

Kwaliteitsprofielen pijnrevalidatie

Definitie pijnrevalidatie

Door de werkgroep Consensus Pijnrevalidatie, een samenwerkingsproject van de WPN en het Pijn Kennis Centrum Maasticht, is na een consensusbijeenkomst in juni 2003 de volgende definitie opgesteld.

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

Voorgeschiedenis van de kwaliteitsprofielen

In 1997 is een Werkgroep Pijnrevalidatie van de VRIN opgericht met als taakopdracht:

"Komen tot kwaliteitscriteria waaraan centra dienen te voldoen voor het aanbieden van klinische en niet-klinische pijnrevalidatie. Rapportage dient te geschieden aan de besturen van de VRIN, de VRA en de sectie revalidatiepsychologie van het NIP. Binnen de VRIN zal worden beoordeeld of de criteria ingebed kunnen worden in het systeem van externe toetsing." Als vragen vooraf werden genoemd of pijnrevalidatie tot de revalidatiezorg behoort en of er een beperkt aantal centra voor klinische pijnrevalidatie dient te bestaan. De werkgroep bestond oorspronkelijk uit een revalidatiearts en een revalidatiepsycholoog onder voorzitterschap van een lid van de Bestuurscommissie kwaliteit van de VRIN. De bedoeling was om in 2 à 3 bijeenkomsten de criteria op te stellen en deze in de ledenvergadering van de VRA in het najaar van 1997 vast te stellen. De WPN (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland), werkgroep van de VRA, is inhoudelijk betrokken geraakt in februari 2000, met het verzoek commentaar te leveren op het toenmalige concept. Sindsdien is er over opeenvolgende concepten overlegd.

Achteraf is het gemakkelijk om in te zien dat een zo beperkt aantal bijeenkomsten en snelle acceptatie door de leden van de VRA volstrekt onhaalbaar was. Inmiddels is het, 6 jaar later, duidelijk dat er een grote vraag is naar pijnrevalidatie, zowel in de centra als in de ziekenhuizen. Hierbij is een goede omschrijving van vraag en aanbod gewenst. Mede naar aanleiding van de beschrijving van de kwaliteitscriteria, is er door de WPN een meer fundamentele discussie gevoerd over pijnrevalidatie. Ook is de laatste jaren binnen de gehele revalidatiegeneeskunde de aandacht voor kwaliteitsbeleid toegenomen.

Pijn

De International Association for the Study of Pain (IASP) definieert pijn als een onplezierige sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging en/of beschreven wordt in termen van een dergelijke weefselbeschadiging.

De uiting van pijn is individueel en cultureel bepaald.

Pijn kan acuut beginnen en, na genezing van de weefselschade, overgaan. Pijn kan ook chronisch worden of chronisch recidiveren. Pijn is chronisch geworden als deze langer dan 12 weken bestaat. Er bestaat echter een tendens om deze termijn in te korten tot 6 weken, omdat bij klachten die langer dan 6 weken bestaan de prognose al slecht is ten aanzien van terugkeer naar werk. Indicatoren voor chroniciteit, de zogenoemde "yellow flags" krijgen zo meer aandacht en er kan in een vroeger stadium aandacht aan preventie van chroniciteit worden gegeven.

Chronische pijn

Bij chronische pijn blijven de pijnklachten bestaan ondanks dat de weefselschade grotendeels is genezen of stabiel aanwezig is. Pijn lijkt zijn functie - bescherming tegen (dreigende) weefselschade - te hebben verloren en een eigen leven te leiden. De relatie met de oorspronkelijke pijnlijke prikkel neemt steeds meer af. De pijn wordt chronisch en is niet alleen meer te verklaren door een aandoening en/of weefselschade (specifieke pijn).

In het kader van deze visie spreken we van chronische pijn als er geen voldoende lichamelijke verklaring (meer) is voor de ernst van de klachten en beperkingen en een op stoornis gerichte behandeling geen verbetering (meer) geeft. Niet alleen de pijn is een probleem, ook de last erdoor, de beleving ervan en de beperkingen in het dagelijks functioneren die ermee samenhangen. De kwaliteit van leven wordt als steeds minder goed ervaren. Ook indien er een somatische aandoening bestaat (specifieke pijn) kan er sprake zijn van een zodanig beloop dat de mate van beperkingen niet vanuit de ernst van de aandoening verklaard kan worden.

Niveaus van pijnproblematiek

Bij pijnproblematiek kan er onderscheid gemaakt worden in pijnklachten waarbij

vooral somatische problemen een rol spelen en psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende en zelfs een oorzakelijk rol spelen. Er is een discrepantie tussen de mate van lichamelijke problematiek en de ernst van de beperkingen.

tussen beide uitersten bestaat een glijdende overgang, waarbij psychische en sociale factoren een steeds belangrijker (onderhoudende) rol spelen. Vanuit praktisch oogpunt heeft de WPN een onderverdeling gemaakt in vier niveaus van pijnproblematiek. Hierbij wordt de werkelijkheid enigszins geweld aangedaan omdat er een geleidelijke overgang is van niveau 1 naar niveau 4. Tot op heden zijn er geen objectieve criteria, die een indeling in een niveau zonder meer mogelijk maken.

Niveau 1 geeft aan dat er somatische problematiek is zonder onderhoudende factoren anders dan de aandoening op zich. Niveau 4 geeft aan dat psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende of veroorzakende factor zijn. De overige 2 niveaus bevinden zich daartussen.

Oorzakelijke en onderhoudende factoren

In de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw ging met steeds meer beseffen dat chronische pijn niet te verklaren is met biologisch/medische modellen. Er zijn vele factoren die invloed hebben op het ontstaan en het blijven bestaan van chronische pijn. Spierspanning kan pijn onderhouden. Er is ontremming of remming van het zenuwstelsel, met invloeden vanuit het brein op de pijnveraring en omgekeerd. Verminderde conditie is een gevolg van, maar ook onderhoudend in het bestaan van de pijn. Pijn kan aangeleerd gedrag zijn, maar ook een emotie. Hoe pijn beleefd wordt hangt af van eerdere ervaringen, gedachten over pijn en persoonlijke kenmerken. Sociale aspecten spelen een rol. Stemming heeft een invloed en psychische factoren, zoals bewegingsangst en vermijdinggedrag, spelen mee. Er is veelal sprake van een matige conditie en de afstemming van belasting op de beperkte belastbaarheid is niet adequaat. Hierbij kan het gaan om onderpresteerders (underusers) of overpresteerders (overusers).

Er is bij chronische pijn een meer of minder ingewikkeld samenspel van klachten en beperkingen. De kwaliteit van leven neemt af.

Bij iedere patiënt met pijn spelen bovengenoemde factoren een rol, per individuele patiënt in een andere verhouding en zwaarte.

Pijnrevalidatie

Pijnrevalidatie is gericht op patiënten met chronisch pijn, zowel aspecifiek (er is geen of onvoldoende lichamelijke afwijkingen voor de klachten) als specifiek (er is een lichamelijke afwijking die de klachten verklaart) wanneer er een abnormaal beloop is op niveau van beperkingen en participatie. Pijnrevalidatie heeft als doel verbetering van kwaliteit van leven (bij aanwezige pijnproblematiek) en richt zich op vergroten of optimaliseren van activiteitsniveau, op vermindering van onderhoudende factoren en veranderen van de wijze waarop de patiënt met zijn klachten omgaat. Hoewel de vraag van de patiënt veelal vermindering van pijnklachten is, is de behandeling niet gericht op pijnreductie, al kan door de behandeling en de veranderde levenswijze de manier waarop de pijn beleefd wordt in positieve zin veranderen. In de hele behandeling wordt rekening gehouden met persoonlijke wensen en doelen voor behandeling van de patiënt, voor zover deze passen binnen het kader van de behandeling.

Naarmate psychische en sociale factoren een belangrijker (onderhoudende of veroorzakende) rol spelen is meer inzet van psychosociale hulpverleners nodig, meer gespecialiseerde kennis en vaardigheden van alle hulpverleners, in toenemende mate is samenhang in de behandeling nodig. Overleg en afstemming vormen een steeds belangrijker onderdeel van de behandeling. Er wordt veelal gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie.

Bij klinische pijnrevalidatie is een belangrijke (behandel)rol weggelegd voor de verpleging.

Behandeling van patiënten met chronische pijn vindt plaats op vele plaatsen en op velerlei wijzen.

Binnen de revalidatie, zowel op de revalidatieafdelingen van ziekenhuizen als in revalidatiecentra, worden veel patiënten met pijnklachten gezien. Naarmate andere factoren dan alleen lichamelijke meespelen wordt de problematiek complexer en worden meer eisen gesteld aan de (mogelijkheden) tot behandeling.

Door niveaus van pijnproblematiek te beschrijven en de behandeling die per niveau gegeven wordt ontstaat duidelijkheid en kwaliteitsprofielen kunnen per niveau beschreven worden.

Kwaliteitsprofielen

Door middel van de kwaliteitsprofielen per niveau (1 t/m 4) wordt een ordening aangebracht in de complexiteit van pijnproblematiek. Klinische pijnrevalidatie wordt gezien als één van de middelen om complexe problemen te behandelen en de indicaties daarvoor worden apart beschreven.

Per niveau van pijnrevalidatie worden kwaliteitseisen beschreven

Kwaliteitseisen zoals voor "algemene" revalidatiegeneeskunde gelden, worden niet genoemd. Deze criteria zijn uitvoerig beschreven in de handleiding voor de externe toetsing, zoals door de VRIN wordt uitgevoerd. De systematiek daarvan wordt in de kwaliteitsprofielen voor behandeling van chronische pijn gevolgd.

Relevante literatuur

H.S.J. Picaver, J.S.A.G. Schouten: Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3 -study. Pain:102 (2003), 167 - 178

www.iasp-pain.org/terms-p.html

Chris J. Main and Chris C.. Spanswick: Pain Management, an interdisciplinary approach. Churchill Livingstone. 2000

M van Kleef e.a.: Handboek Pijnbestrijding. de Tijdstroom. 2000

Vlaeyen J.W.S., Heuts P.H.T.G.: Gedragsgeörienteerde behandelstrategieën bij rugpijn. Care end Cure; Bohn Stafleu Van Loghem. 2000

Commissie Externe Toetsing Revalidatiezorg VRIN (2003):

Beoordelingskader Externe Toetsing Revalidatiezorg;
Instellingshandleiding Externe Toetsing Revalidatiezorg;
Checklist Zelfevaluatie en gebruikte Definities
Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO: Richtlijn Aspecificke Lage Rugklachten. 2003

Nota indicatiestelling revalidatiezorg; VRIN, VRA, NVZ, VAZ, ZN, KPZ; mei 2001