

38e jaargang, 2019

nr
75

Nederlandstalig Tijdschrift

PIJN

bestrijding

Officiële uitgave van de Dutch Pain Society
i.s.m. de Belgische Pijnvereniging VAVP



Inhoud

Colofon	4
Richtlijnen voor auteurs	4
Voorwoord	5
Hoofdartikelen	6
Kan de revalidatiezorg voor patiënten met chronische pijn doelmatiger worden ingericht door samen te werken? <i>Dr. I. Huijnen, Dr. A. Köke, Drs. C. Lamper, Prof. Dr. J. Verbunt</i>	6
Kwaliteitsindicatoren voor evaluatie van zorg in de pijnkliniek: een stap vooruit? Kwaliteit vanuit het perspectief van professionals en patiënten met chronische pijn <i>Dr. N. de Meij</i>	10
Referaten	28
Vijfentwintig jaar onderzoek naar pijnonderwijs – wat hebben wij geleerd? Bevindingen uit een uitgebreide review studie over onderzoek naar pijnonderwijs voor gezondheidsprofessionals <i>Drs. B. Brouwer</i>	28
PRISM: een kort screeningsinstrument om risico-ouders van jongeren met chronische pijn te identificeren <i>Drs. T. van Meulenbroek</i>	30
Sociale beschrijvingen van chronische pijn in kranten, online media en film <i>C. Lamper</i>	32
In memoriam Maurice Giezeman	34

Colofon

Het Nederlandstalig Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding is een officiële uitgave van de Dutch Pain Society (DPS) in samenwerking met de Belgische Pijnvereniging VAVP. Het tijdschrift verschijnt drie maal per jaar (in de tweede helft van de maand) en wordt gratis toegezonden aan de leden van de DPS en Pijncentra Nederland. Een abonnement is verkrijgbaar voor de kostprijs van € 35,00 per jaar voor particulieren en € 75,00 per jaar voor instellingen. Abonnementsgelden overmaken op bankrekeningnummer 45.12.83.570 te Malden, t.n.v. Dr. T.C. Besse, penningmeester Stichting NTPP, onder vermelding van abonnement Nederlands Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding. Gegevens voor het overmaken van het abonnementsgeld vanuit het buitenland: IBAN NL98ABNA0615323049.

Hoofredactie

Dr. A. Köke
Vakgroep Revalidatie Geneeskunde
Universiteit Maastricht
Universiteitssingel 40
6229 ER Maastricht
E-mail: albere.koke@maastrichtuniversity.nl

Kernredactie

Dr. H.R. Schiphorst Preuper, revalidatiearts
Afdeling Revalidatiegeneeskunde
UMCG, Locatie Beatrixoord
Dilgtweg 5
9751 ND Haren
Telefoon 050-5338444
E-mail: h.r.schiphorst.preuper@umcg.nl

Dr. J.L.H.M. De Witte, anesthesioloog
Coördinator Multidisciplinair Pijncentrum
Dienst Anesthesiologie en Intensieve Zorgen
OLV-Ziekenhuis
Moorselbaan 164
9300 Aalst
België
Telefoon +32 53 728900
E-mail: jan.de.witte@olvz-aalst.be

Redactieraad

Wervelkolomgerelateerde Pijn:

- Prof. Dr. Gerbrand Groen, PhD, UMCG, ggroen@anest.umcg.nl
- Dr. Bob Ickx, Klinea Antwerpen: robert.ickx@pandora.be
- Prof. Dr. Maarten van Kleef, PhD, MUMC+, maarten.van.kleef@mumc.nl
- Dr. Nelleke de Meij, MUMC, p.de.meij@mumc.nl
- Prof. Dr. Robert-Jan Stolker, PhD, Erasmus MC, r.stolker@erasmusmc.nl
- Dr. Paul Willems, MUMC+ p.willems@mumc.nl
- Dr. Jan De Witte, OLV Aalst, Jan.De.Witte@olvz-aalst.be
- Dr. Jan van Zundert, PhD, ZOL, jan.vanzundert@zol.be

Neuropathische Pijn:

- Dr. Koen van Boxem, ZOL, koen.vb@telenet.be
- Dr. Jan Pierre Van Buyten: AZ Nikolaas St. Niklaas: vanbuyten@skynet.be
- Prof. Dr. Karin Faber, PhD, MUMC+, c.faber@mumc.nl
- Prof. Dr. Frank Huygen, PhD, Erasmus MC, F.Huygen@erasmusmc.nl
- Prof. Dr. Bert Joosten, PhD, MUMC+, bert.joosten@mumc.nl
- Dr. Remko Liebrechts, r.liebrechts@vumc.nl
- Prof. Dr. Bart Morlion, PhD, Universitaire Ziekenhuizen Leuven: Bart.Morlion@uz.kuleuven.ac.be
- Dr. Jos Reulen, PhD, MUMC+, jos.reulen@mumc.nl
- Dr. Pascal Vanelderden, ZOL: pascal.vanelderden@gmail.com

Viscerale Pijn:

- Dr. Guy Boeckstaens, AMC, g.e.boeckstaens@amc.nl
- Dr. Yolande Keulemans, PhD, MUMC+, yolande.keulemans@mumc.nl
- Dr. Martine Puylaert, ZOL, martine.puylaert@skynet.be

Pijn bij kinderen:

- Dr. Monique van Dijk, PhD, Erasmus MC, m.vandijk.3@erasmusmc.nl
- Dr. Piet Leroy, PhD, MUMC+, p.leroy@mumc.nl
- Dr. Micha Sommer, PhD, MUMC+, micha.sommer@mumc.nl
- Prof. Dr. Dick Tibboel, PhD, Erasmus MC, d.tibboel@erasmusmc.nl

Pijn bij Ouderen:

- Dr. Anne Beyen, ZOL, Anne.Beyen@zol.be
- Dr. W. Mulder, PhD, MUMC+, w.mulder@mumc.nl

Neurochirurgie:

- Dr. Dieter Peuskens, ZOL, Dieter.Peuskens@zol.be

Psychiatrie:

- Dr. Carsten Leue, MUMC+, c.leue@mumc.nl

Oncologie/Palliatie:

- Dr. Kees Besse, UMCN, T.Besse@anes.umcn.nl
- Dr. Marieke van de Beuken, PhD, MUMC+, m.vanden.beuken@mumc.nl
- Dr. Markus Janssen, MUMC, markus.janssen@mumc.nl
- Prof. Dr. Kris Vissers, PhD, UMCN, k.vissers@anes.umcn.nl
- Prof. Dr. Wouter Zuurmond, PhD, VUMC, wwa.zuurmond@vumc.nl

Psychologie:

- Dr. Mariëlle Goossens, PhD, MUMC+, M.Goossens@DEP.unimaas.nl
- Dr. Ann Meulders, KU Leuven ann.meulders@psy.kuleuven.be
- Prof. Dr. Jan Passchier, PhD, J.Passchier@psy.vu.nl
- Prof. Dr. Madelon Peters, PhD, MUMC+, Madelon.Peters@DEP.unimaas.nl
- Dr. Steven de Peuter, KU Leuven steven.depeuter@psy.kuleuven.be

Revalidatie:

- Dr. A. Köke, Vakgroep Revalidatie Geneeskunde, Universiteit Maastricht, albere.koke@maastrichtuniversity.nl
- Prof. Dr. Rob Smeets, PhD, MUMC+, rob.smeets@mumc.nl
- Prof. Dr. Jeanine Verbunt, PhD, MUMC+, j.verbunt@mumc.nl

Manuele Geneeskunde:

- Dr. Jacob Patijn, PhD, MUMC+, jacob.patijn@mumc.nl
- Dr. Sjeff Rutte, Praktijk Haarlem, sjefrutte@gmail.com

Secretariaat NTPP

Sandra Reijnders
Pr. Christinalaan 2
6301 VX Valkenburg
Telefoon 06-25314741
E-mail: reijnders.sandra@gmail.com

Advertenties

Dr. T.C. Besse, anesthesioloog/pijnspecialist
UMCN, afd. Anesthesiologie
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
Telefoon 024-3619032, Fax: 024 - 3666312
E-mail: t.besse@anes.umcn.nl

Sandra Reijnders
Pr. Christinalaan 2
6301 VX Valkenburg
Telefoon 06-25314741
E-mail: reijnders.sandra@gmail.com

Advertenties kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd

Grafische verzorging

Andi smart print solutions
Afrikalaan 40, 6199 AH Maastricht-Airport
Telefoon: 043-36 67 160
E-mail: info@andi-printsolutions.com
Website: www.andi-printsolutions.com

Richtlijnen voor auteurs

Berichten, mededelingen en artikelen dienen, respectievelijk vóór 1 maart, juli en november, in bezit te zijn van het secretariaat reijnders.sandra@gmail.com.

Door het inzenden van de kopie verklaart de auteur:

- Dat hij/zij volledige auteursrecht aan dit tijdschrift overdraagt. Wordt het stuk afgewezen dan vallen de rechten weer terug aan de inzender. De inzender krijgt de kopie in enkelvoud teruggezonden.
- Dat het manuscript niet terzelfder tijd aan een ander tijdschrift is aangeboden, elders is geaccepteerd voor publicatie of reeds eerder is gepubliceerd.
- Dat hij/zij ermee akkoord gaat dat de redactie zijn/haar kopij aan haar reviewers voorlegt.
- Dat de met name genoemde personen die op enigerlei wijze aan het tot stand komen van het artikel hebben bijgedragen akkoord gaan met de vermelding van hun naam erin.
- Dat de betrokkenen hun toestemming hebben gegeven voor het publiceren van reeds eerder gepubliceerd materiaal of van foto's waarop een persoon herkenbaar is.

Aanleveren als word-document. Gebruik papierformaat A4, met enkele regelafstand en duidelijk leesbare standaardletter. Aan de linkerzijde dient een kantlijn van 4 cm aangehouden te worden.

De volgorde van de verschillende onderdelen is als volgt:

1. Titelpagina met naam en titel(s) van de auteur(s). Vermeld van iedere auteur instituut, afdeling, titulatuur en discipline alsmede van de eerste auteur het correspondentieadres, telefoonnummer en e-mailadres.
2. Samenvatting van ten hoogste 200 woorden, alsmede een Engels abstract.
3. Inleiding.
4. Methodiek.
5. Resultaten.
6. Discussie.
7. Wat is al bekend en Wat voegt deze studie toe.
8. Literatuur. Als in de tekst naar de literatuurlijst wordt verwezen moet dat door een nummer in superschrift in de tekst te plaatsen achter het leesteken waarmee de bewering wordt afgesloten. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst. De literatuurlijst is gerangschikt naar het nummer van de verwijzingsnot. Elk nummer krijgt een nieuwe regel: nummer, namen en voorletters van alle auteurs (geen "et al." vermeldingen), volledige titel van de publikatie, de naam van het tijdschrift in de standaardafkortingen volgens de Index Medicus, jaartal, deelnummer, eerste en laatste bladzijde (bijv. Egbert DL, Battist GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of post-operative pain by encouragement an instruction of patients. New Engl J Med 1964; 270:825-7).
9. Dankbetuiging.
10. Tabellen dienen in Wordformat aangeleverd te worden. Legenda van ingestuurde tabellen of figuren toevoegen. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst.
11. Legenda van eventueel ingestuurde figuren.
12. Figuren in de vorm van tekeningen met zwarte inkt of van zwart-wit foto's. Bij het insturen van figuren moet rekening gehouden worden met de verhouding van de figuur ten opzichte van de grootte in het artikel. Bij elk onderdeel moet op een nieuwe pagina worden begonnen.
13. Afbeeldingen digitaal aanleveren als psd, jpeg, tif of pdf, in het gewenste formaat, resolutie 300 dpi.

Bij Case Reports is de volgorde van de verschillende onderdelen hetzelfde als bovenvernoemd voor wat betreft 1, 2 en 3. Hierna volgt onder 4. beschrijving van de casus, gevolgd door 5. Discussie. Voor het overige wordt het format gevolgd zoals hierboven onder punt 8 t/m 12 is vermeld.

Bij Referaten van artikelen is de volgorde van de verschillende onderdelen 1. Originele titel van het gerefereerde artikel, 2. Referentie van het artikel, 3. Originele Engelse Abstract van het artikel 4. Referaat (minimaal 500 en maximaal 1000 woorden), 5. Naam referent, instituut, e-mail adres.



Van de kernredactie

Geachte lezer,

In het vorige nummer wenste Maurice Giezeman mij het beste toe toen ik zijn functie als hoofdredacteur van het NTPP overnam. Helaas heeft hij dit nieuwe nummer niet meer mogen zien. Maurice heeft zich zijn hele carrière, tot op het laatst toe, ingezet voor verbetering van zorg voor patiënten met chronische pijn op diverse terreinen. We zullen zijn gedrevenheid en passie voor het vak gaan missen. Verderop in het nummer kunt u een *in memoriam* lezen.

Het doel van wetenschappelijke tijdschriften is 'up to date' kennis verspreiden onder zorgprofessionals en onderzoekers. Ook het NTPP wil hier haar steentje aan bijdragen, om de inhoud en organisatie van de pijnzorg te optimaliseren. Daarbij wil het recht doen aan het multidisciplinaire karakter van de zorg voor pijn en samenwerking tussen zorgprofessional onderling, samen met de patiënt. Nederland kent namelijk een unieke samenwerking tussen beroepsverenigingen onderling, samen met patiëntenverenigingen in de Pijn Alliantie in Nederland (PAiN). Het doel van PAiN is o.a. alle partijen in Nederland samenbrengen die met pijn en pijnbehandelingen te maken hebben. Het NTPP ondersteunt deze doelstelling uiteraard. De kernredactie ontvangt daarom graag naast wetenschappelijke artikelen, opinie- of visiestukken, meningen, of lopende projecten vanuit de verschillende beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen. Op deze manier kunnen ideeën, kennis en inzichten met elkaar gedeeld worden. In de komende nummers van het NTPP zullen we daar zeker aandacht aan besteden.

Het ontwikkelen van een gezamenlijk kennisdomein, met respect voor elkaars kennis en kunde, is nodig om samenwerking verder te optimaliseren en de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. In dit nummer wordt al een start gemaakt met het delen van ervaringen. De eerste bijdrage in dit nummer is een beschrijving van de eerste ervaringen in het opzetten van het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg. Verder zijn afgelopen jaar prestatie-indicatoren vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld en gevalideerd binnen de pijnzorg. In een uitgebreid overzicht beschrijft dr. Nelleke de Meij de opzet en totstandkoming van deze prestatie-indicatoren. Weer een belangrijk hulpmiddel in het inzichtelijk maken en verbeteren van de kwaliteit van de huidige pijnzorg.

Een gezamenlijk kennisdomein vindt natuurlijk zijn oorsprong in de basisopleidingen van elke zorgprofessional. De International Association for the Study of Pain (IASP) had 2018 uitgeroepen als het jaar voor 'excellentie' voor onderwijs op het gebied van pijn. Ook de EFIC introduceerde de afgelopen jaren pijn curricula en examens voor o.a. artsen en fysiotherapeuten. Reden voor een aantal onderzoekers om een narratieve synthese van onderzoek naar onderwijs voor pijn in de afgelopen 25 jaar uit te voeren. De positie van pijn in het curriculum en de manier waarop kennis wordt aangeleerd bepalen o.a. wat studenten ervan opsteken. Het artikel biedt vooral ook aanbevelingen voor verdere verbetering van kennisoverdracht over pijn in diverse opleidingen. Een samenvatting van het artikel kunt u in dit nummer vinden.

Wij wensen u veel leesplezier!

Tot slot willen we nog twee zaken onder de aandacht brengen. De PAiN heeft begin dit jaar een website www.pijnalliantieinnederland.nl gelanceerd. Een platform voor uitwisseling van kennis, producten en nieuws. In de toekomst is het streven dat u daar ook het NTPP kunt vinden.

Rest nog het onder de aandacht brengen van het Europese pijncongres (EFIC) in Valencia komende september, waar ook weer een Holland House georganiseerd zal worden. Wie weet tot dan?

Albère Köke

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

Dr. I. Huijnen,^{1,2} Dr. A. Köke,^{1,2,3} Drs. C. Lamper,¹ Prof. Dr. J. Verbunt^{1,2}

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.¹ Deze pijnklachten kunnen de kwaliteit van leven fors beïnvloeden, en hebben een aanzienlijke

impact op de samenleving.² Recent NIVEL-onderzoek laat zien dat pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat de belangrijkste reden is voor huisarts-consultatie.³ 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.⁴ 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.⁵ 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.⁶ 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.⁷ 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 Pijn⁸ 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 éénvoudige informatievoorziening door de SanaCoach Pijnrevalidatie (een E-health voorziening).⁹ 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^e lijn bestaat uit de aangepaste Start Back tool¹⁰ (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^e lijn en specifieke paramedische behandeling in de 1^e lijn. Om na te gaan of verwijzing naar de 2^e of 3^e 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.

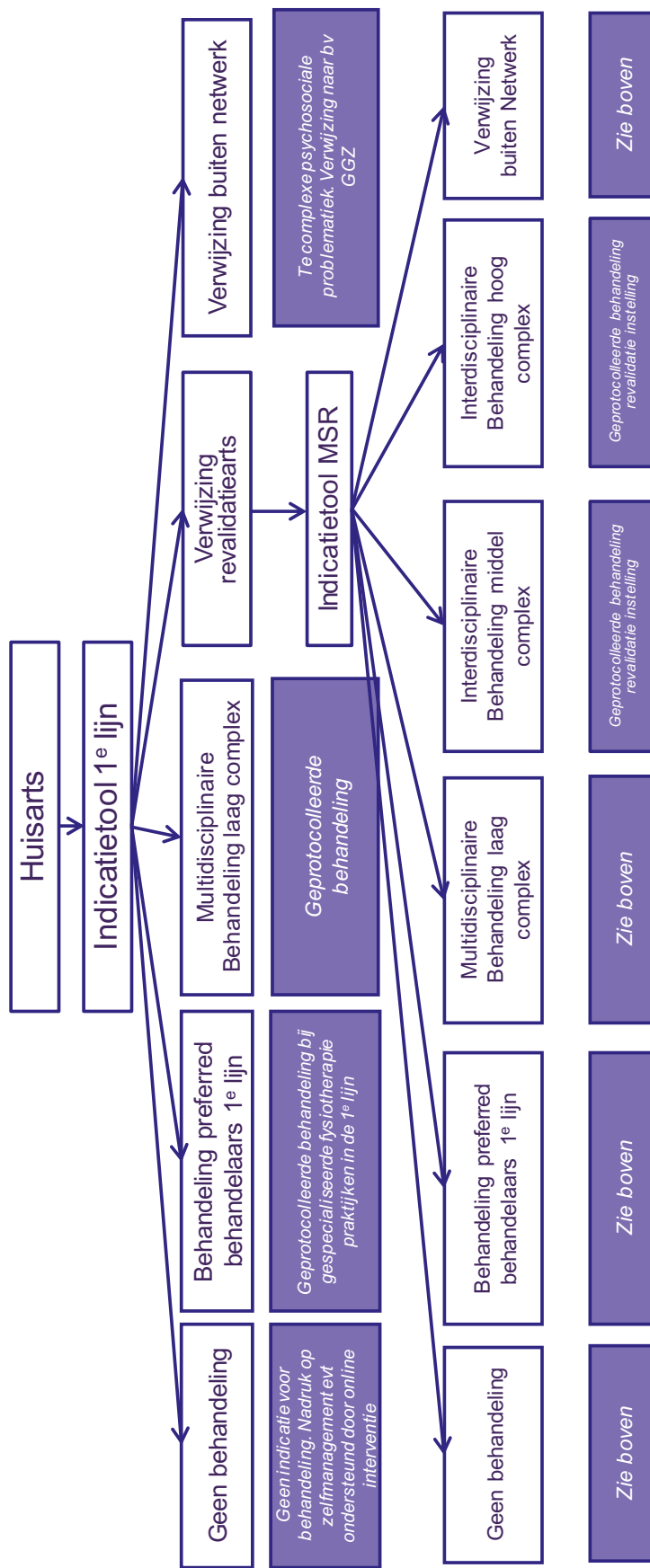
Vervolgens is van oktober 2017 tot oktober 2018 een haalbaarheidsstudie uitgevoerd. Hierin werd de implementatie en werking van het netwerk bij de voorloperpraktijken geëvalueerd middels een iteratief proces, gebaseerd op principes van het user-center design. De resultaten uit de iteraties (evaluatiebijeenkomsten 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 beweegklachten naar de huisarts*. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/nederlanders-vooral-met-beweegklachten-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, 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.

Kwaliteitsindicatoren voor evaluatie van zorg in de pijnkliniek: een stap vooruit?

Kwaliteit vanuit het perspectief van professionals en patiënten met chronische pijn

Dr. N. de Meij¹

Samenvatting

Dit proefschrift gaat in op de ontwikkelingen binnen het gebied van kwaliteitsverbetering voor de dagelijkse Nederlandse pijnpraktijk. Het proefschrift is verdeeld in twee opeenvolgende delen. Het eerste deel is gericht op het verkennen van de organisatie (structuur) en praktijk van Nederlandse pijnbehandelfaciliteiten. Het tweede deel van dit proefschrift concentreert zich op de ontwikkeling van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren voor de beoordeling van pijnkliniekcare vanuit het perspectief van professionals en patiënten. Het proefschrift heeft als doel kwaliteitsnormen te stellen voor de beoordeling (evaluatie) van de dagelijkse pijnpraktijk in Nederlandse pijnbehandelfaciliteiten vanuit het perspectief van professionals en patiënten.

Onderzoeksvragen:

1. Wat is het aantal pijnbehandelfaciliteiten, de inhoud van georganiseerde, gespecialiseerde pijnzorg en de naleving van criteria op de internationaal aanvaarde richtlijnen ten aanzien van pijnbehandelcentra?
2. Wat is de overeenstemming tussen de 'hoogste normen van de pijnpraktijk' van het World Institute of Pain en de 'richtlijnen voor pijnbehandelcentra' van de International Association for the Study of Pain?
3. Welke expert-consensus lijst van kwaliteitsindicatoren kan worden ontwikkeld, die door pijnbehandelfaciliteiten kunnen worden gebruikt om te beoordelen of chronische pijnpatiënten multidisciplinaire diagnostiek ondergingen en een passende behandeling ontvingen?
4. Welke kwaliteitsindicatoren vanuit het perspectief van patiënten met chronische pijn kunnen worden ontwikkeld om de kwaliteit van klinische pijnzorg te beoordelen?
5. Wat is de bruikbaarheid, begrijpelijkheid en validiteit van de QiPPP vragenlijst (Kwaliteitsindicatoren PijnPatiënten Perspectief) in de dagelijkse pijnpraktijken in Nederland?

De thesis beschrijft vijf studies, beginnend met een beschrijvende studie over de organisatie en inhoud van de Nederlandse dagelijkse pijnpraktijk, gevolgd door vier studies over de ontwikkeling en evaluatie van gevalideerde en geschikte kwaliteitsindicatoren. De bevindingen werden vertaald naar een basis-set met criteria (kwaliteitseisen) voor de registratie van Nederlandse pijnbehandelfaciliteiten. Daarnaast werden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld vanuit patiëntenperspectief, welke hebben geresulteerd in de QiPPP vragenlijst.

Abstract

This thesis addresses the quality improvement developments for Dutch daily pain practice. This thesis aimed to set quality standards for the assessment of daily pain practice in Dutch pain treatment services from the perspective of patients and professionals. The thesis is divided in 2 consecutive parts. The first part focused on exploring the organisation (structure) of pain treatment services and the content of Dutch daily pain practice. The second part of this thesis concentrates

on the development of structure, process and outcome indicators for the assessment of pain clinic care from the perspective of patients and professionals.

Research questions:

1. What is the number of pain treatment facilities, the content of organised, specialised pain care, and the adherence to the criteria of the internationally accepted guidelines for pain treatment services?
2. What is the level of agreement between the 'highest standards of pain practice' of the World Institute of Pain and the 'recommendations for pain treatment services' of the International Association for the Study of Pain?
3. What expert-agreed list of quality indicators can be developed which could be used by pain treatment services to assess whether chronic pain patients were undergoing appropriate multidisciplinary diagnostics and receiving appropriate treatment?
4. From the perspective of patients suffering from chronic pain, which quality indicators can be developed to assess the quality of clinical pain care?
5. What is the usability, comprehensibility and validity of the QiPPP (Quality indicators Pain Patients Perspective) questionnaire in daily pain practices in the Netherlands?

The thesis describes five studies, starting with a descriptive study on the content of daily pain practice in the Netherlands (part 1), followed by four studies on developing and evaluating valid and acceptable quality indicators (part 2). The findings from this work were translated into a basis set of criteria for registered status of Dutch pain treatment services. Furthermore, quality indicators from the patients' perspective were developed, resulting in the QiPPP questionnaire.

Algemene introductie van dit proefschrift

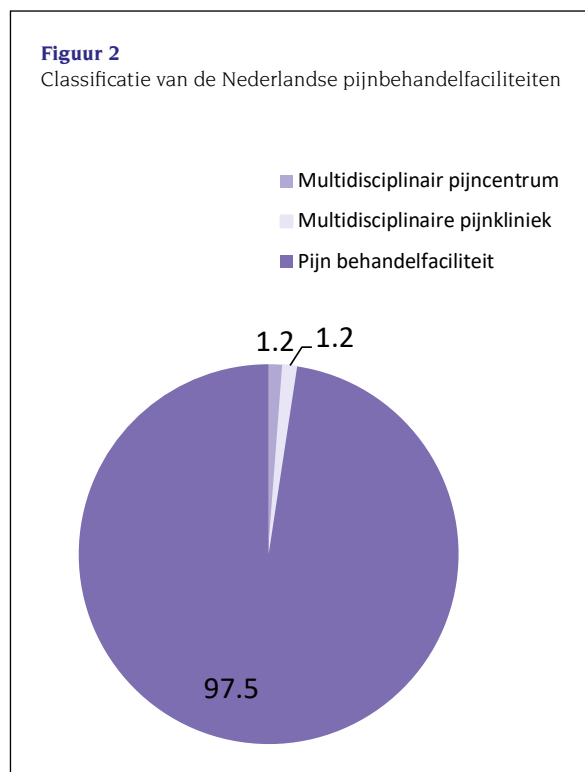
De kwaliteit van pijnzorg is complex en reflecteert niet alleen aan medische besluitvorming maar ook aan organisatiestructuur- en processen. Daarom is het belangrijk om 'goede kwaliteit van pijnzorg' te definiëren. Kwaliteitsindicatoren kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten, te vergelijken en te verbeteren. Een tripartiete classificatie (Donabedian)^{1,2} om te bepalen of de kwaliteit 'goed is of niet' is als volgt: structuurindicatoren (de wijze waarop organisatie van zorg plaatsvindt), procesindicatoren (wat er feitelijk wordt gedaan bij het geven van zorg) en uitkomstindicatoren (het effect van gezondheidszorg op de gezondheidsstatus van de patiënt of populaties). Aangezien er geen Nederlandse consensus bestaat over kwaliteitsnormen voor de beoordeling (kwaliteit) van pijnbehandelfaciliteiten, is het vaststellen van een dergelijke consensus essentieel. Om zo'n kwaliteitsnormen op nationaal niveau te bereiken, is consensus tussen doelgebruikers cruciaal. Een goede structuur verhoogt

1. Afd. Anesthesiologie/Pijnbestrijding, UMC Maastricht

Figuur 1
Flow chart vragenlijst



Figuur 2
Classificatie van de Nederlandse pijnbehandelfaciliteiten



de kans op een goed proces, een goed proces verhoogt de kans op een goede uitkomst (Donabedian; 'Good structure increases the likelihood of a good process, and a good process increases the likelihood of a good outcome of care').¹ Daarvoor is het belangrijk om consensus te bereiken tussen deskundigen op het gebied van pijn; aan welke kwaliteitsindicatoren (structuur, proces en uitkomst) pijnbehandelfaciliteiten moeten voldoen. Verschillende perspectieven op de kwaliteit van zorg kunnen echter verschillende methoden voor kwaliteitsontwikkeling vereisen. Professionals neigen eerder de nadruk te leggen op professionele normen, met name efficiëntie en gezondheidsresultaten. Patiënten belichten meer de kwaliteit, met communicatievaardigheden (contact tussen patiënt en arts) en praktische prestaties van professionals. Dit kan dus belangrijke implicaties hebben voor de beoordeling van pijngeneeskunde van hoge kwaliteit. Daarom is, naast het perspectief van professionals bij het beoordelen van de kwaliteit van pijnzorg, participatie van patiënten met specifieke expertise op basis van hun ervaring met pijnzorg, essentieel.

Dit artikel beschrijft de vijf onderzoeksvragen uit het proefschrift 'Kwaliteitsindicatoren voor evaluatie van zorg in de pijnkliniek: een stap vooruit? in het kort. Alle onderzoeksvragen zijn gedupliceerd in internationale peer-reviewed tijdschriften; onderzoeksvraag 4 en 5 zijn uiteindelijk samengevoegd in één artikel (zie voetnoot).

Onderzoeksvraag 1

Wat is het aantal pijnbehandelfaciliteiten, de inhoud van georganiseerde, gespecialiseerde pijnzorg en de naleving van criteria op de internationaal aanvaarde richtlijnen ten aanzien van pijnbehandelcentra?^A

Inzicht in de organisatie en de dagelijkse praktijk binnen de pijnbehandelfaciliteiten in Nederland is geëvalueerd middels een vragenlijst. Het doel van de studie was om

inzicht te krijgen in het aantal pijnbehandelfaciliteiten, de organisatie van gespecialiseerde pijnzorg en de naleving op de internationaal geaccepteerde richtlijnen voor pijnbehandelcentra.³ In 2009 werd de vragenlijst, gebaseerd op de richtlijnen voor pijnbehandelcentra, verstuurd naar de raden van bestuur van alle Nederlandse ziekenhuizen (n=94), zie Figuur 1. De respons was 86% (n=81). Van alle ziekenhuizen, gaf 89% (n=72) aan georganiseerde specialistische pijnzorg te leveren, verstrekt door een pijnmanagementteam in 86% (n=62) en door een individuele specialist in 14% (n=10). Inzicht is verkregen binnen de pijnbehandelfaciliteiten in vijf verschillende domeinen: de organisatiestructuur van pijnmanagement, de samenstelling van een pijnteam, de soorten behandelingen die een pijnteam aanbiedt, patiëntkarakteristieken en onderzoeks- en opleidingsfaciliteiten (Tabel 1. geeft de belangrijkste resultaten uit de vragenlijst weer). Geconcludeerd werd dat, alhoewel bijna 90% van de ziekenhuizen aangeeft georganiseerde en gespecialiseerde pijnzorg te leveren, maar weinig (1.2%) van de ziekenhuizen konden voldoen aan de richtlijnen voor pijnbehandelcentra van de International Association for the Study of Pain (IASP), Figuur 2. (Een uitgebreide Nederlandse beschrijving van dit onderzoek is destijds gepubliceerd in nr. 33 van het NTPP).

Onderzoeksvraag 2

Wat is de overeenstemming tussen de 'hoogste normen van de pijnpraktijk' van het World Institute of Pain en de 'richtlijnen voor pijnbehandelcentra' van de International Association for the Study of Pain?^B

Hoewel de richtlijnen voor pijnbehandelfaciliteiten van de International Association for the Study of Pain (IASP)³ en de kwaliteitscriteria van de World Institute of Pain (WIP)⁴ werden ontwikkeld voor verschillende doeleinden,

Tabel 1 Belangrijkste resultaten uit de vragenlijst in percentages (%)

Resultaten gecategoriseerd in 5 domeinen (n=81)	% (n =)
Organisatie structuur	
Aanwezigheid van een medisch directeur of coördinator	53 (43)
Aanwezigheid van een multidisciplinaire staf/pijnteam	51 (41)
Eigen ruimte voor diagnosestelling en behandeling	67 (54)
Regelmatige communicatie met betrekking tot individuele patiënten	43 (35)
Regelmatige communicatie met betrekking tot behandelprogramma's	36 (29)
Combinatie van behandeling, onderzoek en onderwijs	38 (31)
Pijnteamcompositie	
Variëteit aan gezondheidsprofessionals	68 (54)
Variëteit aan gezondheidsprofessionals gebaseerd op behandeling	22 (18)
Pijnpraktijk	
Multidisciplinaire behandeling	12 (10)
Gestandaardiseerde diagnostiek	12 (10)
Aanwezigheid van (pijn) patiëntendossier	100 (81)
Reguliere evaluatie van patiëntbehandelingen	62 (50)
Aanwezigheid van diagnostische protocollen (aantoonbaar/op papier)	24 (19)
Aanwezigheid van therapeutische protocollen (aantoonbaar/op papier)	46 (37)
Patiëntkarakteristieken	
Behandeling van acute en chronische pijn	73 (59)
Expertise van verschillende patiëntengroepen met chronische pijn	61 (49)
Adequate hoeveelheid 'nieuwe' patiënten	16 (13)
Onderwijs en onderzoek	
Op reguliere basis verrichten van wetenschappelijk onderzoek	42 (34)
Actieve onderwijsactiviteiten gericht op (chronische) pijn	61 (49)
Nauwe banden met wetenschappelijke gezondheidsinstellingen	17 (14)
(n=aantal ziekenhuizen)	

is de overeenkomst dat ze beide dienen om de kwaliteit van pijnzorg te verbeteren. Echter, het bestaan van verschillende criteria en richtlijnen geeft te denken en is aanleiding om te kijken naar verschillen en overeenkomsten tussen de WIP en de IASP. Het uiteindelijke doel van deze studie is te onderzoeken welke criteria binnen een bepaald kwaliteitsdomein door beide instituten als belangrijk worden gezien. Met respect voor alle criteria van de WIP en de IASP (alle criteria zijn terug te vinden op de website van de instituten), hebben we de criteria verdeeld in 7 domeinen:

1. Supervisie,
2. Continuïteit van zorg,
3. Formatie staf en aantal (nieuwe) patiënten,
4. Kwaliteitsbeleid,
5. Multidisciplinariteit,
6. Onderzoek en opleiding,
7. Regionalisatie.

Achtereenvolgens zijn vier overeenkomsten gevonden tussen de criteria van de WIP en de IASP: supervisie, kwaliteitsbeleid, onderzoek en opleiding, en regionalisatie. Voor stappen in de verdere ontwikkeling van de kwaliteit in pijnklinieken, werden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Specificeren van 'goede' kwaliteitscriteria voor pijnbehandelfaciliteiten
- Consensus bereiken onder experts met betrekking tot deze kwaliteitscriteria
- Ontwikkeling van pijnkwaliteitsindicatoren
- Betrekken van patiënten in de ontwikkeling van pijnkwaliteitsindicatoren
- Geschikt maken van de indicatoren voor registratie en certificering van pijnklinieken en pijncentra

Onderzoeksvraag 3

Welke expert-consensus lijst van kwaliteitsindicatoren kan worden ontwikkeld die door pijnbehandelfaciliteiten kunnen worden gebruikt om te beoordelen of chronische pijnpatiënten multidisciplinaire diagnostiek ondergingen en een passende behandeling ontvingen?^c

Het doel van de studie was een expertconsensuslijst met kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor pijnbehandelfaciliteiten. De intentie was om de lijst te gebruiken als een basisset (kwaliteitseisen) voor de registratie van Nederlandse pijnbehandelfaciliteiten. In samenwerking met het bestuur van de pijnsectie van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) is een 3-ronden Delphi studie⁵ uitgevoerd. Vijfentwintig kwaliteitsindica-

Tabel 2 Definitieve lijst met indicatoren

N Definitieve lijst met kwaliteitsindicatoren

	Supervisie Pijnkliniek	Supervisie Pijncentrum
1	Het formeel medisch hoofd is een door de MSRC geregistreerd medisch specialist en bij voorkeur geregistreerd als anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde. Indien het formeel medisch hoofd niet is geregistreerd als anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde, is zijn formele vervanger wel geregistreerd als anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde.	Conform pijnkliniek
2	De primaire verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt bij een door de MSRC geregistreerd medisch specialist en bij voorkeur geregistreerd als anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde.	Conform pijnkliniek
3	De zorg wordt gecoördineerd door een door de MSRC geregistreerd medisch specialist en bij voorkeur geregistreerd als anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde.	Conform pijnkliniek
4	De coördinerend specialist zorgt voor aantoonbare formele afspraken op lokaal niveau met andere voor de pijngeneeskunde relevante specialisten.	Conform pijnkliniek
	Continuïteit van zorg Pijnkliniek	Continuïteit van zorg Pijncentrum
5	Minimaal één werkdag per week is overdag een anesthesioloog geregistreerd in het aandachtsgebied pijngeneeskunde aanwezig en exclusief beschikbaar voor de pijnkliniek. Acute en oncologische pijnbehandeling kunnen worden waargenomen door een algemeen anesthesioloog.	Vijf werkdagen per week is overdag een anesthesioloog geregistreerd in het aandachtsgebied pijngeneeskunde aanwezig en exclusief beschikbaar voor het pijncentrum
6	24u per dag, zeven dagen per week is een anesthesioloog geregistreerd in het aandachtsgebied pijngeneeskunde bereikbaar, in die zin dat: - regionale consultatie van een anesthesioloog geregistreerd in het aandachtsgebied pijngeneeskunde binnen twee uur mogelijk is, 24u per dag; - er aantoonbare waarborgen zijn voor de directe behandeling van acute problemen.	Conform pijnkliniek
	Formatie Pijnkliniek	Formatie Pijncentrum
7	Minimaal 0,2 fte anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde werkzaam.	Minimaal 1,3 fte anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde werkzaam
8	Minimaal 0,2 fte ondersteunend personeel (balie, secretariael).	Minimaal 1,3 fte ondersteunend personeel (balie, secretariael)
9	Minimaal 0,2 fte verpleegkundige of vergelijkbare zorgprofessional met relevante competenties in de pijngeneeskunde beschikbaar voor directe zorgverlening.	Minimaal 1,3 fte verpleegkundige of vergelijkbare zorgprofessional met relevante competenties in de pijngeneeskunde beschikbaar voor directe zorgverlening
10	Minimaal 150 patiënten met nieuwe verwijzingen voor diagnose en behandeling per jaar.	Minimaal 750 patiënten met nieuwe verwijzingen voor diagnose en behandeling per jaar
	Kwaliteitsbeleid Pijnkliniek	Kwaliteitsbeleid Pijncentrum
11	De pijnkliniek neemt deel aan de kwaliteitsvisitatie van de NVA.	Conform pijnkliniek
12	Er is voor de pijnkliniek een jaarverslag beschikbaar dat aandacht besteedt aan het kwaliteitssysteem.	Conform pijnkliniek
13	Een minimale set kwaliteitsindicatoren voor intern gebruik is beschikbaar. De pijnkliniek registreert minimaal de wettelijk verplicht aan te leveren indicatoren, voor zover van toepassing op de pijngeneeskunde.	Conform pijnkliniek
14	Aantoonbare adequate documentatie met betrekking tot consultatie, behandeling en follow-up en verslaglegging richting verwijzers.	Conform pijnkliniek
15	Complicatiebespreking en follow up ten aanzien van de behandelingsresultaten bij cohorten patiënten, minimaal vier keer per jaar.	Complicatiebespreking en follow up ten aanzien van de behandelingsresultaten bij cohorten patiënten, minimaal zes keer per jaar
16	Minimaal één keer per maand een geagendeerde, multidisciplinaire patiëntenbespreking met verslaglegging.	Minimaal wekelijks een geagendeerde, multidisciplinaire patiëntenbespreking met verslaglegging

Tabel 2 Definitieve lijst met indicatoren

N Definitieve lijst met kwaliteitsindicatoren		
17	De door de NVA geautoriseerde richtlijnen die betrekking hebben op het aandachtsgebied pijngeneeskunde zijn uitgewerkt in afdelingsprotocollen en/of afspraken.	Conform pijnkliniek
18	Gebruikte middelen en materialen voldoen aan de standaarden van de NVA en Europese richtlijnen.	Conform pijnkliniek
	Multidisciplinariteit Pijnkliniek	Multidisciplinariteit Pijncentrum
19	Multidisciplinaire consultatie met voor de pijngeneeskunde relevante specialismen is mogelijk.	Multidisciplinaire consultatie met minimaal 2 voor de pijngeneeskunde relevante specialismen (bij voorkeur: revalidatiearts, neuroloog, psycholoog/psychiater, fysiotherapeut) is mogelijk binnen de medische staf van het eigen ziekenhuis
20	De pijnkliniek hanteert aantoonbaar een multidisciplinaire structuur, geregistreerd door een door de MSRC geregistreerd medisch specialist en bij voorkeur geregistreerd als anesthesioloog met het aandachtsgebied pijngeneeskunde.	Conform pijnkliniek
21	De pijnkliniek participeert in een regionaal zorgnetwerk.	Het pijncentrum participeert in een regionaal zorgnetwerk waarin de mogelijkheid bestaat tot overname van patiënten
	Onderwijs en onderzoek Pijncentrum	Onderwijs en onderzoek Pijncentrum
22	-	Het pijncentrum heeft een formeel samenwerkingsverband met een Universitair Medisch Centrum

toren werden geselecteerd (uit internationale richtlijnen en aanbevelingen) als zijnde relevant voor twee typen pijnbehandelfaciliteiten: pijnkliniek en pijncentrum. De uiteindelijke lijst (Tabel 2) omvat 22 kwaliteitsindicatoren binnen 7 kwaliteitsdomeinen:

1. Supervisie,
2. Continuïteit van zorg,
3. Formatie staf en aantal (nieuwe) patiënten,
4. Kwaliteitsbeleid,
5. Multidisciplinariteit,
6. Onderzoek en opleiding,
7. Regionalisatie.

Naast aanbevelingen voor het verbeteren van deze basisset in de toekomst, werd geadviseerd om patiënten te betrekken bij de ontwikkeling van (landelijke) kwaliteitsindicatoren. De basisset met indicatoren is goedgekeurd door de leden van de NVA. Vanaf 2014 konden pijnbehandelfaciliteiten zich registreren conform deze kwaliteitseisen (Tabel 2). Sinds 2018 bestaat er geen onderscheid meer tussen de twee typen pijnkliniek en pijncentrum, maar alleen tussen geregistreerd en niet-geregistreerde status van een pijnbehandelfaciliteit.

Onderzoeksvraag 4

Welke kwaliteitsindicatoren vanuit het perspectief van patiënten met chronische pijn kunnen worden ontwikkeld om de kwaliteit van klinische pijnzorg te beoordelen?^D

Momenteel ontbreekt het aan geschikte, door de patiënt gedefinieerde kwaliteitsindicatoren voor evaluatie van de kwaliteit van pijnzorg in Nederland. Kwaliteitsindicatoren

worden veel gebruikt om de kwaliteit van de structuur, het proces en de uitkomst van de gezondheidszorg te meten. In partnerschap ontwikkelde de patiëntenorganisatie 'Samenwerkingsverband Pijnpatienten naar één stem' samen met het Universitair Pijncentrum van Maastricht van het Maastricht Universitair Medisch Centrum, kwaliteitsindicatoren voor de evaluatie van pijnzorg. Het doel van deze studie was om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen vanuit het perspectief van patiënten met chronische pijn voor de evaluatie van de zorg in de pijnkliniek en deze indicatoren te valideren op bruikbaarheid, begrijpelijkheid en psychometrische kwaliteit voor de dagelijkse pijnpraktijk.

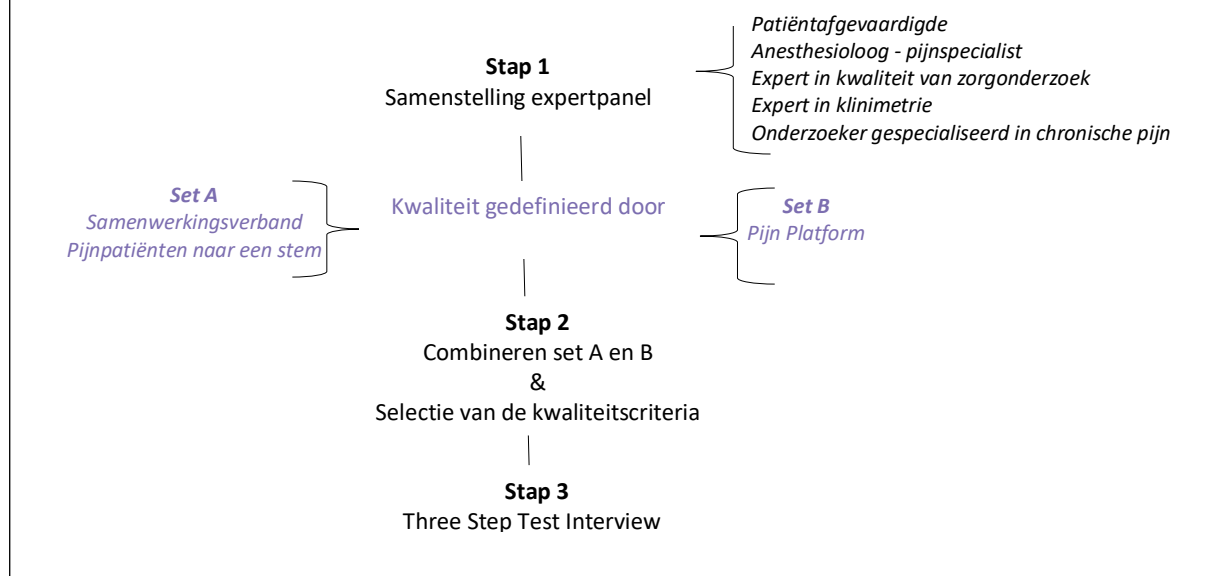
Kwaliteit gedefinieerd door patiënten met chronische pijn werd bij consensus geprioriteerd en getransformeerd naar kwaliteitsindicatoren. Een eerste set met indicatoren werd getest en verfijnd, resulterend in de QiPPP-vragenlijst. Figuur 3 laat het 3-stappen proces van de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren zien tussen patiënten^{6,7} en professionals.

Stap 1. Samenstellen expertpanel

In partnerschap met de patiëntenorganisatie werd een expertpanel (n=5) samengesteld. Het expert panel bestond uit een afgevaardigde van de patiëntenorganisatie, een anesthesioloog-pijnspecialist, een expert in kwaliteit van zorg onderzoek, een onderzoeker klinimetrie en een onderzoeker met expertise in kwaliteit van pijnzorg onderzoek. In gezamenlijk overleg werd het design van de studie (de ontwikkeling van de indicatoren) besproken en de relevante kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.

Figuur 3

De ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren in 3 stappen



Stap 2. Combinatie van sets kwaliteitscriteria vanuit de patiëntenorganisaties

De relevante kwaliteitscriteria⁶⁻⁹ vanuit patiëntenperspectief (Tabel 3) werden geprioriteerd en getransformeerd naar kwaliteitsindicatoren door het expertpanel. Om de kwaliteitsindicatoren ook daadwerkelijk te kunnen meten in de praktijk werden de indicatoren omgezet in een vragenlijst: de QiPPP-vragenlijst (Quality Indicators Pain Patients' Perspective - Kwaliteitsindicatoren vanuit Pijn-Patiënten Perspectief). Een eerste concept van de QiPPP-vragenlijst omvatte twee classificaties met betrekking tot de evaluatie van pijnzorg (binnen 11 kwaliteitsdomeinen), namelijk proces en uitkomst van zorg. De proces-kwaliteitsdomeinen zijn:

1. Patiënt – behandelaar contact,
2. Eén centraal contactpersoon voor de patiënt,
3. Wachttijden,
4. Pijnteaminformatie,
5. Pijnvragenlijst,
6. Aandacht voor werk- en revalidatie,
7. Samen besluiten (*shared-decision*) met betrekking tot behandeling,
8. Stellen van een behandeldoel.

De uitkomst-kwaliteitsdomeinen zijn:

1. Behaalde behandeldoel,
2. Behandelresultaat,
3. Resultaat van het hele behandelproces (zorgscore).

Stap 3. Three-step test interview

Maar voordat de QiPPP vragenlijst in de pijnkliniek gebruikt kan worden, is het van belang de kwaliteitsindicatoren (vragen) te testen, om te kijken of ze duidelijk en begrijpelijk zijn voor patiënten. De Three-Step-Test-Interview (TSTI) is hiervoor een bruikbaar instrument.¹⁰ De TSTI is een observationeel instrument waarbij de patiënten de vragenlijst invullen en daarbij 'hardop denken': elke opmerking, c.q. onduidelijkheid die de patiënt ervaart bij het invullen van de vragenlijst wordt daarbij gedocumenteerd. Na het invullen van de vragenlijst veri-

fiert de onderzoeker bij de patiënt de opmerkingen, c.q. onduidelijkheden. In deze studie hebben 8 patiënten volgens deze methode de vragen uit de QiPPP-vragenlijst getest. De QiPPP-vragenlijst werd aangepast (verduidelijking, zinsbouw van de vraag) na ieder interview bij de eerste vier patiënten. Bij de daarop volgende patiënten (4) waren geen aanpassingen meer nodig. De concept QiPPP-vragenlijst omvatte zodoende 21 kwaliteitsindicatoren (18 proces; 3 uitkomst) verdeeld over 11 kwaliteitsdomeinen.

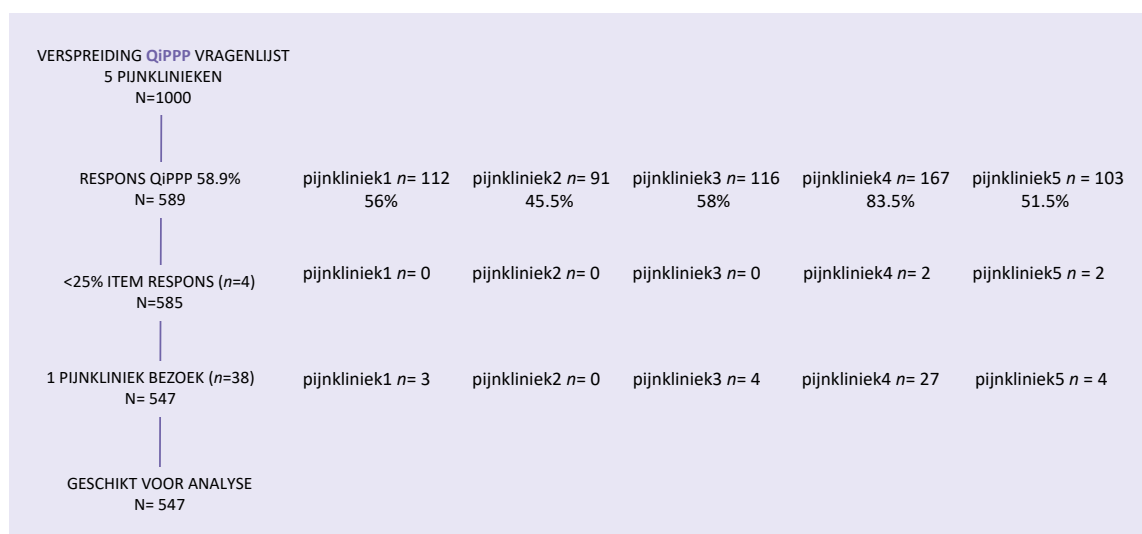
Onderzoeksvraag 5

Wat is de bruikbaarheid, begrijpelijkheid en validiteit van de QiPPP vragenlijst (Kwaliteitsindicatoren PijnPatiënten Perspectief) in de dagelijkse pijnpraktijken in Nederland?^D

De QiPPP-vragenlijst getest door patiënten met de TSTI methode moest dan nog gevalideerd worden in de praktijk. Om een zo groot mogelijke steekproefomvang te realiseren, werden vijf ziekenhuizen gevraagd te participeren om de QiPPP-vragenlijst te testen in de praktijk (december 2015 – mei 2016). Ieder ziekenhuis kreeg instructies om 200 vragenlijsten te verspreiden (in totaal 1000 vragenlijsten) onder patiënten met chronische pijn onder behandeling binnen de pijnkliniek (patiënten met minimaal een 2^e bezoek aan de pijnkliniek). Patiënten werden gevraagd de QiPPP-vragenlijst in te vullen in de wachtkamer of thuis. De vragenlijst kon anoniem geretourneerd worden aan de onderzoeker. Patiënten gaven wel toestemming door een handtekening te zetten in de vragenlijst. Om inzicht te krijgen in de structuur van de data (de ingevulde items van de patiënten in de vragenlijst), de kwaliteitsdomeinen zoals de expertpanel ze heeft samengesteld, en in de respons van de vragen (begrijpelijkheid en duidelijkheid van de gestelde vragen/indicatoren) ingevuld door patiënten, zijn voor analyse minimaal 400 ingevulde vragenlijsten nodig. Daarnaast werden sociodemografische patiëntgegevens en gezondheid- en pijngerelateerde patiëntgegevens geanalyseerd.¹¹⁻¹³

Figuur 4

Verspreiding en respons van de QiPPP-vragenlijst



Verspreiding en respons van de QiPPP-vragenlijst van de vijf participerende ziekenhuizen.

Van alle patiënten (n=1000) retourneerde 589 (58.9%) van de patiënten de vragenlijst. (range, 45.5 - 83.5% per kliniek, Figuur 4). Van deze patiënten heeft 96.2% tussen de 75 en 100% van de items in de vragenlijst ingevuld. Vier patiënten die minder dan 25 van de items uit de vragenlijst hebben beantwoord werden uit de analyse gelaten. Daarnaast werden 38 patiënten die maar één bezoek aan de kliniek gebracht hebben, verwijderd uit de database en niet mee geanalyseerd. De definitieve dataset bestond uit 547 (55%) respondenten.

In Tabel 3 worden de patiëntkarakteristieken gerapporteerd van de vijf deelnemende pijnklinieken. Significante verschillen worden waargenomen tussen de klinieken in leeftijd, duur van de pijnklacht, duur van de behandeling, algemene gezondheidsstatus, en het aantal bezoeken aan de pijnkliniek.

Bruikbaarheid en begrijpelijkheid van de QiPPP-vragenlijst

Van alle patiënten gaf 6.9% (n=38) aan dat ze hulp nodig hadden bij het invullen van de vragenlijst. Op een schaal van 0-10 (helemaal niet duidelijk/begrijpelijk – heel duidelijk/begrijpelijk) gaven patiënten met een gemiddelde van 8.6 (sd 1.4) de begrijpelijkheid en duidelijkheid van de vragen in de QiPPP-vragenlijst aan. Patiënten konden daarnaast aangeven welke vragen ze niet duidelijk of niet te begrijpen vonden (n=20 patiënten, 3%).

Analyse kwaliteitsdomeinen en patiëntkarakteristieken

De analyse (Principal Component Analyse, PCA)^{8,14,15} waarbij onder andere onderzocht werd of de kwaliteitsdomeinen zoals het expertpanel ze had ingedeeld in de vragenlijst ook statistisch gezien overeenkwamen, gaf aan dat in plaats van 11 domeinen, de vragenlijst in te delen is in 7 kwaliteitsdomeinen. Met name de vragen/indicatoren over 'besproken informatie en gezamenlijke besluitvorming' werden samengevoegd en de vragen over 'behandelresultaat, doel behandeling en zorgscore' wer-

den door de PCA analyse samengevoegd. Het expertpanel besloot daarop de definitieve QiPPP-vragenlijst in te delen in 7 kwaliteitsdomeinen, met daarin gehandhaafd alle indicatoren (en onderliggende vragen):

1. uw contact met de hoofdbehandelaar;
2. wachttijd;
3. één centraal contactpersoon;
4. (besproken) informatie over de mogelijke aanwezigheid van een pijnteam, pijnklachten en de gevolgen voor werk, revalidatie en dagelijkse activiteiten;
5. besproken behandelinformatie en gezamenlijke besluitvorming;
6. pijnvragenlijst;
7. behandelresultaat.

De (multivariaat lineaire regressie) analyse over de som van alle scores van de indicatoren laat zien dat geslacht, algemene gezondheidsstatus, opleidingsniveau, de duur van de pijnklacht en het aantal bezoeken aan de pijnkliniek van invloed kunnen zijn op de uitkomsten van de kwaliteitsindicatoren (Tabel 4). Daarnaast scores vrouwen positiever dan mannen over hun contact met de (hoofd)behandelaar ($p=.001$).

Rapportage van de scores binnen de 7 kwaliteitsdomeinen

Tabel 5 geeft de scores (percentage) van de kwaliteitsindicatoren (n=21) gerapporteerd door de patiënten van de verschillende ziekenhuizen en in zijn totaal weer (ingedeeld volgen de PCA omschreven 7 kwaliteitsdomeinen). Alle gerapporteerde scores (van alle vragen) van de QiPPP-vragenlijst zijn te zien in Appendix 1.

Het resultaat van deze studie is een valide en bruikbare indicatorenlijst voor evaluatie van kwaliteit van zorg in de pijnkliniek vanuit het perspectief van de patiënt. Patiënten vonden de QiPPP-vragenlijst begrijpelijk en duidelijk. Analyse (PCA) gaf aan dat de indicatoren genoeg onderscheidend vermogen aangeven om kwaliteit van zorg te meten. Hiermee hopen we dat de QiPPP-vragenlijst pijnklinieken kan helpen om de kwaliteit van pijnzorg te verbeteren vanuit het perspectief van de patiënt.

Tabel 3 Patiëntkarakteristieken van de vijf deelnemende ziekenhuizen

PATIËNTKARAKTERISTIEKEN	TOTAAL % (N=547)	PIJNKLINIEK 1 % (N=109)	PIJNKLINIEK 2 % (N=91)	PIJNKLINIEK 3 % (N=112)	PIJNKLINIEK 4 % (N=138)	PIJNKLINIEK 5 % (N=97)
Geslacht						
Man	34.7 (190)	38.4 (43)	37.4 (34)	36.6 (41)	30.4 (42)	30.9 (30)
Vrouw	58.5 (320)	54.1 (59)	56.0 (51)	55.4 (62)	60.9 (84)	66.0 (64)
*Leeftijd ^{P=.030}	59.4 (22-89)	59.5 (22-84)	61.6 (31-87)	61.4 (35-87)	57.9 (22-89)	56.8 (23-80)
**Duur pijnklacht in weken ^{P=.025}	389.8 (8-2704)	496.6 (12-2600)	342.7 (12-2600)	425.2 (8-2704)	290.6 (8-2704)	423.7 (20-2340)
<1 jaar	1.5 (8)	0.9 (1)	2.2 (2)	0.9 (1)	2.9 (4)	
1-5 jaar	15.4 (84)	11.0 (12)	22.0 (20)	8.9 (10)	25.4 (35)	7.2 (7)
> 5 jaar	70.9 (388)	70.6 (77)	63.7 (58)	75.9 (85)	61.6 (85)	85.6 (83)
**Duur behandeling in weken ^{P=.003}	162.0 (1-1664)	201.0 (1-1664)	118.4 (2-936)	176.5 (6-1664)	106.4 (1-1040)	222.4 (4-1560)
Algemene gezondheidsstatus ^{P=.001}						
Uitstekend	3.3 (18)	1.8 (2)	6.6 (6)		4.3 (6)	4.1 (4)
Heel goed	8.2 (45)	4.6 (5)	11.0 (10)	3.6 (4)	15.2 (21)	5.2 (5)
Goed	40.8 (223)	37.6 (41)	35.2 (32)	41.1 (46)	44.2 (61)	44.3 (43)
Matig	34.2 (187)	36.7 (40)	29.7 (27)	41.1 (46)	26.8 (37)	38.1 (37)
Slecht	6.8 (37)	9.2 (10)	9.9 (9)	6.3 (7)	2.9 (4)	7.2 (7)
Opleiding						
Laag	36.0 (197)	37.7 (40)	36.3 (33)	38.4 (43)	29.7 (41)	41.2 (40)
Middel	39.7 (217)	36.7 (40)	40.7 (37)	40.2 (45)	39.9 (55)	41.2 (40)
Hoog	17.0 (93)	18.3 (20)	18.7 (17)	12.5 (14)	21.60 (29)	13.4 (13)
Aantal kliniekbezoeken ^{P=.001}						
2-4	38.8 (212)	37.6 (41)	45.1 (41)	28.6 (32)	54.3 (75)	23.7 (23)
> 4	49.7 (272)	46.8 (51)	49.5 (45)	61.6 (69)	31.2 (43)	66.0 (64)

P Value=One-Way Anova *Gemiddelde leeftijd **Gemiddelde duur van de pijnklacht (minimum-maximum) in weken. gemiddelde duur van de behandeling (minimum-maximum) in weken.

Tabel 4 Invloed patiëntkarakteristieken op de uitkomst van de indicatoren

INVLOED PATIËNTKARAKTERISTIEKEN OP DE UITKOMSTEN VAN DE KWALITEITSINDICATOREN

(3 PCA COMPONENTS WITH $\alpha > .600$)

	B	95% C.I		P
		LOWER	UPPER	
BESPROKEN BEHANDELINFORMATIE EN GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING				
Algemene gezondheidsstatus	.634	(.280 - .988)		.001
Opleiding	.296	(.059 - .532)		.015
Aantal kliniekbezoeken	.862	(.238 - .532)		.007
CONTACT MET DE HOOFDBEHANDELAAR				
Geslacht	-.494	(-.781 - -.208)		.001
Algemene gezondheidsstatus	.221	(.062 - .381)		.007
IMPACT OP WERK, REVALIDATIE EN DAGELIJKSE ACTIVITEITEN				
Duur van de pijnklacht	.000	(.001 - .001)		.017
Algemene gezondheidsstatus	.359	(.145 - .573)		.001
Opleiding	.265	(.120 - .410)		.001
Aantal kliniekbezoeken	.623	(.230 - 1.017)		.002

Backward multivariate linear regression. Algemene gezondheidsstatus = uitstekend, heel goed, goed, matig, slecht. Opleidingsniveau = laag, middel, hoog. Aantal kliniek bezoeken = 2 categorieën (2-4 and >4). C.I = Confidence Interval. PCA = Principal Component Analysis. QI = Quality Indicator, kwaliteitsindicator.

Samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit dit proefschrift

Dit proefschrift is gestart met een evaluatie naar praktijkvariatie gevolgd door de ontwikkeling van de ‘Eerste Nederlandse kwaliteitsindicatoren’ voor de organisatie van Nederlandse pijnbehandelfaciliteiten.

Een eerste stap vooruit is gemaakt: de structuurindicatoren voortkomend uit de studie vormen de basis voor een eerste set met kwaliteitsindicatoren (kwaliteitseisen) voor de registratie van pijnbehandelfaciliteiten, geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA). Vanaf 2014 konden pijnbehandelfaciliteiten opteren voor een status van pijnkliniek of pijncentrum indien voldaan aan de bijbehorende kwaliteitseisen. Sinds 2018 wordt geen verschil meer gemaakt tussen pijnkliniek en pijncentrum, maar alleen de status tussen geregistreerd en niet-geregistreerd volgens de normen van de NVA.

Een tweede stap vooruit is de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren vanuit het perspectief van patiënten met chronische pijn. Dit resulteerde in de QiPPP-vragenlijst. De QiPPP-vragenlijst werd bruikbaar en begrijpelijk gevonden door patiënten. Deze kwaliteitsindicatoren kunnen een belangrijke rol spelen binnen de multidisciplinaire standaardzorg voor chronische pijn (P.A.I.N. alliance Nederland); in deze context (integrale zorg) is voor de kwaliteitsindicatoren een bredere rol weggelegd.

Integratie van de kwaliteitsindicatoren vanuit patiëntenperspectief binnen het nationale kwaliteitssysteem van de NVA is de volgende stap. Hiervoor is een gelijkwaardige samenwerking nodig tussen zorgprofessionals en patiënten. Gezamenlijk vormt de set met structuurindicatoren vanuit het perspectief van professionals en de proces- en uitkomstindicatoren vanuit patiëntenperspectief, een eerste basisset met kwaliteitsindicatoren voor de evaluatie van pijnzorg in een pijnbehandelfaciliteit. Om

‘waardegedreven zorg’ verder te ontwikkelen, bevelen wij aan om naast de structuur- en procesindicatoren, meer uitkomstindicatoren te ontwikkelen, gelijkwaardig en in ‘partnership’ tussen zorgprofessional en patiënt.

De definitieve versie van de QiPPP-vragenlijst met handleiding voor de calculatie van de indicatoren is op te vragen bij Nelleke de Meij (p.de.meij@mumc.nl).

Wat is al bekend:

- Kwaliteitsindicatoren (structuur, proces en uitkomst) kunnen worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten.

Wat voegt dit proefschrift toe:

- Landelijke kwaliteitseisen (indicatoren) voor de registratie van pijnklinieken.
- Kwaliteitsindicatoren voor de evaluatie van pijnzorg vanuit patiëntenperspectief.

Correspondentieadres

Dr. N. de Meij
Afd. Anesthesiologie, MUMC
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht

Voetnoot

- Pain Treatment Facilities; do we need Quantity or Quality?*¹⁶
- The Quality of Pain Centers; How should it be Assessed?*¹⁷
- Dutch Consensus of Pain Quality Indicators for Pain treatment Facilities.*¹⁸
- Quality indicators to assess the quality of pain clinic care from the Perspective of Patients with chronic Pain: the usability, comprehensibility, and psychometric quality of the QiPPP questionnaire.*¹⁹

Tabel 5 Gerapporteerde patiënt scores binnen de 7 kwaliteitsdomeinen

21 KWALITEITSINDICATOREN	TOTAL VAN DE 5 PIJKLINIEKEN PERCENTAGE EN 95% C.I.	PIJKLINIEKI % (N=109)	PIJKLINIEK2 % (N=91)	PIJKLINIEK3 % (N=112)	PIJKLINIEK4 % (N=138)	PIJKLINIEK5 % (N=97)
UW CONTACT MET DE (HOOFD)BEHANDELAAR						
Mijn arts luisterde aandachtig naar mij	86.5 (82.3 - 90.7)	83.5 (91)	85.7 (78)	88.4 (99)	91.3 (126)	83.5 (81)
<i>Een beetje mee eens</i>	8.9 (5.6 - 12.3)	12.8 (14)	8.8 (8)	6.3 (7)	6.5 (9)	10.3 (10)
<i>Een beetje mee oneens</i>	1.6 (-2.9 - 3.5)	-	3.3 (3)	2.7 (3)	-	2.1 (2)
<i>Helemaal mee oneens</i>	.7 (.2 - 1.2)	.9 (1)	-	-	.7 (1)	1.0 (1)
Mijn arts nam mij serieus	89.8 (85.6 - 93.9)	93.6 (102)	89.0 (81)	91.1 (102)	90.6 (125)	84.5 (82)
<i>Een beetje mee eens</i>	5.4 (2.6 - 8.1)	3.7 (4)	4.4 (4)	5.4 (6)	4.3 (6)	9.3 (9)
<i>Een beetje mee oneens</i>	.8 (-.93 - 2.6)	-	3.3 (3)	.9 (1)	-	-
<i>Helemaal mee oneens</i>	.7 (.2 - 1.2)	.9 (1)	-	.9 (1)	.7 (1)	1.0 (1)
Mijn arts nam voldoende tijd voor mij	86.8 (80.0 - 93.7)	79.8 (87)	85.7 (78)	92.9 (104)	92.0 (127)	83.5 (81)
<i>Een beetje mee eens</i>	8.9 (2.9 - 14.9)	16.5 (18)	11.0 (10)	4.5 (5)	6.5 (9)	6.2 (6)
<i>Een beetje mee oneens</i>	1.0 (-1.2 - 3.2)	-	-	.9 (1)	-	4.1 (4)
<i>Helemaal mee oneens</i>	.7 (.2 - 1.2)	.9 (1)	1.1 (1)	-	.7 (1)	1.0 (1)
Ik heb vrouwen in mijn arts	85.2 (80.3 - 90.0)	86.2 (94)	81.3 (74)	86.6 (97)	90.6 (125)	81.4 (79)
<i>Een beetje mee eens</i>	10.0 (5.1 - 14.8)	11.0 (12)	14.3 (13)	9.8 (11)	3.6 (5)	11.3 (11)
<i>Een beetje mee oneens</i>	2.0 (-2.8 - 6.9)	-	1.1 (1)	.9 (1)	-	-
<i>Helemaal mee oneens</i>	.7 (-.1 - 1.4)	.9 (1)	-	-	1.4 (2)	1.0 (1)
Mijn arts heeft al het mogelijke gedaan om mij met mijn pijnklachten te helpen	79.4 (74.1 - 84.5)	79.8 (87)	76.9 (70)	78.6 (88)	86.2 (119)	75.3 (73)
<i>Een beetje mee eens</i>	12.4 (8.9 - 16.0)	13.8 (15)	14.3 (13)	15.2 (17)	8.7 (12)	10.3 (10)
<i>Een beetje mee oneens</i>	2.1 (-.5 - 4.6)	.9 (1)	4.4 (4)	.9 (1)	-	4.1 (4)
<i>Helemaal mee oneens</i>	1.2 (.3 - 2.3)	1.8 (2)	1.1 (1)	-	1.4 (2)	2.1 (2)
(BESPROKEN) BEHANDEL INFORMATIE EN GEZAMELIJKE BESLUITVORMING						
Mijn arts heeft de mogelijke oorzaken van mijn pijn met mij besproken	73.4 (66.3 - 80.4)	67.9 (74)	67.0 (61)	75.0 (84)	79.7 (110)	77.3 (75)
<i>Ja, een beetje</i>	20.0 (13.6 - 26.3)	22.0 (24)	27.5 (25)	19.6 (22)	15.2 (21)	15.5 (15)
<i>Nee, helemaal niet</i>	5.4 (2.8 - 8.0)	8.3 (9)	5.5 (5)	2.7 (3)	4.3 (6)	6.2 (6)
Mijn arts heeft mij voor de behandeling informatie gegeven over wat ik van de behandeling kan verwachten	72.1 (66.1 - 78.1)	71.6 (78)	67.0 (61)	69.6 (78)	69.6 (78)	79.7 (110)
<i>Ja, een beetje</i>	18.4 (14.3 - 22.6)	17.4 (19)	22.0 (20)	21.4 (24)	13.8 (19)	17.5 (17)
<i>Nee, helemaal niet</i>	5.0 (1.4 - 8.6)	7.3 (2)	8.8 (8)	3.6 (3)	2.2 (4)	3.1 (3)

Tabel 5 Gerapporteerde patiënt scores binnen de 7 kwaliteitsdomeinen

21 KWALITEITSINDICATOREN		TOTAL VAN DE 5 PIJKLINIEKEN PERCENTAGE EN 95% C.I.	PIJKLINIEKI % (N=109)	PIJKLINIEK2 % (N=91)	PIJKLINIEK3 % (N=112)	PIJKLINIEK4 % (N=138)	PIJKLINIEK5 % (N=97)
Mijn arts heeft de voor- en nadelen van een behandeling met mij besproken		68.7 (62.3 - 75.0)	70.6 (77)	61.5 (56)	75.0 (84)	70.3 (97)	66.0 (64)
	<i>Ja, helemaal</i>						
	<i>Ja, een beetje</i>	16.7 (11.0 - 22.4)	11.0 (12)	20.9 (19)	12.5 (14)	20.3 (28)	18.6 (18)
	<i>Nee, helemaal niet</i>	9.8 (5.7 - 13.9)	11.9 (13)	14.3 (13)	7.7 (8)	6.6 (9)	9.3 (9)
Mijn arts en ik hebben na gezamenlijk overleg een keuze gemaakt welke behandeling geschikt was voor mij		70.8 (62.7 - 79.0)	71.6 (78)	67.0 (61)	65.2 (73)	73.9 (102)	79.4 (77)
	<i>Een beetje mee eens</i>	15.6 (11.4 - 20.0)	13.8 (15)	16.5 (15)	20.5 (23)	15.9 (22)	11.3 (11)
	<i>Een beetje mee oneens</i>	3.4 (2.1 - 4.7)	4.6 (5)	4.4 (4)	2.7 (3)	2.2 (3)	3.1 (3)
	<i>Helemaal mee oneens</i>	5.8 (3.2 - 8.4)	3.7 (4)	8.8 (8)	7.1 (8)	4.3 (6)	5.2 (5)
Ik was tevreden over de mogelijkheid om zelf mee te mogen beslissen over de behandelkeuze		72.4 (65.8 - 79.0)	73.4 (80)	70.3 (64)	64.3 (72)	76.8 (106)	77.3 (75)
	<i>Helemaal mee eens</i>	13.4 (8.7 - 18.1)	11.9 (13)	14.3 (13)	19.6 (22)	10.9 (15)	10.3 (10)
	<i>Een beetje mee eens</i>	2.8 (1.7 - 3.9)	1.8 (2)	3.3 (3)	2.7 (3)	2.2 (3)	4.1 (4)
	<i>Helemaal mee oneens</i>	6.1 (4.6 - 7.7)	5.5 (6)	6.6 (6)	7.1 (8)	4.3 (6)	7.2 (7)
Mijn arts heeft de doelen van de behandeling met mij besproken voordat de behandeling werd gestart		72.6 (64.2 - 81.0)	76.1 (83)	64.8 (59)	67.9 (76)	67.9 (76)	81.9 (113)
	<i>Een beetje mee eens</i>	14.6 (9.8 - 19.5)	11.0 (12)	18.7 (17)	17.9 (20)	10.1 (14)	15.5 (15)
	<i>Een beetje mee oneens</i>	2.8 (-.68 - 6.2)	9 (1)	7.7 (7)	1.8 (2)	1.4 (2)	2.1 (2)
	<i>Helemaal mee oneens</i>	4.5 (2.1 - 6.8)	6.6 (7)	4.4 (4)	6.3 (7)	2.2 (3)	3.1 (3)
(BESPROKEN) INFORMATIE OVER DE MOGELIJKE AANWEZIGHEID VAN EEN PIJNTEAM, PIJKLACHTEN EN DE GEVOLGEN VOOR WERK, REVALIDATIE EN DAGELIJKSE ACTIVITEITEN							
Heeft u via de pijnkliniek waar u onder behandeling bent informatie gekregen dat de mogelijkheid bestaat dat u door één of meerdere leden van een pijnteam onderzocht en/of behandeld zou kunnen worden?		32.4 (22.6 - 42.1)	37.6 (41)	18.7 (17)	33.0 (37)	35.5 (49)	37.1 (36)
	<i>Ja</i>						
	<i>Nee</i>	54.1 (43.4 - 46.8)	46.8 (51)	68.1 (62)	55.4 (62)	52.9 (73)	47.4 (46)
Mijn arts heeft de mogelijke gevolgen van mijn pijnklachten voor mijn werk en/of dagelijkse bezigheden besproken		40.6 (36.4 - 44.8)	45.0 (49)	38.5 (35)	39.3 (44)	37.0 (51)	43.3 (42)
	<i>Ja, een beetje</i>	20.3 (17.3 - 23.3)	18.3 (20)	20.9 (19)	17.9 (20)	23.9 (33)	20.6 (20)
	<i>Nee, helemaal niet</i>	35.1 (31.9 - 38.3)	32.1 (35)	38.5 (35)	35.7 (40)	36.2 (50)	33.0 (32)
Mijn arts heeft de mogelijke gevolgen van behandeling voor mijn werk en/of dagelijkse bezigheden met mij besproken		43.7 (37.2 - 50.1)	48.6 (53)	39.6 (36)	44.6 (50)	37.7 (52)	48.5 (47)
	<i>Ja, een beetje</i>	19.1 (14.6 - 23.6)	14.7 (16)	18.7 (17)	17.9 (20)	24.6 (34)	19.6 (19)
	<i>Nee, helemaal niet</i>	32.6 (28.1 - 37.1)	29.4 (32)	38.5 (35)	32.1 (36)	33.3 (46)	29.9 (29)
EEN CENTRAAL CONTACTPERSOON							
Heeft u bij de pijnkliniek één hoofdbehandelaar?		88.3 (84.7 - 91.9)	88.1 (96)	89.0 (81)	83.9 (94)	92.0 (127)	88.7 (86)
	<i>Ja</i>						
	<i>Nee</i>	4.0 (1.7 - 6.3)	3.7 (4)	2.2 (2)	7.1 (8)	2.9 (4)	4.1 (4)

Tabel 5 Gerapporteerde patiënt scores binnen de 7 kwaliteitsdomeinen

21 KWALITEITSINDICATOREN		TOTAL VAN DE 5 PIJKLINIEKEN PERCENTAGE EN 95% C.I.	PIJKLINIEK1 % (N=109)	PIJKLINIEK2 % (N=91)	PIJKLINIEK3 % (N=112)	PIJKLINIEK4 % (N=138)	PIJKLINIEK5 % (N=97)
Heeft u één vast contactpersoon in de zorg voor uw pijn?	Ja Nee	74.0 (69.6 - 77.4) 18.9 (15.4 - 22.3)	74.3 (81) 14.7 (16)	75.8 (69) 18.7 (17)	74.1 (83) 18.8 (21)	68.1 (94) 22.5 (31)	76.3 (74) 19.6 (19)
WACHTLIJST							
Hoe lang moest u wachten op een eerste afspraak na aanmelding bij deze pijnkliniek waar u nu onder behandeling bent voor uw pijnklachten?	Max 4 weken > 4 weken	50.1 (28.8 - 71.3) 29.7 (11.7 - 47.6)	41.3 (45) 32.1 (35)	44.0 (40) 29.7 (27)	45.5 (51) 36.6 (41)	80.4 (11) 5.8 (8)	39.2 (38) 44.3 (43)
PIJNVRAGENLIJST							
Heeft u voor of tijdens uw eerste bezoek (voor de pijnklachten waarvoor u zich heeft aangemeld bij de pijnkliniek) vragenlijsten ingevuld met daarin vragen over de pijn en/of andere klachten die met de pijn te maken hebben?	Ja Nee	67.2 (51.1 - 83.4) 24.8 (11.0 - 39.0)	86.2 (94) 9.2 (10)	64.8 (59) 24.2 (22)	70.5 (79) 22.3 (25)	64.5 (89) 28.3 (39)	50.5 (49) 40.2 (39)
BEHANDELRESULTAAT							
Het doel van mijn behandeling(en) is bereikt	Helemaal mee eens Een beetje mee eens Een beetje mee oneens Helemaal mee oneens	18.3 (12.9 - 23.5) 31.0 (28.3 - 33.7) 13.1 (10.2 - 16.0) 28.3 (15.6 - 41.1)	22.9 (25) 30.3 (33) 15.6 (17) 19.3 (21)	22.0 (20) 29.7 (27) 15.4 (14) 30.8 (28)	12.5 (14) 29.5 (33) 12.5 (14) 37.5 (42)	17.5 (24) 34.8 (48) 11.6 (16) 15.9 (22)	16.5 (16) 30.9 (30) 10.3 (10) 38.1 (37)
Hoe zou u het (voortlopijge) resultaat van uw behandeling omschrijven?	Uitstekend Goed Matig Geen verandering Beetje slechter Slecht Zeer slecht	5.4 (2.8 - 8.0) 25.5 (17.8 - 33.2) 25.7 (19.4 - 32.0) 20.4 (13.4 - 27.5) 5.6 (1.8 - 9.3) 5.7 (1.4 - 9.9) 3.2 (-6 - 7.0)	3.7 (4) 28.4 (31) 33.0 (36) 18.3 (20) 4.6 (5) 5.5 (6)	8.8 (8) 22.0 (20) 25.3 (23) 26.4 (24) 4.4 (4) 4.4 (4) 5.5 (5)	6.3 (7) 18.8 (21) 18.8 (21) 25.9 (29) 6.3 (7) 11.6 (13) 2.7 (3)	4.3 (6) 34.8 (48) 26.8 (37) 13.0 (18) 2.2 (3) 2.9 (4) 0.7 (1)	4.1 (4) 23.7 (23) 24.7 (24) 18.6 (18) 10.3 (10) 4.1 (4) 7.2 (7)
Als u het hele traject van onderzoek(en) en behandeling(en) (met betrekking tot de pijnklachten waarvoor u nu onder behandeling bent of kort geleden bent geweest) een cijfer zou mogen geven, welk cijfer zou u dan geven?	Zorg proces score	7.6 (7.1 - 8.0)	7.4 (2-10)	7.5 (0-10)	7.3 (1-10)	8.2 (0-10)	7.3 (0-10)

C.I = Confidence Interval. De kwaliteitsindicatoren zijn weergegeven in de kwaliteitsdomeinen conform de PCA analyse

Appendix I Resultaat van de validatie-OIPPP vragenlijst, in totaal van de vijf participerende pijnklinieken, met missing scores

INFORMATIE OVER DE MOGELIJKE AANWEZIGHEID VAN EEN PIJNTEAM		JA	NEE	WEET NIET			
12	Heeft u via de pijnkliniek waar u onder behandeling bent informatie gekregen dat de mogelijkheid bestaat dat u door één of meerdere leden van een pijnteam onderzocht en/of behandeld zou kunnen worden?	32.9 (180)	53.7 (294)	11.2 (61)			2.2 (12)
12.1	<i>Voor mijn contact met de behandelaar</i> <i>Tijdens mijn contact met de behandelaar</i> <i>Na mijn contact met de behandelaar</i>	14.4 (26) 31.1 (56) 16.1 (29)					
13.1	<i>Heeft u de informatie op papier gekregen?</i> <i>Deze schriftelijke informatie vond ik begrijpelijk</i> <i>Deze schriftelijke informatie vond ik zinvol</i>	64.8 (116)			82.7 (96) 81.9 (95)	11.2 (13) 9.4 (11)	4.3 (5) 7.7 (9)
13.2	<i>Heeft u de informatie mondeling gekregen?</i> <i>Deze mondelinge informatie vond ik begrijpelijk</i> <i>Deze mondelinge informatie vond ik zinvol</i>	81.6 (147)			87.1 (128) 85.0 (125)	8.1 (12) 10.9 (16)	2.7 (4) 1.3 (2)
PIJNVRAGENLIJST							
14	Heeft u voor of tijdens uw eerste bezoek vragenlijsten ingevuld met daarin vragen over de pijn en/of andere klachten die met de pijn te maken hebben?	67.6 (370)	24.7 (135)	7.7 (42)			
15	<i>Ernst van de pijn</i> <i>Locatie van de pijn</i> <i>Hoe de pijn aanvoelde</i> <i>De duur van de pijn</i> <i>De invloed van de pijn op uw dagelijkse activiteiten</i>	60.1 (329) 55.0 (301) 55.8 (278) 55.6 (304) 55.2 (302)					
16	Mijn arts heeft de resultaten van de vragenlijst met mij besproken <i>Vond u deze informatie begrijpelijk?</i> <i>Vond u deze informatie zinvol?</i>	45.9 (170)	26.8 (99)	26.2 (97)	84.7 (228) 79.5 (187)	9.7 (26) 18.2 (49)	1.1 (4) 2.9 (8) 9.6 (26)

Appendix I Resultaat van de validatie-OiPPP vragenlijst, in totaal van de vijf participerende pijnklinieken, met missing scores						
INFORMATIE DIE UW BEHANDELEND ARTS SAMEN MET U HEEFT BESPROKEN						
	JA	JA, BEETJE	NEE	JA	JA, BEETJE	NEE
17	Mijn arts heeft de mogelijke oorzaken van mijn pijnklachten met mij besproken	72.8 (398)	19.6 (107)	5.3 (29)		1.3 (7)
17 a	Vond u deze informatie begrijpelijk?	70.5 (356)	14.5 (73)	4.8 (26)	.3 (2)	14.2 (76)
18	Mijn arts heeft mij voor de behandeling informatie gegeven over wat ik van de behandeling kan verwachten	72.6 (397)	18.1 (99)	4.8 (26)		1.8 (10)
18 a	Vond u deze informatie begrijpelijk?	72.2 (358)	25.4 (63)	9.5 (52)	.4 (2)	14.5 (76)
19	Mijn arts heeft de mogelijke voor- en nadelen van een behandeling met mij besproken	69.1 (378)	16.6 (91)	9.5 (52)		1.8 (10)
19 a	Vond u deze informatie begrijpelijk?	74.4 (349)	11.7 (55)	9.5 (52)	.4 (2)	13.4 (63)
20	Andere besproken informatiebronnen					
	Patiëntenorganisatie	9.1 (50)	66.0 (361)	16.6 (91)		8.2 (45)
	Speciale websites	9.5 (52)	63.3 (346)	12.2 (67)		13.3 (73)
	Speciale patiënt folders	23.6 (129)	51.2 (280)	11.9 (65)		4.0 (22)
UW PIJNKLACHTEN EN GEVOLGEN VOOR UW WERK						
21	Mijn arts heeft de mogelijke gevolgen van mijn pijnklachten voor mijn werk en/of dagelijkse bezigheden met mij besproken	40.4 (221)	20.5 (112)	35.1 (192)		4.0 (22)
21 a	Vond u deze informatie begrijpelijk?	75.0 (248)	14.5 (48)	32.5 (178)		2.1 (7)
22	Mijn arts heeft de mogelijke gevolgen van behandeling voor mijn werk en/of dagelijkse bezigheden met mij besproken	43.5 (238)	19.4 (106)	32.5 (178)		4.6 (22)
	Vond u deze informatie begrijpelijk?	73.3 (252)	16.0 (55)	32.5 (178)	.8 (3)	9.5 (33)
DE MOGELIJKHEID OM MEE TE BESLISSEN OVER DE BEHANDELING						
23	Mijn arts en ik hebben na gezamenlijk overleg een keuze gemaakt welke behandeling het meest geschikt was voor mij	71.5 (391)	15.7 (86)	3.3 (18)	5.7 (31)	3.8 (21)
24	Ik was tevreden over de mogelijkheid om zelf mee te mogen beslissen over de behandelkeuze	72.6 (397)	13.3 (73)	2.7 (15)	6.0 (33)	5.3 (29)

Quality indicators for the assessment of pain clinic care: a step forward?

Quality from professionals and pain patients' perspective (QiPPP)



Nelleke de Meij

16. de Meij N, Köke A, van der Weijden T, van Kleef M, Patijn J. Pain treatment facilities: do we need quantity or quality? *J Ava CI Pract.* 2014; 20:578-81.
17. de Meij N, van Kleef M. The Quality of Pain Centers, How should it be Assessed? *Pain pract.* 2016; 16:7-11.
18. de Meij N, van Grotel M, Patijn J, van der Weijden T, van Kleef M. First Dutch Consensus of Pain Quality Indicators for Pain Treatment Facilities. *Pain pract.* 2016; 16.
19. Nelleke de Meij, Albere Köke, Ilona Thomassen, Jan-Willem Kallewaard, Maarten van Kleef, Trudy van der Weijden. Quality indicators to assess quality of pain clinic care from the perspective of patients with chronic pain: development, usability, comprehensibility, and psychometric quality of the QiPPP questionnaire. *PAIN.* 2018; 159.

Literatuur

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1988; 260:1743-8.
2. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine.* 1990; 114:1115-8.
3. IASP. Recommendations for Pain Treatment Services. *International Association for the Study of Pain.* 2009; 1-2.
4. WIP. Excellence in Pain Practice Award: Scoring Summary Sheet. *World Institution of Pain.* 2010.
5. Linstone HA, Turoff M. *The Delphi Method Techniques and Applications. The Delphi Method: University of Southern California.* 2002.
6. Samenwerkingsverband pijnpatienten naar een stem. *Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.* 2014.
7. PijnPlatform. *Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief (10 belangrijkste kwaliteitscriteria).* 2014.
8. NIVEL. *CO-Index module Pijn: meetinstrumentontwikkeling.* NIVEL. 2013.
9. VILANS. *Project Zicht op Pijn. Kwaliteitscriteria voor chronische pijn, geformuleerd vanuit patiëntenperspectief.* VILANS, Kennis centrum langdurige zorg. 2013.
10. Hak T, van der Veer K, Janssen H. *The Three-Step Test-Interview (TSTI): An observational instrument for pretesting self-completion questionnaires.* Erasmus Research Institute of Management (ERIM). 2004; 31.
11. Kline P. *The handbook of psychological testing. 2 park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge*2000.
12. Williams B. *Exploratory Factor Analysis: A five-step guide for novices.* IPEHC. 2010; 8.
13. Zuidgeest M, Reitsma- van Rooijen P, Sixma H, Vvan der Hoek L, Rademakers J. *Revalidatiecentra: meetinstrumentontwikkeling en bepaling van het discriminerend vermogen. Book CO-index Revalidatiecentra: NIVEL.* 2010.
14. Mortelmans D, Dehertogh B. *Factoranalyse. Leuven, belgie: Academic Coöperatieve Vereniging CVBA.* 2008.
15. Rademakers J, Sixma H, Triemstra M, Damman O, Hendriks MC, Zuidgeest M. *De constructie van een COI meetinstrument: ervaring uit de praktijk.* 2008.
15. Rademakers J, Sixma H, Triemstra M, Damman O, Hendriks MC, Zuidgeest M. *De constructie van een COI meetinstrument: ervaring uit de praktijk.* 2008.

Vijftwintig jaar onderzoek naar pijnonderwijs – wat hebben wij geleerd? Bevindingen uit een uitgebreide review studie over onderzoek naar pijnonderwijs voor gezondheidsprofessionals

Kate Thompsona, Mark I. Johnsona, James Milligana, Michelle Briggs. *Pain* 2018 159: 2146–2158

Abstract original

Despite advances in pain research, there remains an inadequate understanding and implementation of pain education that health professionals obtain in training before professional registration, licensure, or certification. This article reports on a synthesis of pain education research that has been conducted in this period of health professionals' training. A scoping review framework by Arksey and O'Malley was used to guide a search of medical and education databases for records that have examined or evaluated pain education. Fifty-six reports were identified representing 16 professions across 29 countries, published between 1992 and 2017. A descriptive account of the reports is provided, which includes a timeline, geography, methods of evaluating, and main purpose of the research. A narrative synthesis was undertaken to summarise and explain the results and main findings from reports of studies included in this review. Further to this, a concept analysis was conducted to identify and map key concepts that can be used by stakeholders to develop or evaluate future pain education. Future directions for research are proposed, which includes factors that are repeatedly reported to be important in advancing pain education and should underpin the campaign for environments that promote excellence in pain practice as the norm in health care.

Keywords: Pain education, Pre-registration, Pre-licensure, Pre-certification, Health professionals, Physiotherapy, Occupational therapy, Nursing, Medicine, Allied health professionals

Achtergrond

De International Association for the Study of Pain (IASP) had het jaar 2018 uitgeroepen als het jaar voor 'excellentie' voor onderwijs op gebied van pijn. Daarvoor had de IASP de verschillende strategieën en actieplannen van verschillende landen geanalyseerd om aanbevelingen te kunnen doen om de behandeling van pijn te verbeteren. Eén belangrijke factor voor het verbeteren van de behandeling van pijn is adequaat onderwijs over pijn voor gezondheidsprofessionals. Hierbij is het vooral belangrijk dat de gezondheidsprofessionals al vroeg in hun scholing de nodige kennis en vaardigheden bezitten om alle typen pijn adequaat te kunnen aanpakken. Dit is in overeenstemming met de Declaration of Montreal, die aangeeft dat toegang tot pijnbehandeling een fundamenteel menselijk recht is. In deze declaratie wordt tevens geconstateerd dat grote tekorten aan kennis bij zorgprofessionals omtrent mechanismen en behandeling van pijn een reden zijn voor de inadequate behandeling van pijn in het merendeel van de wereld. Het verbeteren van het onderwijs over pijn is dus van groot belang, echter een complexe zaak omdat de hoeveelheid aan kennis en vaardigheden die vereist is om competent te zijn enorm is, maar ook omdat deze theoretische en praktische aspecten geleerd en geëvalueerd moeten worden. Dit artikel geeft een overzicht, van onderzoek naar inhoud en effecten van onderwijs over pijn van de afgelopen 25 jaar aan diverse zorgprofessionals wereldwijd. Het artikel geeft een tijdslijn van gepubliceerde artikelen en rapporten weer, als ook een synthese van de bevindingen en een analyse van concepten die van belang zijn voor het ontwikkelen en evalueren van toekomstig onderwijs over pijn.

Het onderzoek

Er werd een uitgebreide search gedaan (middels een scoping review strategie) in medische en onderwijs databases over onderzoek naar pijnonderwijs. In totaal werden er 3868 rapporten gevonden via de database search en nog 378 via het zoeken in de referentielijsten. Na exclusie

werden er zesenvijftig rapporten uit 29 landen geïdentificeerd (publicaties tussen 1992 en 2017). Er werden onderzoeken gevonden binnen zestien beroepsopleidingen en in de gezondheidszorg, de meeste onderzoeken werden verricht naar opleidingen geneeskunde, verpleegkunde, fysiotherapie en ergotherapie. Deelnemers uit de studies waren studenten gezondheid, docenten uit hoger onderwijs (collegegevers, programmadirecteurs, bestuursleden) en klinisch personeel (ook reeds afgestudeerden). Slechts in 1 van de 56 studies werden patiënten als deelnemer geïnccludeerd.

In de verschillende studies werd er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden voor het toetsen of evalueren van het onderwijs over pijn; enquête (meest voorkomend), observationele/cohort studies, experimentele designs, curriculum evaluatie, kwalitatieve benadering en document analyse.

Een narratieve synthese werd uitgevoerd om resultaten en hoofdbevindingen van de geïnccludeerde studies op te sommen en toe te lichten. Alle resultaten uit de onderzoeken werden onderverdeeld in 5 hoofdcategorieën.

1. Analyse van kennis, vaardigheden, attitudes, en overtuigingen bij studenten omtrent pijn

De onderzoekers vonden twee 'typen' curricula. Een meer regulier onderwijscurriculum met daarin tussendoor onderwijs over pijn en curricula waarin het onderwerp pijn een meer prominente plaats had. Opmerkelijk was dat met name bij de curricula die pijn als centraal onderwerp in het onderwijs stelden er een significante verbetering van kennis, vaardigheden, attitudes, en overtuigingen omtrent pijn te zien was. Dit in tegenstelling tot het onderwijs waarin pijn geen specifieke focus/aandacht had binnen het curriculum. Verder viel op dat er verschillende vormen van pijnonderwijs aangeboden werden zoals e-learnings, meerdaagse cursussen, klinische lessen, curricula gebaseerd op de IASP core curricula outlines.

En er werd een breed scala aan tools gebruikt om kennis, vaardigheden, attitude of overtuigingen van pijn te

evalueren. Met name vragenlijsten werden veel gebruikt, maar ook klinische vignettes, interviews, computer gesimuleerd onderwijs of virtuele patiënten en geschreven portfolio's werden ingezet.

2. *Analyse van het curriculum/de cursus*

De curricula voor de gezondheidsprofessional werden met name in kaart gebracht door enquêtes over inhoud en benadering. Daaruit bleek dat er maar weinig richtlijnen gebruikt worden voor de inhoud en kwaliteit van het onderwijs over pijn. Hierbij kwam ook naar voren dat het traditionele onderwijs zoals het geven van colleges het meest toegepast wordt.

De volgende uitdagingen voor implementatie van pijn in onderwijs werden aangestipt: de hoeveelheid uren onderwijs over pijn in de curricula (divers maar in algemeen weinig), biomedische versus biopsychosociale definitie van pijn, het ervaren belang van onderwijs voor pijn, beschikbare tijd en dat middelen en kennis van opleiders van belang zijn.

3. *Ontwikkeling van curricula*

Een aantal rapporten over dit onderwerp werd geïdentificeerd, die aanbevelingen deden om curricula te verbeteren door interdisciplinaire uitkomsten en competenties te definiëren. Opvallend was dat slechts één studie patiënten als deelnemers had geïncludeerd.

4. *Evaluatie en perceptie van onderwijs door onderwijzers of studenten*

Zowel faculteitspersoneel als studenten varieerden in de mate van tevredenheid over de aard en inhoud van het aangeboden onderwijs op het gebied van pijn. In de curricula met een specifieke focus/aandacht voor pijn was tevredenheid van studenten over kennis en vaardigheden duidelijk hoger.

5. *Overige relevante factoren die van invloed zijn op inhoud en kwaliteit van onderwijs over pijn*

Dit zijn kennis en attitudes en eerdere ervaringen van stafleden, culturele verschillen in attitudes, ideeën over pijn, emotionele intelligentie, emotionele ontwikkeling, communicatie vaardigheden, frequentie van pijnzorg, geslacht, interactie tussen opleidingsniveau en religieuze overtuiging, eerdere ervaringen, persoonlijke factoren, geslacht en ras. De heterogeniteit van deze studies liet geen samenvatting of synthese toe.

Een conceptuele analyse is verricht om belangrijke concepten, relevant voor het ontwikkelen en evalueren van pijnonderwijs, te identificeren en in kaart te brengen. Het doel hiervan was om een model te ontwikkelen om toe te passen als referentie tool voor het evalueren van bestaand pijnonderwijs of om toekomstig pijn onderwijs te plannen en ontwikkelen. Eigenschappen relevant voor het ontwerp en evaluatie van pijnonderwijs samen met belangrijke belanghebbenden werden geëxtraheerd en gecodeerd. Vier belangrijke componenten van het onderwijsproces doken op als relevant:

1. Student kenmerken en eigenschappen
2. Onderwijzer eigenschappen
3. Inhoud en werkvormen
4. Uitkomsten

1. **Student kenmerken**; de attitude, kennis, vaardigheden, eerder ervaringen en opvattingen van studenten kunnen

in kaart gebracht worden (kwalitatief en/of kwantitatief) om succes van onderwijs over pijn te evalueren en daarmee opzet en ontwikkeling van curricula sturen.

2. **Onderwijzer eigenschappen**; net als bij studenten dragen attitude, kennis, vaardigheden en eerdere ervaringen op het gebied van pijn bij aan de wijze waarop onderwijs wordt ingericht. Het inzetten van leiders op het gebied van pijn in de dagelijkse praktijk moeten gedaan worden binnen het onderwijs.

3. **Inhoud en werkvormen**; wanneer, wat en hoe moet kennis over pijn worden aangeboden? Aanbevolen wordt de IASP richtlijnen voor onderwijs te implementeren en daarvoor voldoende uren in te richten in diverse pedagogische werkvormen (e-learning, interprofessioneel leren etc.).

4. **Uitkomsten**; moeten in kaart gebracht worden op het gebied van het onderwijs zelf (wat heeft student geleerd?) als ook op het gebied van de zorg (wat heeft de patiënt eraan?).

Conclusies en Discussie

Er is veel onderzoek verricht om pijnonderwijs voor gezondheidsprofessionals te evalueren. De in deze review genoemde studies zijn heterogeen in hun doelen en resultaten, waardoor het niet mogelijk is om de resultaten allemaal op te sommen. De resultaten van deze studies identificeren veel problemen in het pijnonderwijs, maar bieden ook modellen, benaderingen, en tools voor aanbevolen verbeteringen. De huidige implementatie van oplossingen in de praktijk is niet optimaal en er is een noodzaak tot implementatie van kerncompetenties voor pijnonderwijs. Verder is er een noodzaak voor het verplicht stellen en waarborgen van standaarden voor pijnonderwijs met onderwijsprogramma's in de gezondheidszorg. Uit deze studie blijkt dat kennis, vaardigheden, attitudes, of overtuigingen van studenten in de verschillende zorgopleidingen omtrent pijn veelal inadequaat zijn en dat pedagogische benaderingen niet persé de kennis en vaardigheden vergemakkelijken die vereist zijn voor pijnbestrijding. Het leveren van pijnonderwijs binnen een biopsychosociaal model wordt gezien als een belangrijke benadering voor het beoordelen en bestrijden van pijn; echter bij onderwijsmodellen ligt vaak de focus op biologie en fysiologie van pijn.

Oplossingen voor de toekomst

De IASP Education Initiatives Working Group heeft een interprofessionele en uniprofessionele schets voor pijn-curriculum ontwikkeld om te implementeren in de opleidingen van de gezondheidsprofessionals. De curricula zijn gebaseerd op vier componenten van de IASP-kerncurricula en zijn bedoeld om kennis en vaardigheden, nodig voor het verbeteren van wetenschap en behandeling van pijn, te vergroten. De vier componenten van de IASP-kerncurricula zijn:

1. multidimensionaal karakter van pijn
2. pijn beoordeling en meting
3. behandeling van pijn
4. klinische beelden

Daarbij kunnen verschillende benaderingen ingezet worden: interprofessionele workshops, e-learning modules, korte cursussen over pijn etc.

Het hebben van een deskundig betrokken docententeam en het hebben van een plaatselijk rolmodel, team of netwerk van deskundigen op het gebied van pijn draagt bij om het veranderproces binnen bestaande curricula op het gebied van pijnonderwijs voor gezondheidsprofessionals te verbeteren. De nadruk ligt op het verbeteren van de toepassing van kennis en vaardigheden in de praktijk.

Aanbevelingen voor de toekomst

Het is nodig om methodologieën te ontwikkelen voor onderzoek naar pijnonderwijs, waarbij het hier gaat om het gehele pad van pijnonderwijs aan de professional tot aan de uiteindelijke invloed hiervan op de (klinische) uitkomstmaten van de chronische pijn patiënt.

De inbreng van patiënten bij het ontwikkelen van uitkomsten van pijnonderwijs en onderzoek is van cruciaal belang. Maar ook de verschuiving van een met name theoretische benadering naar een klinische benadering, waarin contextuele besluitneming in de praktijk wordt gestimuleerd wordt aanbevolen teneinde het pijnonderwijs te verbeteren.

Drs. B. Brouwer
Neuroloog
Pijnbestrijding MUMC

PRISM: een kort screeningsinstrument om risico-ouders van jongeren met chronische pijn te identificeren

Laura E. Simons, Amy Lewandowski Holley, Emily Phelps, Anna C. Wilson. *Pain* 2019; 160: 367-374

Abstract original

Having a child with chronic pain impacts a parent's life. Reciprocally, parent cognitive, affective, and behavioral responses to the child's chronic pain can influence the child's pain experience. The purpose of this study is to develop a brief self-report screening tool (Parent Risk and Impact Screening Measure [PRISM]) of parent psychosocial functioning and behavioral responses to child pain. This measure assesses parents' reports of their own stress, health, psychosocial functioning, and disruption in activities due to their child's pain and related disability. In an effort to preliminarily validate this screening tool, we examined the PRISM in relation to existing measures of parent distress, parent behavior, and child functioning. An initial 30-item PRISM was administered to 229 parents of children with persistent pain. Parents also reported on distress, protectiveness, pain catastrophizing and family impact, and youth completed measures of pain, pain-related disability, and quality of life. Item refinement resulted in a final 12-item PRISM tool. The PRISM demonstrates strong internal consistency, and initial support for construct validity was shown by associations with parent distress, protectiveness, and catastrophizing. Results also revealed higher PRISM scores are associated with higher child pain intensity, greater functional disability, and poorer quality of life. Cutoff scores were determined to identify parents at differing levels of risk. The PRISM is a brief and clinically important means of screening parent distress and behaviors associated with child pain-related dysfunction. Further validation will use PRISM in longitudinal studies, particularly testing PRISM scores as a predictor of parent and child outcomes over time.

Keywords: Chronic pain, Parents, Children, Adolescents, Stratified care, Stepped care, Questionnaire

Chronische pijn bij kinderen heeft ook invloed op het sociaal en emotioneel functioneren van de ouders.¹ Tevens kunnen emotionele, cognitieve en gedragsreacties van ouders de pijnervaring van het kind beïnvloeden² en een hoge mate van nood bij de ouders is een slechte voorspeller voor de behandeling van het kind.³ Het doel van deze studie is om een kort klinisch screeningsinstrument (PRISM; Parent Risk and Impact Screening Measure) te ontwikkelen om het psychosociaal functioneren en gedragsreacties van ouders bij jongeren met chronische pijn in kaart te brengen.

Een expert panel bestaande uit 19 psychologen ontwikkelden het initiële meetinstrument van 30 items (dichotome uitkomstvariabele: eens/oneens) vanuit 4 domeinen: beschermend gedrag van de ouders, ouderlijke spanning, gezondheid van de ouders en impact op het gezin. Dit instrument werd samen met andere vragenlijsten met betrekking tot spanning (PROMIS-29), beschermend gedrag (ARCS en BAP-IPQ), catastroferen (PCS-P) door 229 ou-

ders van kinderen met chronische pijn ingevuld. De jongeren zelf vulden vragenlijsten in voor de mate van pijn en pijn-gerelateerde beperkingen (FDI).

De initiële 30 PRISM-items werden getoetst en gecorrelleerd met vergelijkbare uitkomstmaten en uiteindelijk werd het aantal items teruggebracht naar 12 (4 voor ouderlijke spanning, 3 voor beschermend gedrag, 3 voor impact op het gezin en 2 voor de gezondheid van de ouders). De PRISM heeft een hoge interne consistentie ($\alpha = 0.85$; waardes ≥ 0.80 wijzen op een hoge interne consistentie). De construct validiteit is aangetoond met significante associaties met andere vragenlijsten met betrekking tot catastroferen (PCS-P), spanning (PROMIS-29) en beschermend gedrag van de ouders (BAP-IPQ). Tevens werden afkappunten bepaald en dit heeft geleid tot een onderverdeling in 3 risicogroepen (0-5 laag, 6-8 matig, 9-12 hoog). Een hogere score van de ouders op de PRISM is geassocieerd met verhoogde pijn, meer beperkingen en

een slechtere kwaliteit van leven bij het kind. Resultaten laten eveneens zien dat moeders statistisch significant hoger scoorden in vergelijking tot vaders.

Deze studie toont aan dat de PRISM een kort multidimensionaal screeningsinstrument is wat makkelijk bruikbaar is in een drukke, klinische setting. Het instrument geeft snel een duidelijk beeld van het psychosociaal functioneren en gedragsreacties van de ouders van jongeren met chronische pijn. Hierdoor kan dit instrument bijdragen aan de behandeling van jongeren met chronische pijn, omdat het ouders kan identificeren van jongeren met chronische pijn die baat hebben bij doelgerichte therapie. Ouders zijn namelijk belangrijk in de cognitief-gedragsmatige therapie bij jongeren met pijn en onderzoek toont aan dat ouders die deelnemen aan familietherapie minder spanning en beschermend gedrag vertonen,^{3,4} wat weer positief bijdraagt aan de behandeling van de jongere.

Verdere validatie is echter nodig in longitudinale studies om te bepalen of de PRISM eveneens een voorspeller kan zijn voor de uitkomstmaten van ouders en kind in de tijd en of de PRISM scores mogelijk veranderen gedurende de behandeling. Tevens kan verder onderzoek zich richten op het bepalen van afkappunten bij specifieke chronische pijnpopulaties zoals hoofdpijn en buikpijn. Om gebruik mogelijk te maken in de Nederlandse gezondheidszorg dient dit instrument eerst vertaald te worden om daarna de validiteit en betrouwbaarheid te bepalen.

Drs. T. van Meulenbroek
Fysiotherapeut / bewegingswetenschapper
Adelante/UM

Literatuur

1. Eccleston C, Crombez G, Scotford A, Clinch J, Connell H. *Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their patterns*. PAIN 2004; 108:221-9.
2. Smith AM, Sieberg CB, Odell S, Randall E, Simons LE. *Living life with my child's pain: the Parent Pain Acceptance Questionnaire (PPAQ)*. Clin J Pain 2015; 31:633-41.
3. Law EF, Fisher E, Howard WJ, Levy R, Ritterbrand L, Palermo TM. *Longitudinal change in parent and child functioning after internet-delivered cognitive-behavioral therapy for chronic pain*. PAIN 2017; 158:1992-2000.
4. Palermo TM, Law EF, Fales J, Bromberg MH, Jessen-Fiddick T, Tai G. *Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: a randomized controlled multicentre trial*. PAIN 2016; 157:174-85

Sociale beschrijvingen van chronische pijn in kranten, online media en film

Robert Kugelman, Kelsey Watson, Gregory Frisby (2018) 160: 298–306

Abstract original

Social representation theory provides a framework for studying how scientific knowledge affects common sense communication through inquiries into everyday discourse. This qualitative study examined social representations of chronic pain from 4 sources: North American newspapers; "Chronic Illness Cat" memes from the social media web site, Pinterest; video blogs on YouTube; and from a 2014 film, Cake, and interviews and comments concerning it. Using thematic analysis, we first identified social representations found in our 4 sources and others found in 1 or 2 of them. Second, we analyzed the sources for their rhetorical intentions. Vlogs directly and memes indirectly were first-person accounts, self-authorizing statements of the truth of chronic pain, whereas newspaper articles and the film were third-person accounts of pain, the differences between these perspectives affecting what was said. We conclude that the medium shapes the message.

Keywords: Social representations, Newspapers, Online media, Film, Chronic pain

In dit artikel wordt een studie beschreven over de representatie van chronische pijn in social media. Sociale representatie theorie omschrijft de manier waarop individuen of groepen sociale onderwerpen beschrijven, debatteren en er een gezamenlijk gedachtengoed van maken. Onderzoek naar sociale representaties verbindt het individuele begrip van pijn met sociaal beschikbare kennis over pijn. Deze representaties hebben een communicatief doel en geven autoriteit aan degene die hen verspreidt. Eerdere studies over representaties van pijn en chronische pijn vonden zowel objectieve representaties, zoals de ernst van de pijn, als subjectieve representaties ofwel eigen ervaringen met pijn. Het gebruik van representaties kan individuen helpen om hun pijnklachten te beschrijven omdat ze herkenbaar zijn.

Deze studie draagt bij aan de sociale representatie theorie door in verschillende soorten media de formulering en verspreiding van pijn representaties te bestuderen. De onderzoekers focusten zich op de algemene vanzelfsprekende representaties van pijn en niet op ongewone of sporadisch genoemde representaties. De bronnen werden geselecteerd op inhoud, er moesten namelijk duidelijk gedefinieerde representaties van chronische pijn te zien zijn. Daarbij werd gekeken naar hoe de lezer/kijker werd aangesproken of genoemd in vier soorten media: krantenartikelen, memes, vlogs en de film *Cake*.

Kranten zijn mediums waarbij expertkennis vertaald wordt naar het algemene publiek, memes en vlogs worden juist vaak gemaakt door mensen met pijn. Dertig krantenartikelen uit de US en Canada werden verzameld tussen 2010 en 2015. Daarnaast werden 96 memes gevonden. Memes kunnen serieus zijn of humor bevatten en ze maken een statement van sociale kennis en meningen met stereotypes. In video blogs (vlogs) kunnen individuen hun ervaringen en meningen kwijt over chronische pijn. Achtentwintig video's werden geanalyseerd. Daarnaast werd de film *Cake* bekeken. In deze film heeft de hoofdpersoon chronische pijn en daarbij wordt gekeken hoe deze film is ontwikkeld en hoe chronische pijn wordt neergezet in een visueel medium. Eerst is gekeken naar hoe de actrice het proces van de ontwikkeling van het personage beschrijft. Daarna is gekeken hoe pijn zichtbaar is gemaakt voor de kijkers. Als laatste is gekeken naar conflicterende sociale representaties van pijn in commentaar op de film.

De auteurs vonden dat in alle vier de vormen van social media **chronische pijn als een ziekte** wordt gezien. Daarnaast werd conflicterende informatie gevonden over de **oorzaken van pijn**, en al helemaal over de rol van psychologische oorzaken en de waargenomen 'realiteit' van pijn. Degene die zelf geen pijn hadden twijfelden in de representaties aan de realiteit en validiteit van mensen met chronische pijn. Deze **onzichtbaarheid van pijn** heeft dan ook verschillende stigma's. Ook wordt het gebruik van **medicijnen** voor de pijnklachten op tegenstrijdige manieren weergegeven. **Verslaving** wordt in relatie gebracht met pijn. Het roept de vraag op of pijn wel echt is. De representatie dat chronische pijn niet is te genezen, maar dat **psychologische behandelingen** wel worden aangeboden, versterkt dit idee. Daarnaast werd in enkele vormen van media andere representaties gevonden zoals; pijn is geen ziekte, de uitdaging van leven met chronische pijn, negatieve portrettering van artsen, pijn moet beheersbaar blijven, chronische pijn is een hersenafwijking en de kans om spiritualiteit te ontwikkelen als gevolg van pijn.

Verder is gekeken op welke manieren de social media proberen om de percepties en meningen van het publiek te beïnvloeden. Krantenartikelen probeerden dit te doen door te pleiten voor verspreiden en propageren van informatie over pijn. Video's en memes deden dit ook en daarnaast bouwden ze een virtuele samenleving doordat deze media steeds gedeeld worden. Daarnaast werden memes en vlogs gebruikt als protest doordat deze kanalen worden onderhouden door mensen met chronische pijn. Persoonlijke ervaringen worden gebruikt in politieke discussies. De thema's zijn vaak; klachten, uiten van verdriet, getuigen, onderscheidingsdrang, ironisch afstand nemen van pijn en het uitleggen van een leven met pijn. In de film wordt pijn gebruikt om te entertainen en om een leven met pijn uit te beelden.

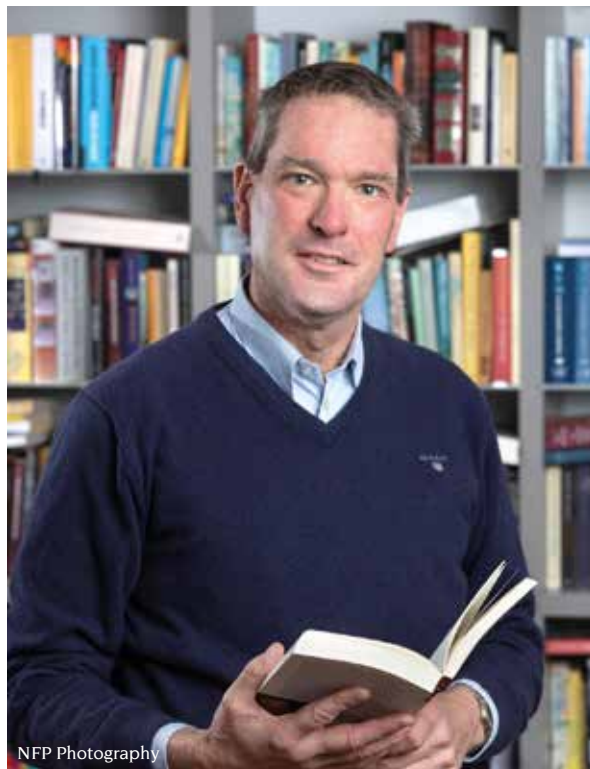
De auteurs concluderen dat er niet één sociale verklaring is voor chronische pijn en de behandeling. Sinds de jaren '80 wordt chronische pijn als ziekte gezien wat heeft geleid tot pijnmedicatie en pijnklinieken. Echter wanneer emotionele factoren een rol gaan spelen wordt pijn nog altijd gezien als iets minder 'echts'. In Amerika hangt de erkende realiteit van chronische pijn nog steeds af van het hebben van een fysieke oorzaak en behandeling.

Ik denk dat deze sociale representaties van chronische pijn ook in Nederland zijn te vinden. Daarom moet er onderzocht worden welke sociale representaties ten aanzien van (chronische) pijn en behandelingen aanwezig zijn in de Nederlandse social media. Deze informatie kan helpen om behandelingen beter aan te laten sluiten op de sociale representaties over pijn. Daarnaast is het belangrijk dat meer expert kennis over chronische pijn verspreid wordt via memes, blogs, vlogs en krantenartikelen. Via social media kan het grote publiek makkelijk bereikt worden en daarmee kan de sociale representatie van chronische pijn beïnvloed worden.

C. Lamper

*PhD student vakgroep Revalidatiegeneeskunde
Universiteit Maastricht*

In Memoriam: Dr. Maurice J.M.M. Giezeman, FIPP



Op 15 maart 2019 is collega Maurice Giezeman, anesthesioloog-pijnspecialist, op 53-jarige leeftijd overleden.

Maurice was een breed georiënteerde, gekende en bij velen geliefde collega.

Al tijdens zijn studie geneeskunde in Utrecht deed hij onderzoek in het laboratorium voor medische fysica aan de Universiteit van Amsterdam naar de mechanische eigenschappen van geïsoleerde bloedvaten uit hart en mesenterium. Dit resulteerde in 1992 in een promotie bij Prof. Dr. Ir. J.A.E. Spaan op het proefschrift 'Static and Dynamic Pressure-Volume Relations of Isolated Blood Vessels'.

Na zijn afstuderen in 1995 werkte hij een jaar als arts-assistent-niet-in-opleiding op de afdeling Cardiologie in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen maar koos uiteindelijk voor de opleiding tot anesthesioloog aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Op 1 september 2001 ging hij als anesthesioloog naar het UMC in Utrecht om zich verder te bekwamen in de pijnkunde. Hij voltooide de master klinische epidemiologie alsmede de specialistencursus Palliatieve Zorg en werd consulent in het regionale Palliatie Team Midden Nederland. In 2012 werd hij gediplomeerd Fellow of Interventional Pain Practice.

In 2006 verruilde hij het UMCU voor het Diaconessenhuis in Utrecht en werd daar o.a. medisch manager van de Polikliniek Pijnbehandeling. Sinds 2013 was hij werkzaam in de Isala Klinieken in Zwolle, zowel op de operatiekamers als bij de pijnbehandeling.

Hij beheerste het vakgebied van de anesthesiologie en de pijngeneeskunde in de volle breedte.

Maurice was een geweldige collega: een harde werker, deskundig en erudiet, klinisch vaardig, gedreven en fanatiek, integer, vol humor, soms eigenzinnig en een controle freak. Hij stond altijd open voor uitdagingen. Hij ging 100% voor zijn werk, leverde kwaliteit, zei wat hij deed en deed wat hij zei. Naast het drukke werk in een groot perifeer ziekenhuis bleef hij consulent palliatieve zorg, zat in verschillende werkgroepen en gaf zeer regelmatig onderwijs aan diverse beroepsgroepen. Daarnaast bleef hij ook vanuit zijn wetenschappelijk interesse betrokken bij het ontwikkelen van protocollen en richtlijnen pijn en palliatieve zorg en bleef artikelen en bijdragen schrijven voor tijdschriften en verschillende handboeken. Sinds 2012 had hij zitting in de hoofdredactie van dit tijdschrift.

Daarnaast was Maurice een warm mens met een brede algemene ontwikkeling en belangstelling, getuige ook zijn meer dan succesvolle deelname aan de kennisquiz 2 voor 12. Wat hij deed, deed hij met passie. Hij bruipte van energie. Dit kwam ook tot uiting in zijn hobby's: hij liep wekelijks hard met zijn vaste loopgroep, deed met collegae uit het Diaconessenhuis mee aan de Roparun alsmede aan diverse marathons. Hij speelde orgel en piano, hield van mooie auto's en van vliegen. Hij had een vliegbrevet voor één-motorige vliegtuigjes en genoot enorm van de keren dat hij tijdens een reis naar een congres of voor vakantie de gelegenheid kreeg om in de cockpit te kijken en zelfs werd uitgenodigd om daar te blijven om de landing mee te maken.

Vlak voor kerst 2014 werd bij hem een ernstige ziekte gediagnosticeerd. Hoewel de vooruitzichten somber waren, heeft hij alle behandelingsmogelijkheden benut. Hij koos ervoor om heel open te zijn over zijn ziekte en hield iedereen op de hoogte van zijn situatie. Zijn werk bleef voor hem heel belangrijk; hij zette alles op alles om te kunnen blijven werken zodat hij zich even geen patiënt voelde.

In mei 2018 gaf hij tijdens de jaarlijkse anesthesiologen-dagen nog vol trots de prestigieuze State of the Art lezing met als titel 'De Lokroep van de Sirenen – Voordelen en risico's van opioïden bij chronische pijn', over de toenemende problematiek van opioïd-verslaving.

Pas 2 weken voor zijn overlijden nam hij tijdens een drukbezochte receptie afscheid van zijn collega's en medewerkers in het ziekenhuis in Zwolle, op zijn moment, op zijn manier.

Maurice heeft zijn hele leven gedaan wat hij kon, op de manier waarop hij het wilde.

Hoe graag had hij zijn eerste kleinkind nog in de armen willen houden... Het heeft helaas niet zo mogen zijn. De laatste dagen verslechterde zijn toestand snel, heel snel. Hoewel we allemaal wisten dat het einde in zicht was kwam zijn overlijden toch nog onverwacht.

Maurice, onze fantastische collega, onze vriend, is niet meer. Het afscheid doet pijn. Wij zullen hem missen.

*Mede namens de redactie,
Anne Mieke Karsch, april 2019*