vanuit een benaderingswijze passend bij een algemeen medisch en cognitief gedragsmatige aanpak.

Het medisch handelen wordt uitgevoerd door de revalidatiearts en betreft:

- Het voorschrijven, monitoren of afbouwen van medicatie op het gebied van pijn of gerelateerde problematiek.
- Het beoordelen en adresseren van intercurrente onderliggende problematiek aan het houdings- en bewegingsapparaat bij een verandering in het klachtenpatroon in de context van de klachten waarvoor een patiënt in behandeling is (ofwel het uitsluiten van rode vlaggen). Niet de huisarts, maar de revalidatiearts onder wiens verantwoordelijkheid de revalidatiebehandeling plaatsvindt is hiervoor verantwoordelijk.

Voor een adequate monitoring van de patiënt tijdens een behandeltraject ziet de revalidatiearts de patiënt minstens drie keer in de spreekkamer (face to face): Bij intake (wat kan hebben plaatsgevonden in de fase van diagnostiek en prognostiek), tijdens ten minste één tussentijdse evaluatie en bij afsluiting van de behandeling.

De (revalidatie)artsen werkzaam in een praktijk dragen daarom samen zorg voor de basismedische zorg in de praktijk. Op momenten dat er klinische MSR zorg aan patiënten met chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat wordt geboden zijn de randvoorwaarden van basismedische zorg voor klinische MSR van toepassing zoals beschreven in het Advies Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen.¹⁸ Voor poliklinische behandeling is de revalidatiearts aanspreekbaar voor een (acute) zorgvraag gerelateerd aan de verwijstdiagnose/verwijsreden of als er sprake is van een basismedische zorgvraag, die optreedt tijdens het uitvoeren van de revalidatiebehandeling. Juist voor het behouden van de coördinatie over de gehele medische diagnostiek ten aanzien van deze vaak complexe

problematiek, is het van belang om in deze situatie de medische zorg te bieden. Tijdens het bieden van MSR zijn altijd voldoende artsen (op afroep om in huis te komen) beschikbaar voor het verlenen van zorg bij zowel klinisch opgenomen of poliklinische patiënten. Dat betekent dat een arts daadwerkelijk aanwezig moet kunnen zijn op de locatie. Er wordt een overzicht bijgehouden waarop staat welke artsen er op welke dagen verantwoordelijk zijn voor het verlenen van medische zorg. De concrete uitvoering hiervan valt onder verantwoordelijkheid van de medisch specialisten. Hierdoor is gewaarborgd dat er altijd een (revalidatie)arts bereikbaar en daadwerkelijk oproepbaar is in het geval dat een onverwachte medische situatie tijdens de behandeling optreedt (het beleid van de VRA wordt hierin gevolgd).

Minstens één revalidatiearts neemt deel aan een interspecialistisch pijnteam in de vorm van een multidisciplinaire bespreking (MDO) binnen de adherentiegebieden van de instelling. Hij/zij heeft zo de mogelijkheid om complexe casuïstiek van een patiënt interspecialistisch te bespreken, en zorgt vervolgens voor een adequate overdracht naar het desbetreffende team binnen zijn/haar instelling waarin de patiënt behandeld wordt. Een MDO is een bespreking tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. In de meeste ziekenhuizen of in een regionaal samenwerkingsverband is een dergelijk interspecialistisch pijnteam aanwezig. Tijdens het MDO van het team worden patiënten met complexe pijnproblematiek, die onder behandeling zijn bij meerdere specialisten, besproken en wordt een gezamenlijk beleid bepaald. Tevens kan in een dergelijk overleg een moeilijke casus worden voorgelegd zodat vanuit verschillende disciplines kan worden meegedacht over een optimaal behandelplan. Op deze wijze draagt de organisatie zorg voor de mogelijkheid om complexe patiënt-casuïstiek interspecialistisch te beoordelen en/of te behandelen en zo de kwaliteit van zorg en deskundigheid ook voor complexe patiënten te garanderen.

4.3 Het vereiste kennisniveau

- De coördinerend, eindverantwoordelijk arts van de revalidatiegeneeskundige behandeling van patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat is geregistreerd als medisch specialist in de revalidatiegeneeskunde.
- Hij/zij heeft als specialist minimaal twee jaar ervaring met patiënten met pijnproblematiek. Indien de ervaring minder dan twee jaar is, is er structureel (minimaal eenmaal per maand) een intervisiemoment met een andere revalidatiearts met minimaal vijf jaar ervaring in de pijnrevalidatie.
- Hij/zij is op de hoogte van de werking en bijwerkingen, indicaties en contra-indicaties van pijnmedicatie.
- Hij/zij is op de hoogte van behandelrichtlijnen op het domein van chronische pijn.
- Hij/zij werkt continu aan in stand houden en verbeteren van het kennisniveau door het volgen van geaccrediteerde nascholing specifiek op het gebied van chronische pijn (gemiddeld 10 punten/jaar; inclusief punten voor deelname WPN-vergadering).
- Hij/zij heeft de verantwoordelijkheid tot het (laten) scholen van de teamleden van het revalidatieteam.
- Hij/zij draagt kennis over revalidatie bij chronische pijn uit aan studenten/verwijzers en andere zorgverleners (bijv. PA's, aios, anios).
- In het kader van deskundigheidsbevordering is vanuit de organisatie van de instelling minimaal één revalidatiearts lid van de WPN. Deze revalidatiearts draagt actief kennis vanuit de landelijke vergaderingen over aan collega's.
- Een arts in opleiding tot revalidatiearts (aios), en andere professionals als physician assistant (PA), verpleegkundig specialist (VS), of vergelijkbare functies kunnen een deel van de taken van de revalidatiearts overnemen, waarbij zij hun eigen verantwoordelijkheid hebben conform de competenties passend bij hun opleidingsniveau (aios) of taakherschikking (PA en VS).

Zorg geleverd door een physician assistant of verpleegkundig specialist: Conform het consensusdocument Taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde¹⁴ kunnen PA en VS specifieke onderdelen van de zorg uitvoeren, onder supervisie van de eindverantwoordelijk revalidatiearts met minimaal twee jaar ervaring.¹⁴



5.

Het revalidatieteam >

Het team biedt per patiënt interdisciplinaire revalidatiebehandeling met minimaal drie disciplines, waarbij de revalidatiearts eindverantwoordelijke, en daardoor ook een vast teamlid, is.

De zorg die het team biedt is patiëntgericht. De behandelvisie en uitwerking van de behandelprincipes en randvoorwaarden zijn vastgelegd in een zorgprogramma. Dit zorgprogramma wordt op regelmatige basis aangepast bij nieuwe ontwikkelingen.

De verleende zorg voldoet aan:

- Het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde⁸
- Het Duidingsrapport Revalidatiegeneeskunde⁹
- Het Behandelkader Pijnrevalidatie¹¹
- Het consensusdocument Taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde¹⁴

In een pijnrevalidatieteam zijn in ieder geval de volgende disciplines beschikbaar: revalidatiegeneeskunde, ergotherapie, fysiotherapie, psychologie, maatschappelijk werk en verpleegkunde/groepsleiding (bij klinische opname). Daarnaast kan een professional met specifieke kennis op het gebied van arbeid (bijv. een arbeidsconsulent) en bewegingsagogie een meerwaarde bieden. Deze disciplines zijn beschikbaar en kunnen op indicatie bij een patiënt worden ingezet, afhankelijk van de hulpvraag. Op indicatie kunnen ook andere disciplines ingeschakeld worden.

5.1 Werkwijze van het revalidatieteam

Het team biedt per patiënt interdisciplinaire revalidatiebehandeling met minimaal drie disciplines, waarbij de revalidatiearts eindverantwoordelijke, en daardoor ook een vast teamlid, is.

In de medisch specialistische revalidatiebehandeling is er sprake van interdisciplinaire samenwerking van een op elkaar ingespeeld team.

Dat blijkt uit het feit dat:

- er gemeenschappelijk wordt gewerkt aan het doel van de patiënt;
- het behandelprogramma van de individuele patiënt bestaat uit op elkaar afgestemde behandelmethodieken aangeboden door de verschillende disciplines;
- er aantoonbaar interdisciplinair wordt vergaderd over de voortgang van patiënten (notulen zichtbaar tijdens audit (zie punt 7)).

Er vindt regelmatig intervisie plaats gericht op deskundigheidsbevordering. (Intervisie is een regelmatig gestructureerd overleg van een kleine groep hiërarchisch gelijkwaardige professionals waarin vragen over het eigen functioneren centraal staan met als doel het op peil houden van de beroepsdeskundigheid en/of verbeteren van het functioneren van de beroepsbeoefenaar.). Per instelling zou dat bijv. kunnen in de vorm van een kernteam professionals, waaraan de revalidatieartsen eenmaal per zes weken deelnemen aan intervisie.

Het team werkt op reguliere basis aan de kwaliteitsverbetering van het zorgprogramma. Op basis van de uitkomsten van klinimetrie en procesgegevens (zoals aantal drop outs, wachttijden) evalueert het team minimaal eens per jaar het eigen zorgprogramma en past dit zo nodig aan.

5.2 Het vereiste kennisniveau van het team

Net als de revalidatiearts, zijn ook de teamleden geschoold om de MSR te kunnen uitvoeren.

Dat betekent dat:

- 70% van de teamleden (incl. de revalidatiearts) minimaal twee jaar (met een werkintensiteit van minstens 0,4 fte met problematiek op het gebied van pijn) ervaring heeft met patiënten met pijnproblematiek;
- het team een training heeft gevolgd gericht op interdisciplinair werken binnen een evidence based aanpak die gebruikt wordt in de behandeling, zoals bijvoorbeeld:
 - o Acceptance and Commitment Therapy (ACT);
 - o Graded exposure;
 - o Graded activity.

Geadviseerd wordt dat alle teamleden de training volgen; dat kan om praktische redenen echter gefaseerd.

Het team past alleen nieuwe behandeltechnieken toe, nadat het daarvoor geschoold is door een geaccrediteerde aanbieder van scholing in de specifieke behandeling.

- individuele behandelaars in een team voldoen aan de kwaliteitseisen zoals geformuleerd in het Behandelkader Pijnrevalidatie (VRA).¹¹
 - o Voor een psycholoog die behandeling verzorgt in de MSR op het gebied van pijnrevalidatie geldt minimaal een GZ-opleiding. De psycholoog is op de hoogte van de mogelijkheden van eerstelijns-psychologenpraktijken en GGZ-instelling(en) in het adherentie-gebied.
- binnen de organisatie waarin pijnrevalidatie wordt geboden, minimaal één medewerker van elke discipline lid is van een (landelijke) werkgroep van zijn discipline die o.a. deskundigheidsbevordering tot doel heeft. Binnen de organisatie wordt zorggedragen voor verspreiding van deze kennis onder alle teamleden werkzaam met patiënten met pijn in de gehele organisatie.

6.

Vereisten binnen de instelling >

Om goede zorg te kunnen bieden beschikken de revalidatiearts en het team over:

- De mogelijkheid tot consultatie in het eigen centrum of een aan de organisatie gelieerde instelling in de keten voor diagnostiek en (mede)behandeling door minimaal een pijnanesthesioloog, orthopeed, reumatoloog, neuroloog en psychiater. Bij voorkeur nog aangevuld met een bedrijfsarts en seksuoloog.
- Klinimetrie ter evaluatie van zorg ter ondersteuning van continue kwaliteitsverbetering (minimale dataset van NDP vanuit WPN is hier onderdeel van). Per patiënt vindt minstens een meting voor en na de behandeling plaats. Het is daarnaast aan te bevelen ook in de follow-up periode na behandeling de patiënt te vragen om een vragenlijst in te vullen (bijv. drie maanden en één jaar na behandeling) om het beloop na behandeling inzichtelijk te maken. Op dit moment is minstens de Pain Disability Index onderdeel van de klinimetrie-set. Te verwachten is dat er een advies komt om deze minimale set uit te breiden. Uitkomsten/uitkomstmaten worden op teamniveau en instellingsniveau geaggregeerd en daarna bediscussieerd in het team. Voor kwaliteitsbevordering bespreekt het team de uitkomsten van klinimetrie op reguliere basis (minimaal eens per jaar) en handelt op basis van de uitkomsten (door bijv. het zorgprogramma aan te passen).

De WPN heeft inbreng in de ontwikkeling van de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie, die op landelijk niveau een richtlijn geeft voor klinimetrie en uitkomstmeting. De WPN pleit ervoor dat een maat voor doelmatigheid van zorg/value based health care (ofwel een set aan maten leidend tot de mogelijkheid tot berekening ervan) hierin wordt geïntegreerd, in samenwerking met andere partijen.

7.

MSR als onderdeel van ketenzorg >

MSR is een specifiek onderdeel van de zorg op het gebied van revalidatie bij chronische pijn. Een betere afstemming tussen de zorglijnen is van groot belang om elke patiënt de best passende maar ook meest doelmatige zorg te kunnen geven.

Deze Position Paper is ontwikkeld als een kader/leidraad voor MSR op het gebied van chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat. MSR is echter een specifiek onderdeel van de zorg op het gebied van revalidatie bij chronische pijn. Ook in de eerste lijn, en mogelijk in de toekomst in toenemende mate in de anderhalve lijn, wordt revalidatie aan patiënten met chronische pijn geboden. Een betere afstemming over revalidatie bij chronische pijn tussen de zorglijnen is van groot belang om elke patiënt de best passende maar ook meest doelmatige zorg te kunnen geven. De Zorgstandaard Chronische Pijn geeft een leidraad om samenwerking over zorglijnen heen vorm te geven.¹³ In het kader van de ketenzorgontwikkeling pleit de WPN ervoor, dat ook voor zorg op het gebied van revalidatie geboden vanuit andere zorglijnen (zoals eerste en anderhalve lijnszorg) vergelijkbare kaderbeschrijvingen (zoals voor MSR nu in deze Position Paper is weergegeven) worden ontwikkeld. Op deze wijze kan worden gewerkt aan transparantie van zorg op het gebied van chronische pijn. Een voorbeeld van een uitwerking is die van de instellingscriteria voor zorglijnen vanuit het netwerk pijnrevalidatie Limburg (die op dit moment in een onderzoeksfase verkeert).

8.

Toetsing >

De WPN is, in samenspraak met de Pijn Associatie in Nederland (P.A.I.N), en de eigen beroepsvereniging VRA, voornemens om voor 2019 een intercollegiaal systeem van toetsing (audit) voor de MSR pijnrevalidatie te hebben ontwikkeld en geïmplementeerd. Dit in navolging van kwaliteitssystemen, die hiervoor ook ontwikkeld zijn in het buitenland.¹⁹



Referenties >

1. VRA. Position Paper Revalidatiegeneeskunde. Actief naar zelfredzaamheid en eigen regie, 2015.
2. 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;10:287-333. Epub 2005 Aug 10.
3. Picavet HS, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis* 2004;63:723-9.
4. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004;111:51-8.
5. Juch JNS, Maas ET, Ostelo RWJG, Groeneweg JG, Kallewaard JW, Koes BW, Verhagen AP, Dongen JM van, Huygen FJPM, Tulder MW van. Effect of Radiofrequency Denervation on Pain Intensity Among Patients With Chronic Low Back Pain: The Mint Randomized Clinical Trials. *JAMA* 2017;318:68-81. doi: 10.1001/jama.2017.7918.
6. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. The Cochrane database of systematic reviews 2012;11:CD007407.
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, Tulder MW van. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;18:350.
8. VRA. Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde, 2016.
9. Zorginstituut Nederland. Medisch-specialistische revalidatie; Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Duidingsrapport Revalidatiegeneeskunde, 2015.
10. Tangram. Medisch Specialistische Revalidatie. Aanspraak en praktijk, 2013.
11. Behandelkader Pijnrevalidatie: Revalidatiegeneeskundige behandeling van patiënten met pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, 2012.
12. Recommendations for Pain Treatment Services (IASP). pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381.
13. Dutch Pain Society. Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017.
14. Consensusdocument Taakherschikking in de revalidatiegeneeskunde, 2016.
15. Pijnkenniscentrum. Consensus-rapport pijnrevalidatie Nederland: een beschrijvend overzicht van pijnrevalidatie-programma's in Nederland met betrekking tot doel en inhoud. Pijn Kennis Centrum Maastricht, 2005. 9077411038.
16. Boonstra AM, Swaan JL, Muijtens PWA, Oudenaarden AG, Tolsma MHJ, Veen-Snijders QM van, Beeker HS. Verstandige keuze bij patiënten met chronische pijn in houdings- en bewegingsapparaat klinische pijnrevalidatie. *Nederlands Tijdschrift Revalidatiegeneeskunde* 2016;138-41.
17. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Brouwer M, Weerdt M de, Knol DL, Kolike A. Classificatie van patiënten met chronische pijnklachten; onderzoek naar de betrouwbaarheid van de WPN niveaus/Nederlandstalig tijdschrift pijnbestrijding 2011;30;46: 5-10.
18. VRA. Advies Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen, 2017
19. <http://carf.org/Programs/ProgramDescriptions/MED-Interdisciplinary-Pain-Outpatient/>.

Addendum 1: Themakaart >

1. Medisch handelen

Diagnostiek en behandelplan opstellen

- kennis van bovengenoemde aandoeningen en van somatische diagnoses die gepaard gaan met chronische pijn zoals reumatische, neurologische en orthopedische aandoeningen
- patroonherkenning: past het beeld bij een pijnsyndroom of zijn er aanwijzingen oor andere aandoeningen dan de verwijdsdiagnose
- kennis van neurofysiologische theorieën m.b.t. chronische pijn en vermoeidheid
- kennis van pijnmedicatie (WHO ladder), co-medicatie bij pijn, medicatie bij neuropathische pijn
- kennis van psychiatrische stoornissen zoals depressie, angststoornis, posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornissen
- kennis van psychofarmaca voorgeschreven bij angst, depressie en slaapstoornissen
- kennis van verschillende theoretische modellen: sensitisatiemodel, gevolgenmodel, vrees-vermijdingsmodel, overbelastingsmodel van Hasenbring, model van predisponerende-uitlokkende-instandhoudende factoren, gele-rode vlaggen, cirkels van Loeser, model van ontregeld stress systeem
- kennis van verschillende vormen van cognitief-gedragmatige behandeling
- globale kennis van inspanningsfysiologie en trainingsprincipes
- kennis van veelgebruikte methoden en behandel-elementen binnen de pijnrevalidatie zoals ACT, graded activity, graded exposure
- kennis van behandel-mogelijkheden zoals invasieve pijnbehandeling, TENS, biofeedback

Specifieke vaardigheden

- WPN niveau inschatten
- herkennen van rode en gele vlaggen en van neuropathische pijn
- indicatiestelling voor behandeling rekening houdend met algemene in- en exclusiecriteria voor pijnrevalidatie; indicatiestelling voor andere behandeling (eerstelijns, GGZ)
- op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek vaststellen van behandelbare stoornissen en hun aanpak zoals manuele therapie
- biopsychosociale uitleg geven aan de patiënt over het ziektebeeld met actuele theoretische inzichten met name sensitisatie (perifeer en centraal)
- uitleg geven over cognitieve gedragsmatige behandeling en motiveren tot deelname.
- uitleg geven over en beleid bepalen m.b.t. medicatie specifiek voor deze doelgroep; begrippen pijn- versus tijdcontingent kennen en kunnen toepassen
- herkennen van ziekte- cognities van de patiënt
- herkennen van PTSS, depressie, angst, persoonlijkheidsproblematiek
- bij analyse van het bewegingspatroon herkennen van somatische en niet-somatische factoren
- verandermogelijkheden en -motivatie van de patiënt en -systeem globaal kunnen inschatten
- uitleg en advies geven over werkhervatting in het kader van participatie, hoger activiteitsniveau

2. Communicatie

Het opbouwen van een effectieve behandelrelatie met patient en –systeem ook als er sprake is van complexe psychosociale of psychiatrische problematiek
Educatie geven over bovengenoemde aspecten van pijn en pijnbehandeling

3. Samenwerking

Effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg; op de hoogte zijn van verwijsmogelijkheden
Collega's informeren over chronische pijnsyndromen, de mogelijkheden en doelen van medisch specialistische revalidatie.
Contact bedrijfsarts / Arbodienst m.b.t. arbeids(re)integratie bij chronische pijn

4. Kennis en wetenschap	Globale kennis van de epidemiologie van chronische pijn in Nederland Op de hoogte zijn van richtlijnen die van toepassing zijn zoals aspecifieke lage rugklachten, Whiplash, CVS, CRPS type 1, lumbosacraal radiculair syndroom, ketenzorgrichtlijn apsecifieke lage rugklachten, KANS, SOLK. Op de hoogte zijn van veelgebruikte meetinstrumenten (zoals de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie)
5. Maatschappelijk handelen	Kennen en herkennen van de ontwikkeling van een chronisch pijnsyndroom en de invloed daarvan op de sociaal maatschappelijke rol die een patiënt heeft. Globaal op de hoogte zijn van wet- en regelgeving op het gebied van arbeids(on)geschiktheid, letselschade
6. Organisatie	Behandelkader Pijn van de VRA toepassen
7. Professionaliteit	In patiëntencontact evenwicht tussen betrokkenheid en distantie houden

Onder deze themakaart vallen onder andere de volgende aandoeningen:

- Fibromyalgiesyndroom
- Klachten van arm, nek en/of schouder (KANS)
- Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)
- Whiplashsyndroom (WAD)
- Chronische lage rugklachten
- CRPS type 1
- (Zwangerschapsgerelateerde) bekkenklachten
- Hypermobiliteitssyndroom
- Pijnklachten en/of beperkingen in functioneren bij specifieke aandoeningen die onvoldoende verklaard kunnen worden door de aandoening zelf
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) voor zover passend binnen de algemene inclusiecriteria voor revalidatiegeneeskundige behandeling





‘Actief naar zelfredzaamheid en eigen regie’



Postbus 9696, 3506 GR Utrecht | T (030) 273 96 96
E vra@revalidatiegeneeskunde.nl | www.revalidatiegeneeskunde.nl