

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24849>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn

De resultaten na drie jaar

B.J.P. Crul, W.J. Meijler,
M.P. Neeleman, W.E.J. Weber,
M.J.W. van Leeuwen en
R.M. Schippers

Sinds drie jaar werken de pijncentra van vier academische ziekenhuizen (Nijmegen, Groningen, Rotterdam en Maastricht) samen als kenniscentra voor pijn. Van het functioneren van deze kenniscentra tot nu toe en van de landelijke projecten die zijn gerealiseerd, wordt hier verslag gedaan.

IN 1994 WEES de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid vier pijncentra van academische ziekenhuizen aan als *kenniscentrum voor pijn*.

Deze centra, die samengingen onder de naam Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn, hebben zich tot doel gesteld de inzichten betreffende patiënten die lijden aan het chronische benigne pijnsyndroom (CBP) te verdiepen, waardoor een betere benadering en behandeling van die patiënten mogelijk wordt.

De laatste jaren was in toenemende mate duidelijk geworden dat chronische benigne pijn een groot gezondheidsprobleem was. Zo was becijferd dat alleen al de lage rugklachten de Nederlandse samenleving 9 miljard gulden per jaar kosten. Van dit bedrag werd 670 miljoen gulden opgesoupeerd aan directe medische kosten.¹ Een eerdere inventarisatie door een commissie van de Gezondheidsraad had aangetoond dat de medische behandeling van patiënten met CBP sterk varieerde en dat wetenschappelijke onderbouwing grotendeels ontbrak.²

In dit artikel wordt verslag gedaan van het functioneren van de kenniscentra gedurende de eerste drie jaar van hun bestaan en van de landelijke projecten die in die tijd werden gerealiseerd.

De kenniscentra waren gehouden aan een duidelijke opdracht van de staatssecretaris. Deze hield in dat de activiteiten van

de centra zich zouden moeten toespitsen op het verbeteren van de multidisciplinaire diagnostiek, het opzetten van uniforme protocollen en dossiervorming. Verder moesten de centra zich bezighouden met effectonderzoek naar geavanceerde pijnbehandelingen en het opzetten van bij- en nascholingsprogramma's. Hoewel in de notitie niet genoemd, zou binnen het genoemde kader ook aan de preventie van het chronisch pijnsyndroom aandacht moeten worden geschonken. Al deze taken moesten in landelijk verband worden geëffectueerd.

Daarnaast kreeg ieder kenniscentrum een regionale taakstelling toebedeeld. Deze bestond voornamelijk uit het creëren van professionele netwerken, waarbij ook samenwerking werd gezocht met een aantal regionale centra voor chronisch zieken. Binnen zo'n netwerk worden de inzichten over een bepaald facet van pijnbehandeling uitgedragen.

Uiteindelijk doel was het bewerkstelligen van een uniforme aanpak bij de behandeling van het chronisch benigne pijnsyndroom door de bij de pijnbehandeling betrokken disciplines, zoals anesthesiologen, fysiotherapeuten, neurologen en medisch psychologen.

Landelijke projecten

Ieder kenniscentrum voor pijn entameerde een landelijk project dat van belang werd geacht voor een betere wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling van patiënten met het chronisch benigne pijnsyndroom. Naast de andere kenniscentra werden ook de andere academische pijncentra uitgenodigd te participeren. De projecten betroffen het opzetten van een classificatiemodel voor pijn (Academisch Ziekenhuis Nijmegen), een pijn-datamanagementsysteem (Academisch Ziekenhuis Groningen), protocollering en kennisoverdracht bij lage rugklachten (Academisch Ziekenhuis Maastricht) en onderwijs over pijn (Academisch Ziekenhuis Rotterdam).

Voor ieder van de projecten werd een plan van aanpak opgesteld met doelen die binnen een bepaalde termijn moesten zijn behaald. Jaarlijks werd door de gezamen-

lijke kenniscentra een voortgangsrapportage aan de minister van VWS voorgelegd, waarin verslag werd gedaan van de stand van zaken.

Lage rugpijn

Het project 'Diagnostiek en behandeling lage rugpijn' is het eerste protocolleringproject geweest waaraan door twaalf relevante (para)medische disciplines een bijdrage is geleverd.

Uitgegaan is van een indeling die is gebaseerd op de tijdsduur van het bestaan van de klacht, omdat deze het te volgen beleid bij de individuele patiënt in belangrijke mate bepaalt. Men onderscheidt acute (minder dan 6 weken), subacute (6-12 weken) en chronische (meer dan 12 weken) lage rugpijn. In het rapport worden de primaire, de secundaire en de tertiaire fase genoemd.

Bij de opstelling van het rapport is tot de grens van het mogelijke gegaan om voor deze complexe problematiek bij de verschillende disciplines tot consensus te komen. Consensus tussen de diverse beroepsgroepen is thans nog niet haalbaar, omdat voor een onderbouwing van expliciete richtlijnen nog te weinig wetenschappelijke studies beschikbaar zijn. Wel is consensus bereikt over de opbouw van het vervolgtraject. Hierdoor behoort een zogenoemde transmurale afspraak (met het NHG) op landelijk niveau in de zeer naaste toekomst tot de realiteit. Verder is er consensus voor welke deelgebieden nader onderzoek nodig is.

Eenzelfde aanpak zal worden toegepast om te komen tot soortgelijke afspraken met het NHG en de LHV voor de in ontwikkeling zijnde Protocollen Hoofdpijn en Cervicobrachialgie.

Onderwijs

Het onderwijsproject heeft geleid tot een systematische aanpak van kennisiaten betreffende het chronisch benigne pijnsyndroom bij alle relevante doelgroepen (nascholing) en tekortkomingen in de eindtermen van opleidingen (curricula).

De rubricering van leerdoelen en leermiddelen in een onderwijscatalogus voor de opleiding en nascholing van de te on-

derscheiden (para)medici vormden de aanleiding tot het ontwikkelen van een aantal curricula. In overleg met het NHG en de LHV wordt gewerkt aan een geschikte onderwijsvorm voor de eerste lijn. De aanbevelingen gedaan voor de opleiding tot basisarts zullen in een voorstel worden verwerkt voor het nieuwe Raamplan 1999 van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen voor de eindtermen van de studie geneeskunde.

Pijnclassificatie en datamanagementsysteem

Het project 'Pijnclassificatie en datamanagementsysteem' heeft toepasbare producten opgeleverd, die echter beide, ook in hun onderlinge samenhang, nog verdere ontwikkeling vragen. De classificatie is nu nog als aparte module in het datamanagement opgenomen. Het heeft prioriteit deze nieuwe 'taal', die pijn in al haar facetten beschrijft, te verweven in alle functies van het datamanagement. Hiermee ontstaat dan een pijnclassificatie- en datamanagementsysteem (PCDMS). Met de classificatie kunnen somatische en psychische aspecten van het verschijnsel 'pijn' worden vastgelegd, alsmede beperkingen en probleemervaringen. Het datamanagementsysteem is operationeel en kan in de huidige configuratie worden gebruikt voor het geïntegreerd vastleggen van activiteiten rond het verwijs- en zorgproces van chronische-pijnpatiënten. Het is ook voorzien van een basismodule voor gebruik bij MTA-onderzoeken.

Het ligt in de bedoeling het PCDMS uit te breiden tot een centraal kennisreservoir voor klinici. Tevens kan het dienen als bron voor verdere relevante onderzoeksvragen. Aangezien hier sprake is van een dynamisch systeem, is doorlopende ontwikkeling van terminologieën en software een vereiste. De financiering hiervan en de gebruikersondersteuning moeten in toenemende mate uit researchprojecten zelf en gebruikerslicenties komen.

In 1996 zijn tevens een database en een Internet-site opgeleverd met informatie voor publieksvoorlichting. De database wordt ook ontsloten via Internet. Hiermee is ingespeeld op de behoefte om meer structuur te brengen in de informatievoorziening aan patiënten, reeds ontwikkelde producten toegankelijk te maken en hiaten in de informatie te inventariseren.

Het PCDMS en de database/Internet-site kunnen dienen als instrument voor het recent opgerichte landelijke platform voor pijnbestrijding. Met behulp van dit instrumentarium kan het platform invulling geven aan zijn rol van regisseur, die er onder andere op gericht is doublures te voorkomen. Ook kan richting worden gegeven aan nieuwe ontwikkelingen. Doordat met

het instrumentarium beter gestructureerde en eenduidiger informatie ter beschikking komt van het platform, zal het beleid (gewenst onderzoek, medische beslissingsmodellen, patiënteninformatie) zich eenvoudiger laten implementeren.

Verder kunnen de in het PCDMS vervatte modules voor kosteneffectiviteitsstudies, met daarbij relevante psychosociale en MTA-achtige meetinstrumenten, worden gebruikt bij de deskundigheidsbevordering. Een en ander kan in de vorm van kennismodules dienen als een routewijzer voor de behandeling van CBP-patiënten. Hiermee ontstaat een geheel nieuwe professionele standaard ofwel werkmethode voor het omgaan met het chronische

benigne pijnsyndroom. Door systematisch te werken, te registreren en met behulp van een centrale dataset te evalueren, ontstaat een 'lerende organisatie' in de pijnbestrijding, waardoor de afstemming tussen disciplines en eerste en tweede lijn kan verbeteren op basis van gezamenlijk inzichten.

Aangezien het PCDMS een flexibel gebruik toestaat (de dataset kan al naar gelang de mate van multidisciplinair werken en de mate van wetenschappelijk werken worden uitgebreid) kan het dienen als objectieve maat bij certificering. Doordat nationaal spiegelinformatie beschikbaar komt in het globale PCDMS (data-warehouse), kan lokaal beschikbare informatie op haar relevantie worden getoetst en de kwaliteit van zorg worden bewaakt.

Ook kan het PCDMS een belangrijke verbetering geven bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, met name bij het onderzoek naar de effectiviteit van verschillende behandelmethoden. De kwaliteit van dit effectonderzoek neemt toe en het zal eenvoudiger worden om de validiteit van het onderzoek te bepalen. Tevens zal de doorlooptijd van dit onderzoek aanmerkelijk worden bekort. Dit effect zal het grootst zijn wanneer ook de pijncentra in de niet-academische ziekenhuizen met het PCDMS werken, zodat een grote groep patiënten op basis van inclusie- en exclusiecriteria voor deze onderzoeken wordt gescreend. Tevens wordt het uitvoeren van multicenter studies eenvoudiger.

Gebleken is dat gezamenlijk onderzoek doen veel barrières kan slechten. Door deze aanpak te intensiveren, snijdt het mes aan twee kanten: de werkmethode wordt verspreid, en regionale- en nationale netwerkvorming wordt gestimuleerd.

Functioneren kenniscentra

De afstemming tussen de vier kenniscentra onderling is goed verlopen. De taakafbakening is adequaat geweest. Overlapping van activiteiten is niet of nauwelijks voorgekomen. De nu gegenereerde producten kunnen in elkaar worden geschoven en vertonen dan een evidente synergie. Hoewel er notoire voorbeelden zijn van verlamme competitie binnen academische samenwerkingsverbanden, is binnen het samenwerkingsverband van de academische kenniscentra veel onderlinge solidariteit getoond op de momenten dat dit nodig was. Hierbij zijn de verantwoordelijkheden niet verschoven. De cultuurverschillen tussen de cen-

De omslag van pijnwerkgroep naar pijncentrum is gemaakt

tra zijn een verrijking gebleken voor het functioneren van ieder centrum afzonderlijk. De wijze waarop de taakopdracht is uitgevoerd, heeft in alle vier de centra geleid tot een bijbehorende organisatorische opzet voor de uitvoer van de centrumfunctie.

Door de strakke organisatie binnen de kenniscentra en de prestatiegerichte samenwerking met de betrokken ziekenhuisafdelingen en vakgroepen van de medische faculteiten is de vrijblijvendheid uit de organisaties van de pijnbehandelcentra verdwenen. De omslag van pijnwerkgroep naar pijncentrum is gemaakt. De samenwerking met de andere academische ziekenhuizen is van de grond gekomen, maar bevindt zich nog te veel op het niveau van overleg en afstemming. Het is nog te veel overleg achteraf en te weinig overleg vooraf. Daarom is besloten om begin 1997 het beleidsplan voor de periode 1997 tot en met 2001 te bespreken met vertegenwoordigers van alle pijncentra. Het ligt in de bedoeling bij de uitvoering van dit vijfjarenplan op projectbasis tot verdere samenwerking met de andere academische ziekenhuizen te komen. Vanwege de omvang van deze projecten en de noodzaak om voldoende middelen per kenniscentrum te behouden voor andere onderdelen van zijn taakopdracht, is voor een aantal projecten financiering voorzien door NWO, Ziekenfondsraad en Ontwikkelingsgeneeskunde. Ook wordt naar samenwerking gestreefd met pijnteams in niet-academische ziekenhuizen. Door deze projecten mee te nemen bij het opzetten van de activiteiten van de kenniscentra, ontstaat een beter overzicht van het totaal aan ontwikkelingen. Hierin speelt voor de kenniscentra ook mee dat de door hen ontwikkelde instru- ■

menten zo breed mogelijk worden ingezet.

Bij de aanpak van de door staatssecretaris Simons geformuleerde knelpunten is een duidelijke vooruitgang geboekt. Er is gekozen voor een strategie die in eerste instantie niet is gericht op het kortetermijnsucces, maar die de problemen fundamenteel aanpakt. Door te kiezen voor een hoofdlijn die op de langere termijn rendeert, is het ook relatief eenvoudig gebleken om snel in te spelen op nieuwe taakstellingen ten gevolge van door 'het veld' gedefinieerde nieuwe knelpunten. Voor een deel hebben de kenniscentra de nieuwe taakstellingen die zich in de afgelopen drie jaar hebben aangediend, al opgepakt; dit mede doordat die zich manifesteerden bij de uitvoering van hun oorspronkelijke taakstellingen.

Binnen de vier Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn is ook goede vooruitgang geboekt met het effectonderzoek naar geavanceerde pijnbehandelingen. Zo werden in het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het Academisch Ziekenhuis Nijmegen prospectieve dubbelblinde studies afgerond naar de waarde van hitte-laesies op zenuwwortels bij cervicobrachialgie. Soortgelijk onderzoek vindt

plaats op het terrein van lage rugklachten; dit wordt het komende jaar afgerond. Onderzoek vormt een essentieel onderdeel van de centra in hun universitaire hoedanigheid en daarmee vormen ze in feite een onderzoeksschool voor pijnbestrijding. In de komende jaren zal aan het wetenschappelijk onderzoek extra aandacht worden besteed.

Naar is gebleken, is het concept van de kenniscentra uniek in Europa. Tevens geldt dit voor de filosofie die door de centra is ontwikkeld om tot een coherente en efficiënte pijnbestrijding te komen die gebaseerd is op 'evidence-based medicine'. In Europees verband wordt op verzoek van klinici en onderzoekers gewerkt aan een overdracht van zowel het concept als de filosofie van de kenniscentra voor pijn. Zo werd recent het PCDMS gepresenteerd op de vijfde conferentie van de European Collaborative Group for Pain Research (EuroPain) en daar met veel instemming ontvangen.

Projectmatige samenwerking van academische ziekenhuizen is nog weinig beproefd. Gebleken is dat de Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn in goede onderlinge afstemming een belangrijke aanzet hebben kunnen geven tot een landelijk

beleid inzake pijnbestrijding voor patiënten met een chronisch benigne pijnsyndroom. •

prof. dr. B.J.P. Crul,
coördinator Kenniscentrum voor Pijn AZN,
Nijmegen

dr. W.J. Meijler,
coördinator Kenniscentrum voor Pijn AZG,
Groningen

drs. M.P. Neeleman,
coördinator Kenniscentrum voor Pijn AZR,
Rotterdam

dr. W.E.J. Weber,
coördinator Kenniscentrum voor Pijn AZM,
Maastricht

mw. drs. M.J.W. 3Leeuwen,
manager/epidemioloog Kenniscentrum voor
Pijn AZN, Nijmegen

drs. R.M. Schippers,
Schippers Consultancy, Groningen

Literatuur

1. Tulder van MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995; 62: 233-40.
2. Gezondheidsraad. Advies inzake pijnbehandeling. 's-Gravenhage, 1986.

UITS PRAAK M E D I S C H T U C H T C O L L E G E

Arts onderhoudt behandelrelatie in combinatie met seksuele relatie

Uitspraak Medisch Tucht recht 's-Gravenhage d.d. 16 oktober 1996

Het College voor de beslissing in eerste aanleg in zaken van het Medisch Tucht recht te 's-Gravenhage heeft op 16 oktober 1996 de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van A, regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, B, inspecteur voor de gezondheidszorg, beiden werkzaam te Z, tegen C, psychiater, wonende te X, de persoon over wie wordt geklaagd, hierna aan te duiden als de arts.

1. Het verloop van het geding

Door middel van een brief van 16 januari 1996 met een groot aantal bijlagen hebben A en B, verder tezamen aan te duiden als de inspectie, de klacht aanhangig gemaakt. Namens de arts heeft mr. D, advocaat te W, op de klacht geantwoord. Nadat beide partijen zich nogmaals hadden uitgelaten, is bepaald dat de klacht ter terechtzitting van 16 oktober 1996

mondeling zou worden behandeld. De behandeling heeft plaats gehad in aanwezigheid van de inspectie, de arts en diens raadsman.

2. De klacht

De klacht houdt in dat de arts zich schuldig heeft gemaakt aan zeer laakbare handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig ondermijnen, dat hij in meer dan één opzicht dermate nalatig is geweest dat ernstige schade werd berokkend aan een van zijn patiënten en dat hij blijkt heeft gegeven van grove onkunde. Dit is gebaseerd op de omstandigheid dat de arts als behandelend psychiater een seksuele relatie met een patiënte is aangegaan en deze relatie in combinatie met de behandelrelatie heeft onderhouden. Daardoor heeft hij misbruik gemaakt van de ongelijkwaardige positie waarin hij ten opzichte van patiënte verkeerde,

alsmede de sterke mate van afhankelijkheid van patiënte van hem in zijn rol van behandelend psychiater. Bovendien heeft hij het risico genomen van het veroorzaken van ernstige schadelijke gevolgen bij zijn al ernstig getraumatiseerde patiënte. De arts heeft nage laten, ondanks de optredende door hem niet adequaat te beheersen overdrachtsfenomenen, de therapie tijdig, dat wil zeggen ruim voor de periode eind mei/begin juni 1994 waarin het seksuele contact voor het eerst plaatsvond, over te dragen aan een andere hulpverlener, zodat een duidelijk en volledig einde gemaakt zou zijn aan zijn fungeren als psychiater ten behoeve van bedoelde patiënte.

In de klacht wordt voorts gesteld dat het dossier van bedoelde patiënte niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet. In dit dossier