

Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Aanleiding

In Nederland zijn meer dan 3 miljoen mensen met chronische pijn; hetgeen kan leiden tot vermindering van kwaliteit van leven, beperkingen in functioneren, stemmingsproblemen, verminderde eetlust, slechte slaap, afhankelijkheid van medicatie en zorgverleners, verminderde arbeidsprestaties, sociale isolatie en zelfs tot een kortere levensverwachting.

De ICD-11 beschrijft (sinds 2019) dat chronische pijn multifactorieel is: biologische, psychologische en sociale factoren dragen bij aan chronische pijn. De wederzijdse en dynamische interacties tussen deze factoren maken chronische pijn tot een complex fenomeen. Een zoektocht van de patiënt naar een diagnose en behandeling leidt vaak tot consulteren van een groot aantal zorgverleners per patiënt. Desondanks levert deze zoektocht **veelal onvoldoende verbetering van de kwaliteit van leven en vermindering van pijn** op en blijven de beperkingen in het dagelijks functioneren.

Een patiënt is gebaat bij diagnostiek, indicatiestelling en behandeling volgens het **biopsychosociale model** en herstel van eigen regie, gezondheid en kwaliteit van leven. Echter, in de praktijk blijkt het biomedische model nog het meest gangbaar.

In 2020 heeft het Zorginstituut de Zorgstandaard Chronische Pijn, met bijbehorende implementatie-agenda opgenomen in het Register. De zorgstandaard beoogt om een bijdrage te leveren aan:

1. *Tijdige herkenning van patiënten met (dreigende) chronische pijn;*
2. *Een gelijkwaardige samenwerking tussen patiënt en zorgprofessional;*
3. *Optimale inrichting en uitvoering van preventie van, en zorg voor, chronische pijn.*

De leidraad “Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn” geeft concrete aanbevelingen over de organisatie en werkwijze van zorg voor volwassen patiënten met chronische pijn. Deze RTA is een transmurale multidisciplinaire uitwerking van deze leidraad voor de regio Zuidoost Brabant.

Doelstelling

In de zorg voor een patiënt met chronische pijn is het streven dat:

- de herkenning van chronische pijn toeneemt;
- patiënten meer regie krijgen over hun (leven met) klachten;
- informatie aan patiënten (meer) op elkaar afgestemd is;
- zorgverleners zich bewust zijn in welke mate somatische, psychologische, sociale, existentiële en maatschappelijke dimensies van invloed zijn op chronische pijn en kwaliteit van leven. Er wordt een multidimensionale screeningsmethode gebruikt waarvan de uitkomsten tussen de betrokken zorgverleners wordt gedeeld over de lijnen van zorg heen. Als sprake is van complexe chronische pijn wordt de problematiek door zorgverleners in gezamenlijkheid aangepakt;
- het stellen van een multidimensionale diagnose, het formuleren van een (multidisciplinaire) indicatiestelling en het inzetten van een passende behandeling tijdig plaats vindt;
- intramurale en transmurale afstemming en communicatie tussen verschillende (para)medische zorgprofessionals plaats vindt;
- bekend is bij zorgprofessionals wat de verwijsmogelijkheden en expertises van andere disciplines in de regio zijn (conform te ontwikkelen sociale kaart)

Het **doel van deze RTA** is om afspraken te maken over de regionale organisatie van **matched care** voor patiënten met chronische pijn, zodat zij kunnen rekenen op de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats door goede samenwerking en afstemming tussen de zorgprofessionals. Dit voorkomt onnodig leed en ondoelmatige zorg.

Definitie

In de Zorgstandaard (2017) wordt de volgende definitie van chronische pijn gehanteerd:

“Chronische pijn is een persisterend, multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren in verschillende mate en in wisselende onderlinge samenhang bijdragen aan pijnbeleving, pijngedrag, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren en ervaren vermindering van de kwaliteit van leven”. De IASP hanteert ook een definitie voor chronische pijn waarin men uitgaat van pijn die langer duurt dan bij een normaal beloop verwacht wordt.

Op basis van zowel de zorgstandaard Chronische Pijn (2017) als de definitie van de IASP (2020) stelt de werkgroep dat **iedere patiënt waarbij de pijnklachten langer duren dan drie maanden¹ en/of langer dan verwacht, gezien dient te worden als een patiënt met chronische pijn**. In de rest van de leidraad zal de term chronische pijn worden gebruikt en daarmee wordt gerefereerd aan beide definities.

Patiënteneducatie

Zorgprofessionals doen uitspraken binnen de eigen expertise. Pijneducatie, specifiek gericht op het type pijn dat gediagnosticeerd is, vormt een wezenlijk onderdeel in alle lagen van het zorgpad.

Het doel van goede educatie is het bevorderen van *begrip* en *regie*: patiënten helpen de pijn beter te begrijpen, vertrouwen te krijgen in hun herstel en actief deel te nemen aan hun oplossingen.

Randvoorwaarden

De volgende zaken zijn nodig bij goede zorg voor patiënten met chronische pijn:

- Voldoende geschoolde professionals
- Zorgprofessionals, die werkzaam zijn in chronische pijn, participeren in een regionaal, transmuraal en multidisciplinair samenwerkingsverband / netwerk chronische pijn;
- Een multidisciplinair, maar bij voorkeur interdisciplinair, pijnteam met bijbehorend MDO wordt ingericht. In deze overleggen worden patiënten met complexe chronische pijn besproken.

Diagnostiek in de 1^e lijn

Door patiënten met (een vermoeden op) chronische pijn te screenen / triëren volgens een eenduidig biopsychosociaal model in combinatie met verwijscriteria, kunnen zorgprofessionals worden ondersteund in het bieden van - en verwijzen naar de juiste zorg op de juiste plek.

In de regio zuidoost Brabant hebben we afgesproken dat patiënten met (een vermoeden op) chronische pijn (*zie bovenstaande definitie*) in eerste aanleg op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen. Bijvoorbeeld volgens het biopsychosociale model **SCEGS** (Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragmatige en Sociale dimensie) of het **ICF** model, en vermeldt ook het type pijn.

Iedere zorgverlener kan gebruik maken van deze meetinstrumenten. De uitkomst moet altijd worden verbonden aan het klinisch oordeel van de zorgprofessional. Het resulteert in een biopsychosociale pijndiagnose en de resultaten worden altijd besproken met de patiënt. Als een zorgverlener zich hiertoe niet capabel voelt kan worden verwezen naar zorgverleners uit het chronische pijnnetwerk.

De doelen van een methodiek uitgaande van een biopsychosociaal model zijn:

- Samen met de patiënt te komen tot een biomedische, psychologische, sociale of combinatie van genoemde dimensies als verklaring voor het toestandsbeeld van de chronische pijn en daarmee samenhangende gevolgen en/of een gezamenlijke probleemdefinitie. Zelf opgedane inzichten hebben immers meer effect dan aangereikte adviezen.

¹ Als eerder al duidelijk is dat sprake is van een afwijkend beloop dan staat het professionals vrij om iemand ter bespreking op te voeren, echter wel met redenen omkleed.

Bewustwording van ineffectieve gedachten en gedrag en daardoor de mogelijkheid om het gedrag en gedachten aan te passen.

Overige afspraken

- Bespreek met de patiënt de invloed van biopsychosociale factoren op het pijnprobleem en geef pijneducatie om tot een gezamenlijk verwijzings- of behandelplan te komen;
- Bespreek waar nodig de patiënt ook in het regionaal (of lokaal) samenwerkingsverband;
- Wees het aanspreekpunt na diagnostiek en behandeling in eerste, tweede of derde lijn, en bij een terugval.
- Besteed ook aandacht aan belangrijke life events, drugsgebruik en psychiatrische voorgeschiedenis.

Behandeling 1^e lijn

De huisarts is regiebehandelaar, als de patiënt in de eerstelijns behandeld wordt, tenzij anders afgesproken. Voor andere hulpverleners in eerstelijns geldt: informeer de huisarts en stem het beleid met de huisarts af en trek indien gewenst samen op.

Indien geen sprake is van onderliggende pathologie die (tevens) een daarop gerichte behandeling behoeft, worden in samenspraak met de patiënt de behandeldoelen vastgesteld, *zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven verbeteren, reduceren ervaren pijn en beperkingen, eigen regie over klachten, hanteerbare balans in leven gerelateerd aan pijn*. Verwijs zo nodig naar andere zorgverlener binnen de 1^e lijn en beleg eventueel een MDO.

Opschalen / afschalen behandeling of begeleiding

Overweeg in samenspraak met de patiënt **opschaling** naar een hoger echelon bij één of meer van deze factoren:

- De juiste diagnose of verklaring kan niet worden gesteld of worden gevonden en aanvullend onderzoek, advies en/of expertise is nodig (inclusief second en third opinion);
- De complexiteit van de klachten van de patiënt is te hoog (teveel onderhoudende beïnvloedende factoren die de pijn en functioneren negatief beïnvloeden en niet zelf kunnen worden behandeld);
- Verwachte reductie in pijn en verhoging van functioneren blijven uit/ ingezette therapie niet effectief en geen alternatieve mogelijkheden binnen huidige echelon;
- Er is geen aansluiting bij de hulpvraag, behoefte en/of waarden van de patiënt.

Overweeg in samenspraak met de patiënt de **zorg af te schalen** naar een lager echelon indien sprake is van één of meer van deze factoren:

- Er is een adequate pijndiagnose gesteld, er is inzicht in de onderhoudende beïnvloedende factoren (bio-psycho-sociaal);
- Er is een effectieve, minder belastende, goedkopere of korte vorm van behandeling mogelijk in een lagere lijn;
- De ingezette therapie is niet effectief en er is geen alternatief binnen de eigen competenties;
- Er is geen aansluiting bij de hulpvraag, behoefte of waarden van de patiënt.

Consultatie en verwijzing

Consultatie

Een huisarts kan een meekijkconsult of telefonische consultatie inzetten om advies van een medisch specialist uit de tweedelijns te winnen. Paramedici kunnen ook met overige behandelaren (telefonisch) afstemmen. Degene die consulteert legt het ingewonnen advies vast in het dossier.

Verwijzing naar 2^e lijn

Verwijs de patiënt met chronische pijn bij een afwijkend beloop van de behandeling en/of zonder functionele verbetering naar een in chronische pijn gespecialiseerde zorgprofessional, naar:

Voornamelijk dit type klachten:	<u>Para-medicus</u>	Psycho-loog	Revali-datie-arts	Pijnpoli/pijnspecialist	Orgaan-specialist	Psy-chiater	Geriatr	Verslavingszorg
Psychosociale klachten	X	X	X					
(Biopsychosociale) Pijndiagnose, medicamenteuze en/of invasieve behandeling			X	X				
Func tiegerichte klachten	X		X					
Diagnostiek naar en behandeling van lichamelijke klachten, psychologische en psychiatrische klachten	X	X			X	X		
Kwetsbare oudere patiënt							X	
Multimorbiditeit							X	
Problematisch gebruik middelen								X

Met in de overdracht:

- Substantiële anamnese + klachten
- Medicatie-overzicht
- Uitkomst SCEGS of ander biopsychosociaal model
- Beloop van behandeling tot nu toe
- Conclusie
- Vraagstelling patiënt en zorgverlener(s).

In een 2^e of 3^e lijns centrum voor patiënten met chronische pijn:

- Wordt een aanvullende screening ingezet, volgens een (aandoening) gerichte methodiek.
- Vindt een MDO plaats
- Evt. een behandeling gestart of geadviseerd.

MDO Bespreking van patiënten met complexe chronische pijn

Wanneer een patiënt lijdt aan complexe, persisterende chronische pijn, moet deze besproken worden in een Multidisciplinair Overleg (MDO). In de regio zijn MDO's georganiseerd per zorgniveau (echelon). De vergadermomenten van de MDO's worden nog als bijlage bij deze RTA gevoegd. Bestaande MDO-structuren blijven behouden en staan open voor alle netwerkdeelnemers.

Het doel van het MDO is om advies te geven over de volgende aspecten van de zorg voor de patiënt:

- Diagnostiek
- Indicatiestelling
- Behandeling
- Verwijzing

Besprek in het MDO in ieder geval patiënten wanneer sprake is van:

- Een afwijkend beloop van de behandeling
- Risicofactoren voor chroniciteit
- Herstelbelemmerende factoren
- Andere problemen binnen de pijnzorg in dit samenwerkingsverband

Binnen het netwerk zijn er verschillende MDO-structuren, afhankelijk van het zorgniveau. Deze variëren van eerstelijnszorg tot tweedelijnszorg.

- **1e lijns (para)medisch MDO**
Dit MDO is bedoeld voor patiënten met een afwijkend beloop of complexiteit, zonder de betrokkenheid van de 2e lijn.
- **1,5e lijns (para)medisch MDO**
In dit MDO worden patiënten besproken die een afwijkend beloop of complexiteit vertonen, waarbij een vertegenwoordiger uit de 2e lijn aanwezig is.
- **2e lijns (para)medisch MDO**
Dit MDO is bedoeld voor patiënten die meer complexe zorg nodig hebben. Het wordt ingezet wanneer de zorg vanuit de 1e of 1,5e lijn niet afdoende is (stepped care) of wanneer directe 2e lijnszorg noodzakelijk
In dit overleg kunnen vertegenwoordigers uit de 1e lijn aanwezig zijn of consulteerbaar zijn.

Bespreking van de patiënt

De behandelaar bespreekt de patiënt bij voorkeur eerst binnen het eigen zorgniveau (echelon) in het MDO. Als er dan nog geen sluitend behandelplan is, kan de patiënt consulterend worden besproken in een ander MDO of kan een consult bij een andere zorgverlener/arts worden aangevraagd.

De werkwijze en structuur van de MDO's zullen worden geoptimaliseerd om een effectieve en gestandaardiseerde aanpak te waarborgen binnen de regio.

Om een patiënt in te brengen bij het MDO, dient vooraf het MDO formulier (in ontwikkeling) volledig ingevuld te worden. Dit garandeert dat het biopsychosociale model wordt betrokken bij het behandelplan van de patiënt met chronische pijn.

Daarnaast worden er afspraken gemaakt over wie de patiënt zal informeren over de resultaten van het MDO.

Deelnemers aan het MDO

In de eerstelijns:

- Aanvrager van het MDO
- Huisarts
- Paramedici
- Psycholoog

Op indicatie (en bij mogelijkheid vanuit het netwerk chronische pijn), kan het MDO uitbreiden naar:

- Bedrijfsarts
- Maatschappelijk werk
- Verslavingsconsulent
- Medisch specialist

In de tweedelijns:

- Aanvrager van het MDO
- Revalidatiearts met subspecialisatie pijn
- Pijnspecialist
- Eerstelijns professional (paramedicus)
- Psycholoog (poort voor psychiater)

Op indicatie (en bij mogelijkheid vanuit het netwerk chronische pijn), kan het MDO uitbreiden naar:

- Bedrijfsarts
- Maatschappelijk werk
- Reumatoloog
- Orthopeed
- Chirurg
- Neuroloog
- Psychiater
- Geriater

- Verslavingsdeskundige
- Andere betrokken eerstelijns professionals

Het is belangrijk om een duidelijke **regiebehandelaar** en **aanspreekpunt** vast te stellen wanneer:

- Meerdere zorgprofessionals betrokken zijn bij de behandeling van één patiënt.
- De aard en/of complexiteit van de behandeling dat noodzakelijk maakt.

Namens regionale huisartsen

Hans Rutten, kaderhuisarts GGZ Pozob

Namens regionale specialisten

Antal van der Gaag, pijnarts CZE

Rob Smeets, revalidatiearts CIR

Mercèdès Vossenbergh, revalidatiearts MMC

Namens pijnnetwerk Zuidoost Brabant

Michel van Exsel

Annemarie Pollmann

Namens oefentherapeuten

Eugenie Dieben

Vanuit pijnpoli

Cecile Smetsers

Namens transmurale afdelingen

Mariëtte Oostindiër

Yvonne van Oosterhout

Namens de transmurale afdeling van Elkerliek ziekenhuis, HaCa, Pozob, Stroomz, THEMA en TransMáx.

Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van:

- Leidraad Organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met chronische pijn (FMS 2024)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TransMáx.

© TransMáx, 2025