



## **'PIJN' VERDELEN?**

**een onderzoek naar verbetermogelijkheden van kwaliteit en logistiek bij  
de poliklinische revalidatiebehandeling van chronische pijnpatiënten**

Afstudeer thema: Zorglogistiek  
Docent begeleider: Prof. Dr. Ir. J. Vissers  
Docent meezeer: Mr. Dr. M. Buijsen  
Opdrachtgever: Drs. P.J. van Bragt (Rijndam revalidatiecentrum)  
Student meezeer: J. Mol  
Naam: H.L.M. Josse  
Nummer: 269160  
Datum: 15-06-2007  
Plaats: Breda

## Voorwoord

Het schrijven van dit voorwoord voelt voor mij eigenlijk aan als het schrijven van een nawoord. De periode van intensief bezig zijn met mijn studie wordt nu gemarkeerd met dit sluitstuk. De door de opleiding aangegeven deadlines in combinatie met mijn gezin en werk maakte dat de totstandkoming van deze scriptie een ware logistieke operatie is geweest. Hoewel het me in mijn huidige baan als afdelingsmanager van een poliklinische afdeling voor volwassen patiënten bij Rijndam revalidatiecentrum niet altijd meevalt om de werkzaamheden vooruit te plannen, is het afgelopen jaar gebleken dat planning veel kan opleveren. Voor mij was het “schaken op vele borden” derhalve een soms “pijnlijke” maar evenzeer leerzame periode. Een woord van dank is op zijn plaats voor Paul Verburg, mijn leidinggevende, die me in de gelegenheid heeft gesteld om deze “*cursus*” af te ronden. Zeker ook het vermelden waard zijn al mijn lotgenoten met wie ik de afgelopen jaren in contact heb gestaan en afspraken heb weten te maken over het uitwisselen van uitreksels van hoofdstukken uit boeken en of artikelen. Hierdoor heb ik mijn altijd schaarse tijd goed kunnen besteden. Niet te vergeten is ook het scriptie begeleidingsproces waar ik samen met mijn mede student Jeffrey Mol aan ben begonnen. Jeffrey, ik dank je hartelijk voor je veelal zeer nuttige commentaren en bewonder de wijze waarop je er altijd weer in slaagde om voor het schema uit te marcheren, recht op je doel af. Mijn scriptie begeleider

Prof. Dr. Ir. Jan Vissers dank ik voor de enorme rust die hij is blijven uitstralen tijdens het gehele afstudeerproces maar zeker ook voor zijn vakkundig coachen en de opmerkingen die hebben geleid tot dit eindproduct. Jan en Jeffrey, ik kijk met veel plezier terug op onze gezamenlijke bijeenkomsten. Tot slot wil ik mijn respect uitspreken over de wijze waarop het thuisfront Marianne, Job en Janne mijn studiejaar hebben doorstaan. Allereerst Marianne die me van het begin af aan heeft gesteund. Je hebt jezelf lange tijd weggecijferd en mij daarmee in staat gesteld tot het urenlang ongestoord terug trekken op onze zolder. Job en Janne, jullie steun was ook echt super. Veel te vaak heb ik jullie verzoeken om samen te spelen moeten afwijzen en zelfs vakantie vieren deden jullie zonder papa. Marianne, Job en Janne alle lofuitingen die de komende tijd naar verwachting aan mij geadresseerd zullen worden zijn zeker ook voor jullie bestemd. Zonder jullie steun was het me echt niet gelukt. Ik mag dan ook hopen dat ik in de toekomst net zoveel steun kan zijn voor jullie carrière of school als jullie voor mij zijn geweest.

Marco Joose

Juni 2007

## **Samenvatting**

### **Aanleiding**

Dit onderzoek richt zich op de verbetermogelijkheden van kwaliteit en logistiek bij de poliklinische revalidatiebehandeling van chronische pijnpatiënten. Het is uitgevoerd binnen de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum. De probleemstelling luidt als volgt: *“Wat zijn de te verwachten consequenties op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid en service, van het (her)verdelen van de poliklinische zorg aan chronische pijnpatiënten, binnen de divisie polikliniek volwassenen?”*

### **Theorie zorglogistiek**

In de theorie van zorglogistiek kan het uitgevoerde onderzoek worden getypeerd als een combinatie van unit en ketenlogistiek. Bij de unitlogistiek wordt de aandacht gelegd bij de benutting van capaciteiten en werklastcontrole terwijl bij ketenlogistiek de aandacht meer uitgaat naar het service niveau. Beide aspecten spelen in het onderzoek een rol.

### **Onderzoek**

Het onderzoek valt te typeren als een casestudie en richt zich op de poliklinische revalidatiezorg van chronische pijnpatiënten binnen de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum te Rotterdam. De informatie voor het beantwoorden van de probleemstelling is achterhaald door het houden van interviews en analyseren van kwantitatieve gegevens over de aard en omvang van de behandelde pijnpatiënten, de doorlooptijden, de service kwaliteit en de capaciteitsbenutting. De cijfers hebben betrekking op het jaar 2006.

### **Resultaten, conclusie en aanbevelingen**

Verbetermogelijkheden op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid en service worden verwacht wanneer de poliklinische chronische pijnpatiënten herverdeeld worden binnen de divisie. Hierbij is het van belang om voldoende volume te realiseren van de meest complexe categorieën pijnpatiënten.

De aanbevelingen richten zich op het ten uitvoer brengen van de herverdeling en daarmee de vastgestelde strategie (productleiderschap) te realiseren. Door uit te gaan van groepen patiënten die in logistieke zin homogeen en beter voorspelbaar zijn qua procesgang zal een vermindering kunnen gaan optreden van het altijd aanwezige spanningsveld tussen vraag en aanbod.

## Summary

### Reason

This is an investigation into possible improvements of not only the quality of care but also the operations management of the outpatient rehabilitation process of patients who suffer from chronic pain. The research was carried out within the outpatient division for adults of Rijndam rehabilitation centre which is located in Rotterdam, the Netherlands. The main research question is: *"What are the possible consequences in the area of quality, efficiency and service, when the outpatient care delivery will be more concentrated within the outpatient division for adults?"*

### Health operations management

In the theory of health operations management the perspective can be characterised as a combination of unit logistics and chain logistics. In unit logistics the focus is on the use of resources and workload control whereas in chain logistics the attention is more focused on the service level. Both aspects play a role in this research.

### Research

The research design has the format of a case study. The study focuses on the outpatient rehabilitation process of patients with chronic pain within the outpatient division for adults of Rijndam rehabilitation centre. The information for answering the main research question has been retrieved by doing interviews and analysing quantitative data concerning the nature and scope of the patients treated, the duration time of the process, the service quality and the capacity use. The data used is related to the year 2006.

### Results, conclusion and recommendations

Arguments are provided that concentration of the care delivery to patient who suffer from chronic pain can result in possible improvements in de area of quality, efficiency and service are indeed expected when the policlinic care to patients who suffer from chronic pain will be given in a more centralised way within the policlinic division for adults. For realising that goal it is important to create sufficient volume of the most complex categories of patients who suffer from chronic pain.

The recommendations focus on how the rehabilitation process within de division can be organised in a more concentrated way in order to realise the strategy of being product leader. By distinguishing groups of patients who are in logistical sense homogeneously and better predictable with regards to the process, a reduction will be accomplished in the always present tension between supply and demand.

## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk</b>	<b>Pagina</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2. Theoretisch kader</b>	<b>9</b>
2.1 Inleiding	9
2.2 Logistieke bedrijfsvoering	9
2.3 Bedrijfsleven	9
2.4 De verschillen	10
2.5 Zorglogistiek	11
2.6 Capaciteiten	12
2.7 Service kwaliteit	13
2.8 Besturingsraamwerk	17
2.9 Strategie	18
2.10 Conceptueel model	19
<b>3. Methode van onderzoek</b>	<b>20</b>
3.1 Inleiding	20
3.2 Het onderzoeksdesign	20
3.3 Wijze van data verzamelen	20
3.4 Afdelingen en respondenten	21
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	22
3.6 Rol van de onderzoeker	23
<b>4. De resultaten</b>	<b>23</b>
4.1 Inleiding	23
4.2 De procesbeschrijving	23
4.3 Omvang van de chronische pijnpatiënten	26
4.4 Doorlooptijden	32
4.5 Service kwaliteit	33
4.6 Bottlenecks en knelpunten	37
4.7 Veranderingen bij herverdelen	38
4.8 Verwachte effecten	38
<b>5. Discussie en Conclusie</b>	<b>40</b>
5.1 Inleiding	40
5.2 Beantwoording van de deelvragen en analyse	40
5.3 Discussie	46
5.4 Conclusie	48
<b>6. Aanbevelingen</b>	<b>49</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>50</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>51</b>

## 1. Inleiding

### Achtergrond informatie

Dit afstudeerproject is uitgevoerd in Rijndam revalidatiecentrum. Deze zorgaanbieder richt zich op revalidatie als medisch specialisme binnen de curatieve sector. Rijndam neemt in Rijnmond en Zuidwest Nederland een centrale positie in. Binnen deze regio is Rijndam revalidatiecentrum de enige aanbieder van klinische revalidatiegeneeskundige zorg voor volwassenen en kinderen. Rijndam revalidatiecentrum is tevens een van de grootste aanbieders van poliklinische revalidatiegeneeskundige zorg voor volwassenen en kinderen in de regio Rijnmond. Het onderzoek richt zich op de divisie polikliniek volwassenen. De zorg binnen deze divisie wordt verdeeld over een drietal afdelingen aangeboden. De poliklinische behandelafdeling 1 (PBA 1) is gevestigd op de locatie Westersingel te Rotterdam en de andere twee afdelingen voeren hun activiteiten uit bij een drietal ziekenhuizen namelijk het Sint Franciscus Gasthuis en het IJsselland ziekenhuis te Rotterdam (poliklinische behandelafdeling 4, PBA4) en het Vlietland ziekenhuis te Vlaarding (poliklinische behandelafdeling 3, PBA3). In bijlage 1 is het organogram van de organisatie opgenomen.

Bedrijfsmatig maximaal presteren zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg is de uitdaging waar niet alleen de aangegeven poliklinische revalidatie afdelingen voor staan maar waar met de komst van de marktwerking nagenoeg iedere zorginstelling mee bezig zal zijn. Dit zorglogistieke onderzoek richt zich op het verwerven van inzichten ten aanzien van de zorglogistiek rondom chronische pijnpatiënten binnen de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum. In een recent onderzoeksrapport van een op de locatie Westersingel uitgevoerd onderzoek (Groot 2006) werd erop gewezen dat het voor een optimale logistieke patiëntenstroom raadzaam is om homogene patiëntencategorieën te definiëren.

Vanuit dit perspectief van homogene patiëntengroepen dient zich binnen het management team van de divisie polikliniek volwassenen de vraag aan of de zorg aan ondermeer deze chronische pijnpatiënten op de genoemde drie locaties (her)verdeeld zou moeten worden.

Daarnaast zijn er ook vanuit het perspectief van toegankelijkheid argumenten om de poliklinische revalidatie behandeling aan chronische pijnpatiënten te verbeteren. De wachttijden zijn bijvoorbeeld regelmatig onacceptabel lang en zijn te beschouwen als een verlies aan kwaliteit van zorg.

In dit onderzoek zal het zorglogistieke revalidatieproces van de chronische pijnpatiënten binnen de divisie polikliniek volwassenen bij Rijndam revalidatiecentrum beschreven worden

evenals de keuzes die ten grondslag liggen aan het wel of niet centraal gaan behandelen van deze patiënten. De performance indicatoren van doorloop en capaciteitsinzet maar ook de informatie over verwijzers en adhaerentie gebied van de afdeling worden daarbij geanalyseerd.

De relevantie van de keuze voor dit onderzoek is terug te voeren op enerzijds bij deze patiëntendoelgroep regelmatig terugkerende lange wachttijden maar anderzijds op de strategisch te maken keuzes en de hieraan verbonden consequenties. Met de aanbevelingen die voortkomen uit dit onderzoek kunnen verbeteringen aangebracht worden die betrekking hebben op de geboden kwaliteit en logistiek bij de poliklinische revalidatiebehandeling van volwassen chronische pijnpatiënten binnen de divisie polikliniek volwassenen van in eerste instantie Rijndam revalidatiecentrum. Wellicht kampen ook andere zorginstellingen met soortgelijke problemen. De bevindingen uit dit onderzoek zouden dan ook door hen gebruikt kunnen worden voor verbeteringen op het gebied van kwaliteit en logistiek.

### **Probleemstelling, deelvragen en doelstelling**

Op basis van bovenstaande probleemverkenning, en aanleiding van het onderzoek is de volgende probleemstelling met deelvragen en doelstelling geformuleerd.

De probleemstelling luidt:

*“Wat zijn de te verwachten consequenties op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid en service, van het (her)verdelen van de poliklinische zorg aan chronische pijnpatiënten, binnen de divisie polikliniek volwassenen?”*

Om te komen tot een beantwoording van bovenstaande probleemstelling zullen gericht antwoorden gezocht worden op onderstaande deelvragen:

1. Hoe is de zorg voor chronische pijnpatiënten nu georganiseerd en waarom?
2. Wat is de aard en omvang van de binnen de divisie polikliniek behandelde chronische pijnpatiënten?
3. Wat zijn de doorlooptijden van de diverse fasen in het proces?
4. Wat is het gewenste niveau van service kwaliteit voor de zorgprocessen van deze doelgroep?
5. Wat zijn de knelpunten en bottlenecks?
6. Wat gaat er veranderen bij (her)verdelen, centraal aanbieden, van de zorg en welke strategische overwegingen spelen hierbij een rol?
7. Wat zijn de te verwachten effecten voor patiënten, medewerkers en organisatie wanneer de zorg centraal aangeboden, (her)verdeeld, gaat worden?

8. Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden om de eventuele negatieve effecten op te vangen?

Met dit onderzoek wordt beoogd, aanvullend op het onderzoek van Groot (2006), aanbevelingen te doen die een bijdrage kunnen leveren aan de toekomstige, meer op kwaliteit en doelmatigheid gerichte, bedrijfsvoering van specifiek de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum .

### **Opbouw van het verslag**

In het voorafgaande zijn de probleemverkenning en aanleiding geschetst. Tevens zijn de probleemstelling, de deelvragen en de doelstelling van het onderzoek geformuleerd. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader besproken dat zich vooral richt op de logistiek van de zorg. De methode van onderzoek komt in hoofdstuk 3 aan bod, waarbij onder andere het onderzoeksdesign en de wijze van data verzamelen wordt besproken. Hoofdstuk 4 behandelt de resultaten van het uitgevoerde onderzoek. In hoofdstuk 5 staan niet alleen de conclusies beschreven en wordt antwoord gegeven op de probleemstelling en deelvragen maar wordt ook het onderzoek bediscussieerd. In het zesde en tevens laatste hoofdstuk volgen de aanbevelingen.



## **2 Theoretisch kader**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt het theoretische perspectief beschreven voor dit onderzoek. Per paragraaf worden ter illustratie voor zover als mogelijk voorbeelden gebruikt van de situatie in Rijndam revalidatiecentrum waar dit onderzoek betrekking op heeft.

### **2.2 Logistieke bedrijfsvoering**

Soms lijkt het erop alsof er sprake is van concurrentie tussen de aanpak van kwaliteitsmanagement en de logistieke benadering, met name als het gaat om een project te typeren; de een noemt het een logistiek en de ander een kwaliteitsproject (Vissers 2004). Met dit citaat wordt een voor menigeen herkenbaar punt aangestipt, dat de ogenschijnlijke tegenstelling tussen logistiek en kwaliteit niet zo scherp is als sommigen geloven. De kwaliteit van zorg en logistiek valt te beschouwen als onlosmakelijk verbonden met elkaar. In ziekenhuizen staan logistieke besturingsystemen nog in de kinderschoenen vergeleken met het bedrijfsleven; daar is namelijk altijd al sprake geweest van marktwerking en is zowel kwaliteit als doelmatigheid van belang voor het voortbestaan van een bedrijf. Nu in de zorg met het veranderde zorgstelsel sprake is van marktwerking en daarmee naast kwaliteit ook doelmatigheid een grotere rol gaat spelen, zal de zorglogistiek aan belangstelling van menig bestuurder van een zorginstelling gaan winnen. Bertrand en de Vries (2005) hebben bekeken welke lessen uit het bedrijfsleven geleerd kunnen worden. Hun conclusie was dat er voor de gezondheidszorg zeer bruikbare stromingen bestaan. Vanwege de beperkt beschikbare tijd en ruimte is er voor gekozen om de bespreking ervan summier te houden.

### **2.3 Bij het bedrijfsleven**

De Vries en Hiddema (2001) geven aan dat in het bedrijfsleven met logistiek bedoeld wordt op het gehele proces van maken tot leveren (van korrel tot borrel). Vervolgens wordt dit proces opgedeeld in twee soorten logistiek namelijk de productielogistiek (binnen het bedrijf) en de distributielogistiek (hoe komt het bij de klant). Voor de logistiek van productie processen zijn de volgende concepten ontwikkeld: het focused factory concept, het just in time concept en de supply chain concepten.

- Het focused factory concept is ontwikkeld door Skinner (1985) en gaat uit van het idee dat een operationeel proces ontworpen moet worden voor een homogene groep producten of diensten, om zo productie en aflevering ervan te ondersteunen. Homogeniteit verwijst naar kwaliteit en benodigdheden voor de producten/diensten in de markt en de hulpmiddelen die voor productie nodig zijn.

- Het just in time concept verwijst naar de productie en procestechiek principes die ontwikkeld zijn in de Toyota fabrieken in de jaren 60 voor hun ontwerp en controle van hun productiesysteem. Het doel van just in time productie was het produceren van een variëteit aan eindproducten met korte looptijden zonder te hoeven investeren in voorraden van tussenproducten.
- De supply chain concepten zijn veelal ontwikkeld in omgevingen waar de coördinatie van opeenvolgende productiebeslissingen (en capaciteitsbeslissingen) een complex probleem geworden is dat niet vermeden kan worden. Een aantal methoden en technieken is ontwikkeld om met die complexiteit om te gaan zoals Material Requirements Planning (MRP) en Optimized Production Technology (OPT). MRP en OPT nemen het product en proces ontwerp als gegeven, en vertrouwen sterk op informatietechnologie om zo een beeld te krijgen van de verhoudingen van de materiaalvoorziening in de supply chain, de operationele kenmerken van het fabricageproces, de status van de supply chain op het gebied van voorraden of de uitstaande orders en het werk in de pijplijn. Voor meer informatie over deze concepten zie de bijdrage van Bertrand en de Vries (2005).

## 2.4 De verschillen

Zorglogistiek kent op een aantal punten verschillen met logistiek in het bedrijfsleven (zie tabel 1).

Proces kenmerk	Industrie	Zorg
Object	Goederenstroom	Patiëntenstroom
Leverspecificaties eindproduct	Grotendeels bekend	Grotendeels onbekend
Productie middel	Bediende machines	Professionals
Financieel doel	Winst maken	Kosten beheersen
Buffers	Voorraden levertijden	Wachttijden en wachtrijen
Marktwerking	Volledig	Beperkt

Tabel 1: verschillen tussen zorgprocessen en industriële processen (Vissers & De Vries 2005).

Bij de industrie heeft de logistiek betrekking heeft op de goederen die geproduceerd en ook afgeleverd moeten worden bij de klant. Dit betekent dat deze logistiek de goederenstroom betreft terwijl de zorglogistiek betrekking heeft op diensten die geleverd worden aan de patiënt. Hierbij speelt in de zorg tevens mee dat op voorhand moeilijk te specificeren is waar

het eindproduct precies aan moet voldoen, dit in tegenstelling tot de producten bij de industrie waar veelal gespecificeerde producteisen worden voorgeschreven. De middelen die hierbij gebruikt worden zijn voor de industrie veelal machines terwijl in de zorg het primaire proces zich kenmerkt door diensten van professionele hulpverleners. De voorkomende buffers vertalen zich bij de industrie in voorraden of levertijden terwijl dit in de zorg wachttijden en wachtlijsten zijn die maar zeer beperkt als acceptabel beschouwd kunnen worden. Hoewel de marktwerking zijn intrede gedaan heeft, gaat het in de zorg niet om een vrije markt zoals bij de industrie en zijn er veel regels vastgelegd in wetgeving om daarmee ongewenste effecten van een volledige vrije markt tegen te gaan. Tot slot is het perspectief van een zorginstelling niet gericht op het maken van winst, zoals bij de industrie, maar meer gericht op leveren van goede zorg met een focus die gericht is op het beperken van de kosten. In de hierna volgende paragrafen zal verdere verdieping plaats vinden gericht op de wijze waarop vanuit de literatuur tegen zorglogistiek aangekeken wordt.

## **2.5 Zorglogistiek**

Unit-, keten- en netwerklogistiek zijn benaderingen die door Vissers & Beech (2005) voor de zorg geïntroduceerd zijn en bieden een perspectief om de logistiek in de zorg te onderzoeken. Unitlogistiek heeft vooral betrekking op de processen die zich afspelen binnen de muren van een unit. Bij Rijndam revalidatiecentrum heeft dit betrekking op de wijze waarop de zorg op een afdeling ingericht is, bijvoorbeeld de poliklinische behandelafdeling voor volwassenen op de locatie Westersingel, kortweg PBA1 genoemd.

Ketenlogistiek heeft betrekking op de zorg die opeenvolgend op verschillende momenten en locaties aan een bepaalde patiëntendoelgroep wordt verleend. In het kader van dit onderzoek heeft dit betrekking op de wijze waarop het logistieke proces van de zorg aan chronische pijnpatiënten verloopt. Deze patiënten kunnen bijvoorbeeld op de klinische behandelafdeling (KBA1) worden opgenomen, nadat ze bij de huisarts of medisch specialist op consult zijn geweest en doorverwezen zijn naar de revalidatiearts. De revalidatiearts stelt de indicatie vast voor een klinische opname en na verloop van tijd wordt deze fase gevolgd door de poliklinische revalidatie op de afdeling PBA1.

Netwerklogistiek is een combinatie van bovengenoemde perspectieven. Voor wat betreft de poliklinische afdeling heeft deze benaderingswijze betrekking op de manier waarop de zorg bij een poliklinische afdeling zoals PBA1 is ingericht en verloopt. Immers naast de chronische pijn patiënten maken ook andere patiënten doelgroepen gebruik van dezelfde

capaciteiten. In de onderstaande tabel worden de verschillende benaderingen op diverse items met elkaar vergeleken.

Item	Unitlogistieke benadering	Ketenlogistieke benadering	Netwerklogistieke benadering
Focus punt	Capaciteiten benutting en werklust controle	Service niveau	Wisselwerking tussen service niveau en capaciteiten benutting
Sterk punt	Capaciteiten management	Proces management	Combinatie
Zwak punt	Niet proces georiënteerd	Niet gerelateerd aan het gebruik van capaciteiten	Meer moeite
Geschikt voor	Doelmatigheids analyses	(her)Ontwerp van een proces	Herontwerp en doelmatigheid

Tabel 2 Verschillen tussen soorten logistiek (Vissers & Beech 2005).

In alle perspectieven zal de logistieke performance afhankelijk zijn van de aanwezige capaciteiten. Het betreft immers in alle gevallen het verschil tussen zorgvraag en zorgaanbod. Met de beschikbare capaciteiten moet worden voorzien in een adequate beantwoording van de hulpvragen die door de chronische pijnpatiënten gesteld worden. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op wat er wordt verstaan onder capaciteiten.

## 2.6 Capaciteiten

Capaciteit is het vermogen om iets te kunnen produceren. Het woord capaciteit wordt in de logistieke literatuur op die manier gehanteerd en zo wordt bijvoorbeeld onderzocht wat een bedrijf de klant of patiënt kan bieden. Hetgeen geboden kan worden heeft dan betrekking op ruimte, apparatuur, personeel en vooral ook tijd voor de klanten of patiënten. Visser & Beech (2005) brengen op verschillende manieren onderscheid aan in capaciteitssoorten:

- Gedeelde en ongedeelde,
- Leidende en volgende,
- Knelpunt of bottleneck,
- Continu of discontinu beschikbaar.

Kijkend naar een poliklinische revalidatieafdeling zoals PBA1 waar de revalidatiearts een eigen kamer heeft en deze ruimte niet gedeeld hoeft te worden met andere gebruikers, is de kamer een ongedeelde capaciteit. De revalidatiearts en therapeuten die chronische pijnpatiënten behandelen zien naast deze patiëntendoelgroep ook nog patiënten die tot een

andere doelgroep behoren. Daarmee zijn zij, in tegenstelling tot de genoemde kamer, als een gedeelde capaciteit te beschouwen. Niet altijd is de revalidatiearts beschikbaar in verband met bijvoorbeeld persoonsgebonden afspraken over werktijden en is hij/zij daarmee een discontinue capaciteitsoort. Omdat de revalidatiearts verantwoordelijk is voor de indicatiestelling van een revalidatiebehandeling worden alle patiënten die verwezen zijn allereerst uitgenodigd voor een eerste consult bij de revalidatiearts. Dit maakt dat deze rol van de revalidatiearts gezien kan worden als een leidende capaciteitsoort, immers pas na het eerste consult worden eventueel volgende disciplines ingezet voor de revalidatiebehandeling. Er zou sprake zijn van een bottleneck capaciteitsoort wanneer zou blijken dat de wachttijd voor een eerste consult bij de revalidatiearts langer is dan de wachttijd voor een eerste behandeling bij bijvoorbeeld een fysiotherapeut.

Uiteindelijk kun je de logistieke uitkomsten van de zorgprocessen vertalen naar verschillende soorten wachttijden die verderop na service kwaliteit worden besproken.

## 2.7 Service kwaliteit

Voor klanten is het verschil tussen hun verwachtingen over de service van een dienstverlenend bedrijf en de feitelijk ervaren dienstverlening maatgevend voor de kwaliteit van de service (Van Wijk 2006). Naarmate het verschil geringer is zal de waardering van de klanten hoger zijn. Door Parasuraman et al (1988) is reeds enige tijd geleden een meetinstrument (servqual) ontwikkeld waarbij een vijftal dimensies worden gehanteerd waar klanten in het algemeen de dienstverlening op beoordelen;

- Tastbare zaken, zoals instrumentarium, folders en verblijf in een instelling
- Betrouwbaarheid waarmee de dienstverlening uitgevoerd wordt. *In de zorg kan je dit vertalen als de mate waarin de gemaakte afspraken ook worden nagekomen maar ook de mate waarin er sprake is van goed hulpverlenerschap, professioneel handelen.*
- Bereidwilligheid om de klanten daadwerkelijk van dienst te zijn. *In de zorg kan je dit invullen met de mate van vraaggerichtheid van de zorgverlening maar ook de wachttijd is te beschouwen als een probleem wanneer instellingen niet de bereidwilligheid tonen om te reageren wanneer deze onacceptabel lang wordt.*
- Bejegeningaspecten die bijdragen aan het vertrouwen in de dienstverlener.
- Empathie die ervaren is tijdens het uiteindelijke moment van dienstverlening.

Gezien de noodzakelijke afbakening bij het doen van dit onderzoek is ervoor gekozen om enkele aspecten van deze dimensies op het gebied van service kwaliteit verder te belichten en

wordt in de volgende paragrafen stilgestaan bij de kwaliteitsprofielen voor pijnrevalidatie en de wachttijden voor patiënten .

### **2.7.1 Kwaliteitsprofielen**

Voor de uitvoering van pijnrevalidatie is een door de vereniging van revalidatieartsen erkend consensus document opgesteld ( zie bijlage 2). Dit document is de bron voor deze paragraaf. In het document worden ondermeer kwaliteitsprofielen beschreven waaruit per categorie van pijnpatiënten opgemaakt kan worden wat gezien moet worden als de doelgroep, wat de behandeldoelen hiervoor zijn, wat de in- en exclusie criteria zijn voor pijnrevalidatie, waar het zorgaanbod aan moet voldoen, wat de specifieke eisen zijn en over welke documentatie een instelling die zorg verleend aan chronische pijnpatiënten moet beschikken.

Het document geeft aan dat naarmate psychische en sociale factoren een belangrijkere (onderhoudende of veroorzakende ) rol spelen is meer inzet van psychosociale hulpverleners nodig, meer gespecialiseerde kennis en vaardigheden van alle hulpverleners en is in toenemende mate 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.

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 er duidelijkheid en kunnen kwaliteitsprofielen per niveau beschreven worden.

In bijlage 2 staan deze vier kwaliteitsprofielen opgenomen die betrekking hebben op de poliklinische chronische pijnrevalidatie.

Door de werkgroep consensus pijnrevalidatie, een samenwerkingsproject van de werkgroep pijnrevalidatie Nederland (van de beroepsvereniging van revalidatieartsen) en het Pijn Kennis Centrum Maastricht, 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.

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.

Bij chronische pijn<sup>1</sup> 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 (aspecifieke pijn).

In het kader van deze visie wordt gesproken 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.

Bij pijnproblematiek kan er onderscheid gemaakt worden in pijnklachten waarbij

- vooral somatische (lichamelijke) 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 belangrijkere (onderhoudende) rol spelen.

Vanuit praktisch oogpunt heeft de werkgroep pijnrevalidatie Nederland (WPN), van de beroepsvereniging voor revalidatieartsen, een onderverdeling gemaakt in vier niveaus van pijnproblematiek. Hierbij wordt volgens hen de werkelijkheid enigszins geweld aangedaan

---

<sup>1</sup> Alle informatie over de aard van de pijn patiënten is overgenomen uit een door de vereniging van revalidatie artsen samengesteld document (zie bijlage 2)

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 twee niveaus bevinden zich daartussen.

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 oorzakelijke en of onderhoudende factoren een rol per individuele patiënt in een andere verhouding en zwaarte.

## 2.7.2 Wachttijden

Voor de sturing van processen geldt één belangrijke grondregel: zorg dat de vraag en aanbod op elkaar afgestemd zijn (De Vries & Hiddema 2001). De praktijk in veel zorginstellingen laat nog regelmatig zien dat dit een blijkbaar lastige opgave is. Deze afstemming tussen vraag en aanbod kan uitmonden in wachten om toegang te krijgen tot de gewenste zorginstelling. Dit wordt ook wel de toegangstijd genoemd en is de tijd die verstrijkt tussen de aanmelding en het eerste consult. Als wachttijd wordt beschouwd de tijd die verstrijkt nadat de indicatie voor zorg is vastgesteld en het moment waarop de geïndiceerde zorg geleverd wordt. Tot slot bestaat er nog een zogenaamde doorlooptijd die een weergave geeft van de totale tijd dat een patiënt in behandeling is geweest. In de revalidatiezorg voor poliklinische chronische pijnpatiënten betekent dit dat bij een groter aanbod van patiënten in eerste instantie de revalidatiearts, maar later in het proces ook bij andere disciplines meer tijd ingeruimd moet worden in de werkroosters om zo lange toegangstijden en of wachttijden voor de patiënten te voorkomen.

Ziekenhuiszorg	Maximaal aanvaardbaar
toegangstijd voor polikliniek	4 weken
wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling	4 weken
wachttijd tot de feitelijke behandeling (dagopname)	6 weken
wachttijd tot de feitelijke behandeling (kliniek)	7 weken

Tabel 3 Maximaal aanvaardbare wachttijden (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2006).

Wachten op (niet-acute) zorg is normaal en in principe ook niet zorgelijk, zolang het niet leidt tot gezondheidsschade of onnodig lang werkverzuim. In het zogenaamde Treekoverleg hebben zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in



de zorg. Per sector en soms per zorgproduct zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden vastgesteld, de zogenaamde Treeknormen. De voor de ziekenhuiszorg geldende Treeknormen zijn van ook toepassing op de revalidatiezorg. Voor de poliklinische chronische pijnpatiënten die naar een revalidatiearts zijn verwezen telt dus een wachttijd van maximaal vier weken voor een eerste consult bij de revalidatiearts en maximaal nog zes weken voor aanvang van de revalidatiebehandeling. De afstemming van vraag en aanbod verloopt niet als vanzelfsprekend. De kunst is om net zoveel personeel en voorzieningen beschikbaar te hebben als nodig zijn, op ieder moment, in de juiste mix van hoeveelheid en kwaliteit en deskundigheid (De Vries & Hiddema 2001). Ideeën over hoe deze afstemming kan verlopen, wordt in de volgende paragraaf uiteengezet.

## 2.8 Besturingsraamwerk

Door Groot et al (1993) worden een vijftal niveaus met termijnen aangegeven waarmee, voor de afstemming van patiëntenstromen en capaciteit, onderscheid werd aangebracht in de besluitvorming. Door De Vries & Hiddema (2001) werden hier een aantal termen aan toegevoegd waarmee de beslisfuncties werden aangeduid, namelijk: positioneren, alloceren, beschikken, inzetten en benutten. Door deze laatste auteurs is dit in een tabel geplaatst die op een heldere manier inzicht verschaft in de besturingsopgave waar iedere zorginstelling voor staat.

Niveau	Tijdshorizon	Beslissingsfunctie
Strategische planning	2-5 jaar	Wat gaat het ziekenhuis in de toekomst doen: <i>positioneren</i>
Patiëntenstroom hoofdplanning	1-2 jaar	Wat gaat het ziekenhuis in de komende periode doen (productieafspraken): <i>positioneren en alloceren.</i>
Capaciteitstoewijzing (volume)	Maanden tot 1 jaar	Hier worden de capaciteiten verdeeld over de specialismen: <i>alloceren en beschikken</i>
Capaciteitsroostering (tijd)	Weken tot maanden	Hoe worden de capaciteiten geroosterd: <i>beschikken en inzetten</i>
Operationele planning	Dagen tot weken	Wie wordt door wie behandeld: <i>inzetten en uitvoeren</i>

Tabel 4 Productie besturingsniveaus met bijbehorende tijdshorizon en beslisfunctie (De Vries & Hiddema 2001).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Dit besturingsmodel kent een nieuwe versie dat zich ondermeer vanwege zijn uitgebreidere weergave minder goed leende voor vermelding in dit onderzoek.

Bij de poliklinische revalidatieafdelingen waar de chronische pijnpatiënten van Rijndam revalidatiecentrum behandeld worden, zijn planners op het operationele niveau actief om voor therapeuten van allerlei disciplines behandelafspraken te maken met patiënten.

De capaciteitsroostering wordt gedaan door de afdelingsmanager van een bepaalde afdeling in samenspraak met de planners van die afdeling.

De capaciteitstoewijzing van de diverse disciplines gebeurt door de afdelingsleiding in samenspraak met de divisieleiding. Tot slot, de besluitvorming over patiëntenstroom hoofdplanning en de strategische planning wordt gedaan door de divisieleiding en directie in samenspraak met het managementteam van Rijndam.

Onderzoek dat is gedaan naar poliklinische zorgprocessen van CVA patiënten door Groot (2006) op de poliklinische revalidatieafdeling, locatie Westersingel te Rotterdam (PBA1), is uitgevoerd vanuit het perspectief van het derde en vierde niveau en leverde ondermeer de aanbevelingen op om te komen tot definiëring van homogene patiëntengroepen ten aanzien van de onderzochte patiënten doelgroep. Met die aanbeveling werd een optimalisatie van de logistieke patiëntenstroom beoogd. Dit onderzoek wil kijken vanuit het perspectief van niveau 1 en 2 om te komen tot uitspraken die de (her)inrichting van de divisie polikliniek aangaan.

Hiervoor is het uiteraard van belang om te weten wat de ambities van Rijndam revalidatiecentrum zijn en wat het langere termijn strategisch beleidsplan hierover aangeeft. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

## **2.9 Strategie**

Rijndam kiest als generieke strategie voor productleiderschap. Dat houdt in permanente ontwikkeling en behoud van specialistische revalidatiegeneeskundige zorg (van Bragt 2007). Hierbij wordt een tweetal randvoorwaarden vermeld: (kosten)effectief handelen en bewaking van een gezonde draagkracht-/draaglast verhouding bij medewerkers.

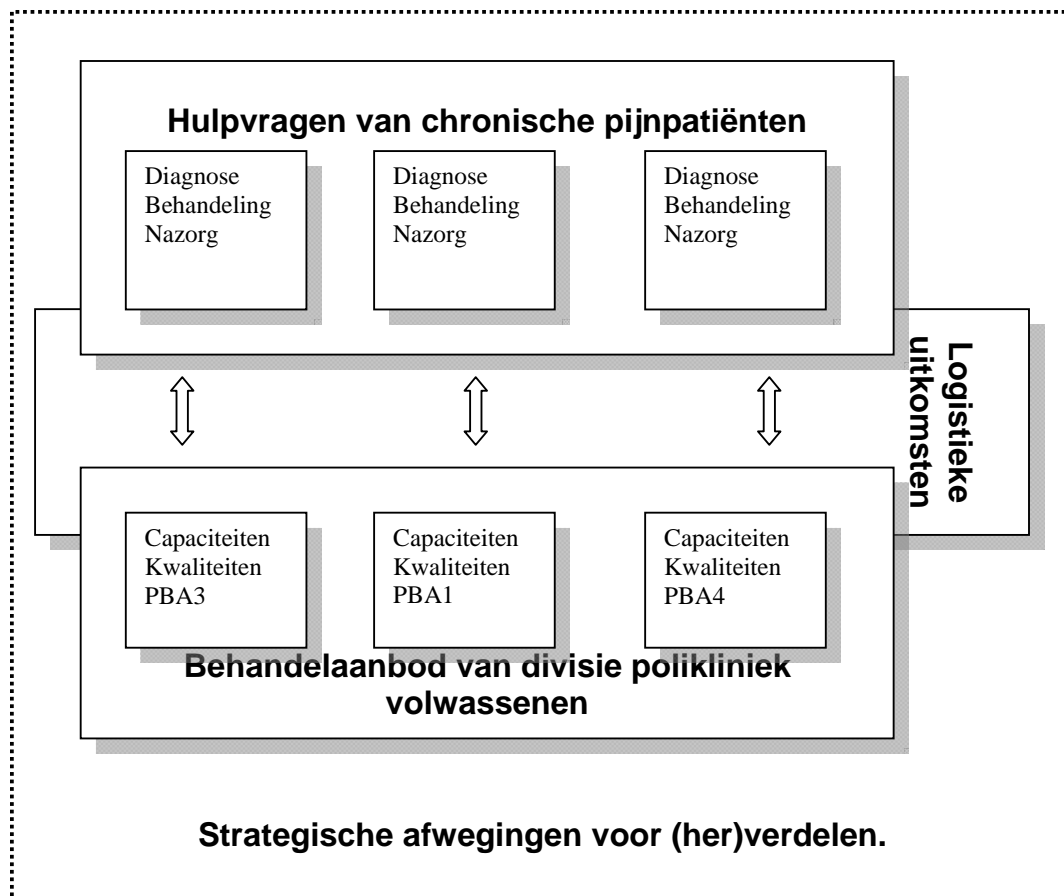
Door van Bragt (2007) wordt aangegeven dat dit eisen stelt aan bijvoorbeeld de logistiek van het aanmeldings- en opnameproces, duidelijkheid over indicatiecriteria, een effectieve inzet van de capaciteit van Rijndam en een efficiënt georganiseerd behandelproces.

Vrij vertaald wil Rijndam revalidatiecentrum de beste revalidatiezorg leveren op een doelmatige en doeltreffende manier en gericht op doelgroepen, zorgproducten. Vanuit het perspectief van de drie generieke strategieën door Porter (1996) beschreven (1 Product differentiatie, *eerste in de markt*; 2 Kosten minimalisatie, *goedkoopste in de markt*; 3 Niche/specialisatiestrategie, *eigenaar van deelmarkt*) is de term productleiderschap te

vertalen als eerste in de markt willen zijn passend bij de strategie van product differentiatie. Dit onderzoek naar verbetermogelijkheden van kwaliteit en logistiek bij de poliklinische behandeling van chronische pijnpatiënten lijkt dan ook passend bij de ambities uit het strategische beleidsplan van Rijndam revalidatiecentrum. Tot op heden wordt de zorg voor de chronische pijnpatiënten bij Rijndam revalidatiecentrum op drie poliklinische afdelingen verspreid aangeboden en daarnaast ook nog op een klinische afdeling. Vanuit dit perspectief is het niet verwonderlijk dat de vraag zich aandient of de zorg meer geconcentreerd aangeboden zou moeten gaan worden teneinde het productleiderschap voor wat betreft de revalidatie behandeling van chronische pijn te bemachtigen of te behouden.

## 2.10 Conceptueel model

In onderstaande figuur is het verband getoond tussen de verschillende variabelen die in mijn onderzoek een rol spelen.



Figuur 1 conceptueel model

Bij de inrichting van de poliklinische revalidatiezorg aan chronische pijnpatiënten speelt zich als te doen gebruikelijk een spanningsveld af tussen enerzijds de vraagzijde en anderzijds de

aanbodzijde. De mate waarin, bij de divisie polikliniek volwassenen, de logistieke afstemming maar ook de kwaliteit kan verbeteren is waar dit onderzoek naar op zoek gaat.

Welke consequenties kunnen gekoppeld worden aan de strategische keuzes? Zijn er verbetermogelijkheden op het gebied van kwaliteit en logistiek?

Met de blokken PBA1, 3 en 4 worden de drie verschillende afdelingen aangeduid die samen de divisie polikliniek volwassenen vormen. Op dit moment wordt poliklinische zorg voor chronische pijn patiënten op alledrie de locaties aangeboden. De vraag dient zich aan of met het (her)verdelen van deze zorg de kwaliteit en de doelmatigheid kan verbeteren. Met de blokpijlen wordt het spanningsveld bedoeld wat per locatie bestaat tussen vraag en aanbod.

### **3. Methode van onderzoek**

#### **Inleiding**

Dit hoofdstuk beschrijft de methode die in dit onderzoek is gehanteerd. Hierbij zal niet alleen aandacht besteed worden aan het gekozen onderzoeksdesign maar ook aan de wijze waarop de data verzameld is. Tot slot zal de validiteit en de betrouwbaarheid aan bod komen.

#### **Het onderzoeksdesign**

Dit onderzoek betreft een casestudie. In een casestudie wordt onderzoek gedaan naar een of meer personen, een gebeurtenis, een activiteit of een proces. Het onderwerp van studie is duidelijk afgebakend in tijd en inhoud. De onderzoeker verzamelt gedetailleerde informatie gedurende een bepaalde periode en gebruikt hierbij diverse methoden van dataverzameling (Creswel 2003). Het onderzoek richt zich op de poliklinische revalidatiezorg processen van chronische pijnpatiënten binnen de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum. De resultaten zullen daarmee alleen relevant zijn voor Rijndam.

#### **Wijze van data verzamelen**

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met respondenten is inzicht verkregen hoe het proces voor pijnpatiënten per afdeling is ingericht. Voorafgaand aan het interview hebben de respondenten een topiclijst toegestuurd gekregen aan de hand waarvan het interview is afgenomen (bijlage 5 en 6). Naast de interviewsessies is data verzameld die betrekking heeft op de aard en omvang van de behandelde pijnpatiënten, de doorlooptijden, de service kwaliteit en de capaciteitsbenutting.

De aard van de chronische pijnpatiënten is bepaald door de indeling naar complexiteit. De beroepsvereniging van revalidatieartsen heeft hiervoor enige jaren geleden een document kwaliteitsprofiel en pijnrevalidatie opgesteld (zie bijlage 3). Hierin staat aangegeven waar ten aanzien van diverse onderwerpen consensus over bestaat. Bijvoorbeeld ten aanzien van de gehanteerde definities van chronische pijn maar ook wat inclusie criteria zijn en wat de betekenis is van de indeling in de vier categorieën die oplopen in complexiteit (WPN 1, 2, 3 en 4).

De omvang van deze patiëntengroepen per afdeling is achterhaald dankzij een dataset met het aantal afgesloten behandelingen, de behaalde revalidatie behandeluren en het aantal eerste consulten. Hierbij is evenals met de overige data gekeken naar het jaar 2006.

De behandelduur is achterhaald door te kijken in het managementinformatiesysteem naar de dataset over de totaal geregistreerde tijd per behandeling.

De wacht- en doorlooptijden per fase zijn achterhaald uit de interviews met de betrokkenen van de drie afdelingen en uit de wachttijdopgaven die maandelijks zijn gedaan aan de branchevereniging voor revalidatie.

De ingezette capaciteit is per behandeling achterhaald door te kijken naar de omvang van de tijd die direct met de patiënten is doorgebracht.

De beschikbare capaciteit in 2006 is achterhaald aan de hand van de personeels begroting in de jaarplannen per afdeling en door navraag bij de afdelingsleidingen of deze capaciteit ook overeenkwam met de capaciteit die ingezet is geweest.

## **Afdelingen en respondenten**

Een drietal afdelingen met poliklinische revalidatie aan chronische pijnpatiënten die tot de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum behoren is onderzocht.

De drie afdelingen vormen gezamenlijk de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum. De strategische keuze voor wel of niet gaan centreren van revalidatiezorg aan chronische pijnpatiënten is voor ieder van de afdelingen actueel, gezien de noodzaak om te zoeken naar een hoge mate van doelmatigheid in combinatie met goede kwaliteit.

De interviews zijn gehouden met een van de twee leden van de Raad van Bestuur, een voormalig lid van het managementteam van Rijndam en tevens betrokken revalidatiearts bij het Ontwikkelcentrum Pijnrevalidatie<sup>3</sup> en vervolgens per afdeling een leidinggevende en een bij de pijnrevalidatie betrokken revalidatiearts.

---

<sup>3</sup> Het ontwikkelcentrum pijnrevalidatie behoort tot een van de vier centra in Nederland die tot taak heeft gekregen van de minister van VWS om de pijnrevalidatie verder te ontwikkelen.

De keuze voor deze respondenten is terug te voeren op het feit dat er een zevental respondenten zijn die met hun antwoorden hebben bijgedragen aan het verkrijgen van inzicht in hoe de zorg voor chronische pijnpatiënten op hun afdeling georganiseerd was in 2006, hoe het was gesteld met de wachttijden maar tevens wat door hen beschouwd werd als te verwachte consequenties van het binnen de divisie gaan herverdelen van het zorgaanbod aan chronische pijnpatiënten. Met een tweetal respondenten te weten het lid van de Raad van Bestuur en het voormalig lid van het management team is het interview beperkt gebleven tot de vragen die gaan over dit laatste genoemde aspect van herverdelen van het zorgaanbod en de te verwachten consequenties. Van deze laatste respondenten werd verwacht dat zij vanuit een 'niet-afdelingsgebonden' perspectief, en meer strategisch niveau, zouden kijken naar de problematiek en op die manier van toegevoegde waarde konden zijn voor dit onderzoek.

### **Validiteit en betrouwbaarheid**

Betrouwbaarheid heeft te maken met de vraag of de onderzoeksuitkomsten onafhankelijk van het toeval zijn (Baarda et al.2001). Bij de validiteit van een onderzoek gaat het om de geldigheid van de onderzoeksbevindingen, het 'meten wat je wilt meten' (Baarda et al.2001). Voor de registratie van de interviews is gebruik gemaakt van digitale opnameapparatuur waarmee het interview beluisterd kan worden en zijn daarnaast tijdens het interview aantekeningen opgemaakt. De vragen die gebruikt zijn werden tevoren aan de respondenten toegestuurd in de vorm van een topiclijst (zie bijlage 4) en zijn consequent toegepast bij alle respondenten.

Aan de interne validiteit is aandacht geschonken tijdens de interviews door dieper in te gaan op de antwoorden wanneer deze niet meteen duidelijk waren. De overgenomen citaten of door hen gegeven beschrijvingen zijn voorafgaand aan de rapportage aan betrokken respondenten voorgelegd ter controle (member check). De thema's van dit onderzoek zijn door middel van triangulatie, en dus vanuit verschillende invalshoeken op juistheid beoordeeld. Om te beginnen hebben de antwoorden per twee respondenten betrekking op een afdeling en is naast interviewgegevens gebruik gemaakt van de data uit het managementinformatiesysteem.

De 'peer debriefing' heeft gestalte gekregen door de regelmatige bijeenkomsten met de meelezende afstudeercollega en opdrachtgever. De docentbegeleider is in dit onderzoek te beschouwen als externe auditor.

In dit onderzoek is getracht om de externe validiteit te bevorderen door de gemaakte keuzes toe te lichten en te noteren..

## **Rol van de onderzoeker**

Doordat de auteur werkzaam is als afdelingsmanager bij één van de onderzochte afdelingen is er voor gekozen om de duaal verantwoordelijke collega van deze afdeling te interviewen. De achterliggende reden hiervan is dat de auteur mogelijk vooringenomen standpunten zou gaan innemen die ongewenste inkleuring zouden kunnen geven aan het onderzoek. Op deze manier is er voor gezorgd dat de auteur de rol als onderzoeker kon aannemen en werd de kans op bias geminimaliseerd.

## **4. De resultaten**

### **Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken. De gegevens vanuit de interviews worden gecombineerd met de kwantitatieve data weergegeven. Nadat de processen van de diverse afdelingen zijn beschreven en duidelijk is wat de aard en omvang is van de binnen de divisie polikliniek behandelde pijnpatiënten wordt ingegaan op de doorlooptijden, de servicekwaliteit en bottlenecks. Tenslotte volgen de paragrafen die gaan over het herverdelen van het zorgaanbod voor chronische pijnpatiënten en de te verwachten effecten hiervan.

### **4.2 De procesbeschrijvingen**

Voor een gedetailleerde weergaven van de processen zoals die zich in 2006 op de drie afdelingen hebben afgespeeld word verwezen naar bijlage 3. In deze paragraaf worden de verschillende procesonderdelen middels tabel 5 op de volgende pagina uiteengezet en wordt duidelijk gemaakt hoe de drie afdelingen van elkaar verschillen in de revalidatie van chronische pijnpatiënten. Duidelijk wordt bijvoorbeeld hoe de processen in de poliklinische revalidatie per afdeling van elkaar verschillen.

Proces onderdeel	PBA 1	PBA 3	PBA 4
Verwijzing van huisarts of specialist	Ja, vooral huisartsen	Ja, huisartsen en specialisten	Ja, vooral specialisten
Eerste consult door revalidatie arts	Ja	Ja	Ja
Doorverwijzing van type WPN 1	Ja, naar eerste lijn therapeuten	Ja, naar eerste lijn therapeuten	Ja, soms naar IJsselland ziekenhuis <sup>4</sup> .
Doorverwijzing van type WPN 2	Nee	Nee	Ja, soms naar IJsselland ziekenhuis.
Doorverwijzing van type WPN 3	Nee	Nee	Nee
Doorverwijzing van type WPN 4	Nee	Ja, soms naar locatie Westersingel (PBA 1)	Ja, in principe naar locatie Westersingel (PBA 1)
Gebruik van vragenlijsten	Ja, voorafgaand aan de screening.	Ja, voorafgaand aan het eerste consult.	Ja tijdens observatie
Screening door fysiotherapeut en psycholoog	Ja, standaard	Nee	Nee
Observatie door multidisciplinair team	Ja soms als onderdeel van de eerste fase van de behandeling	Ja altijd als onderdeel van de eerste fase van de behandeling	Ja altijd als onderdeel van de indicatiestelling
Standaard 12 weken durend behandel programma	Ja, ingeval indicatie voor groepsprogramma bestaat	Nee	Nee
Evaluatie met multidisciplinaire teambespreking	Ja, met frequentie van 6-8 weken met zonodig besluit tot continueren van behandeling	Ja, met frequentie van 6-8 weken met zonodig besluit tot continueren van behandeling	Ja, met frequentie van 6-8 weken met zonodig besluit tot continueren van behandeling
Beëindigen van behandeling met consult	Ja	Ja	Ja
Terugkomdagen na 6 en 12 weken	Ja, meestal eenmalig na zes weken	Nee	Nee
Vervolg consulten door revalidatiearts	Ja	Ja	Ja

Tabel 5 Overzicht van procesonderdelen per afdeling in 2006.

Deze variaties betreffen zowel de aard van de chronische pijnpatiënten, met bijvoorbeeld het nooit doorverwijzen en dus behandelen van WPN 2, 3 en 4 patiënten bij PBA 1, alsook de wijze waarop men in- of uitstroomt voor een behandeling die per afdeling kan verschillen. Bij PBA 3 en 4 wordt de behandeling voortgezet totdat bij een evaluatieve teambespreking besloten wordt tot beëindigen van de behandeling, terwijl bij PBA 1 na de evaluatieve teambespreking besloten wordt tot een of meerdere terugkomdagen. In geval van een groepbehandeling kan het bij PBA 1 op voorhand al bekend zijn dat de behandeling twaalf weken duurt en volgt er automatisch na 6 weken een terugkomdag voor de groep patiënten die dit programma gevolgd hebben.

<sup>4</sup> NB Het IJsselland ziekenhuis kent geen erkende afdeling voor poliklinische revalidatie. De aldaar werkzame paramedici zijn daarmee te beschouwen als ziekenhuis therapeuten of 1<sup>e</sup> lijns zorg en daarmee zelfstandig werkzaam op verwijzing van een arts.



### 4.2.1 Veranderingen in 2007

De grijs gearceerde balk in onderstaande tabel geeft de fase, onderdelen aan waar de veranderingen hebben plaats gevonden.

Proces onderdeel	PBA 1	PBA 3	PBA 4
Verwijzing van huisarts of specialist	Ja, vooral huisartsen	Ja	Ja, vooral specialisten
Eerste consult door revalidatie arts	Ja	Ja	Ja
Doorverwijzing van WPN 1	Ja, naar eerste lijn therapeuten	Ja, naar eerste lijn therapeuten	Ja, soms naar IJsselland ziekenhuis.
Doorverwijzing van WPN 2	Nee	Nee	Ja, soms naar IJsselland ziekenhuis.
Doorverwijzing van WPN 3	Nee	Nee	Nee
Doorverwijzing van WPN 4	Nee	Ja, soms naar locatie Westersingel (PBA 1)	Ja, in principe naar locatie Westersingel (PBA 1)
Gebruik van vragenlijsten	Ja, voorafgaand aan het eerste consult en bij screening.	Ja, voorafgaand aan het eerste consult en bij screening.	Ja voorafgaand aan het eerste consult en bij screening.
Screening door fysiotherapeut en psycholoog	Ja, standaard voor alle WPN 3 en 4 patiënten.	Ja, standaard voor alle WPN 3 en 4 patiënten.	Ja, standaard voor alle WPN 3 en 4 patiënten. Met tevens een pijn screenings team op locatie IJsselland voor alle WPN categorieën
Observatie door multidisciplinair team	Ja soms als onderdeel van de eerste fase van de behandeling	Ja altijd als onderdeel van de eerste fase van de behandeling	Ja altijd als onderdeel van de eerste fase van de behandeling
Standaard 12 weken durend behandel programma	Ja, ingeval indicatie voor groepsprogramma bestaat	Nee	Nee
Evaluatie met multidisciplinaire teambespreking	Ja, met frequentie van 6-8 weken met zonodig besluit tot continueren van behandeling	Ja, met frequentie van 6-8 weken met zonodig besluit tot continueren van behandeling	Ja, met frequentie van 6-8 weken met zonodig besluit tot continueren van behandeling
Beëindigen van behandeling met consult	Ja	Ja	Ja
Terugkomdagen na 6 en 12 weken	Ja, meestal eenmalig na zes weken	Nee	Nee
Vervolg consulten door revalidatiearts	Ja	Ja	Ja

Tabel 6 Overzicht procesonderdelen per afdeling in 2007

Naar aanleiding van initiatieven die zijn genomen door het ontwikkelcentrum pijnrevalidatie is er een start gemaakt met het gaan uniformeren van de poliklinische revalidatiezorg aan chronische pijnpatiënten en zijn door de drie afdelingen wijzigingen doorgevoerd in vooral het begin van het zorgproces voor deze patiënten (zie Bijlage 3).

Zoals uit tabel 6 blijkt, hebben de wijzigingen die in 2007 zijn doorgevoerd betrekking op een beperkt aantal onderdelen van het proces. De veranderingen hebben vooral betrekking op de eerste fase na een doorverwijzing en de inzet van vragenlijsten. Met ingang van 2007 is het zo dat op alledrie de afdelingen de vragenlijsten voorafgaand aan het eerste consult toegestuurd worden. Ook is het zo dat PBA 3 en 4 een screening hebben geïntroduceerd en nu evenals bij PBA1 de vraag bespreken of een patiënt voor behandeling in aanmerking komt. De observatie periode wordt nu door alle afdelingen gebruikt als een fase waarin de

“hoe- vraag” aan bod komt. Dit met uitzondering van PBA1 waar de patiënt na de screening geschikt geacht kan worden voor deelname aan het vaststaande groepsprogramma. In die gevallen wordt er geen aparte observatiefase door een multidisciplinair team noodzakelijk geacht en stroomt de patiënt het standaard 12 weken durend programma in.

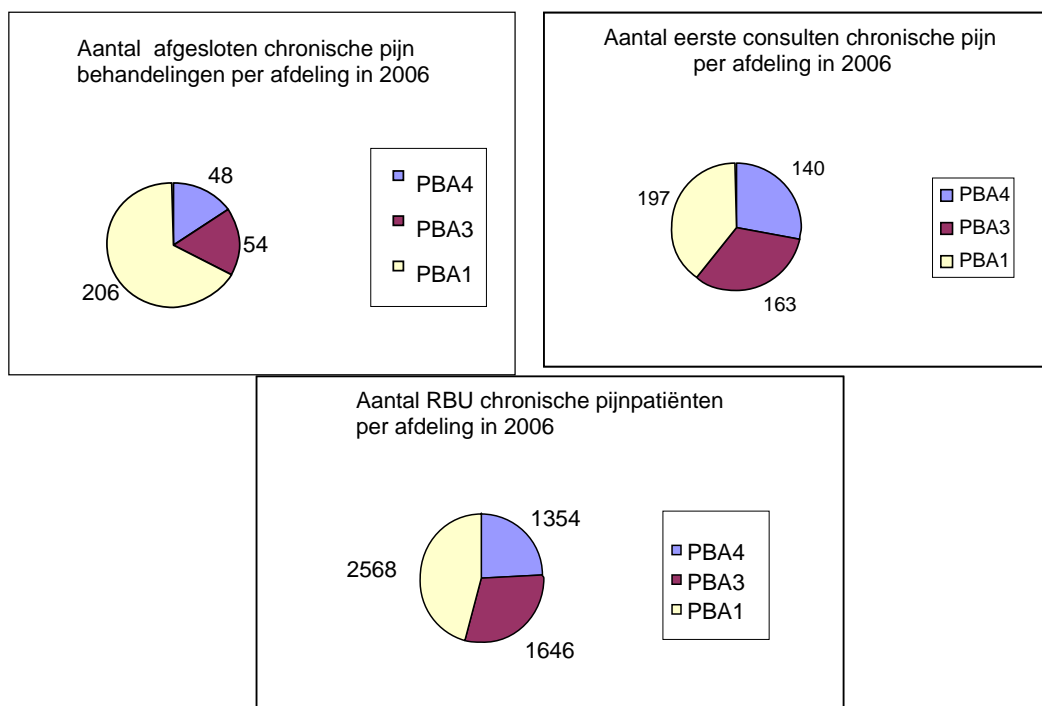
### **4.3 Omvang van de groep pijnpatiënten**

#### **4.3.1 Inleiding**

De omvang van het aantal pijnpatiënten dat in 2006 is behandeld binnen de divisie polikliniek volwassenen (PBA 1, 3 en 4) is op meerdere manieren uit de dataset van het managementinformatiesysteem te achterhalen. Er is in dit onderzoek gekozen om vanuit een aantal van die perspectieven te kijken naar de omvang. Allereerst het aantal in 2006 afgesloten behandelingen per afdeling. Op die manier wordt het inzichtelijk wat de verhoudingen van aantallen patiënten per afdeling zijn. Daarnaast is de omvang ook uitgedrukt in de twee productie parameters en wordt het inzichtelijk wat de omvang en verhoudingen in financieel opzicht zijn. De poliklinische revalidatie maakt hierbij onderscheid in behandeluren (RBU) en eerste consulten (EC). In paragraaf 4.3.2 wordt de totale omvang per afdeling bekeken, de paragrafen die daar op volgen beschrijven de omvang in vergelijking met andere diagnose groepen, opgesplitst naar patiënten categorieën van de chronische pijn en tot slot wordt in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk de omvang van de gemiddelde tijd besteding per pijnpatiënt en per afdeling uiteengezet.

#### **4.3.2 Omvang en verhoudingen voor alle chronische pijnpatiënten.**

In figuur 2 staat de omvang en verhoudingen: van de groep pijnpatiënten in 2006 weergegeven, uitgesplitst naar aantal afgesloten behandelingen, het aantal eerste consulten (EC) en het aantal revalidatie behandeluren (RBU) aan chronische pijnpatiënten besteedt. Ongeacht de wijze waarop je kijkt naar de omvang zoals die staat weergegeven, blijkt dat PBA 1 de grootste afdeling is voor wat betreft chronische pijnpatiënten. Hierbij is het opvallend dat het aandeel pijnpatiënten bij het aantal afgesloten behandelingen ongeveer 66% betreft en het aandeel chronische pijnpatiënten bij de EC en RBU lager uitkomt namelijk 39% en 49% van het totaal van de divisie.

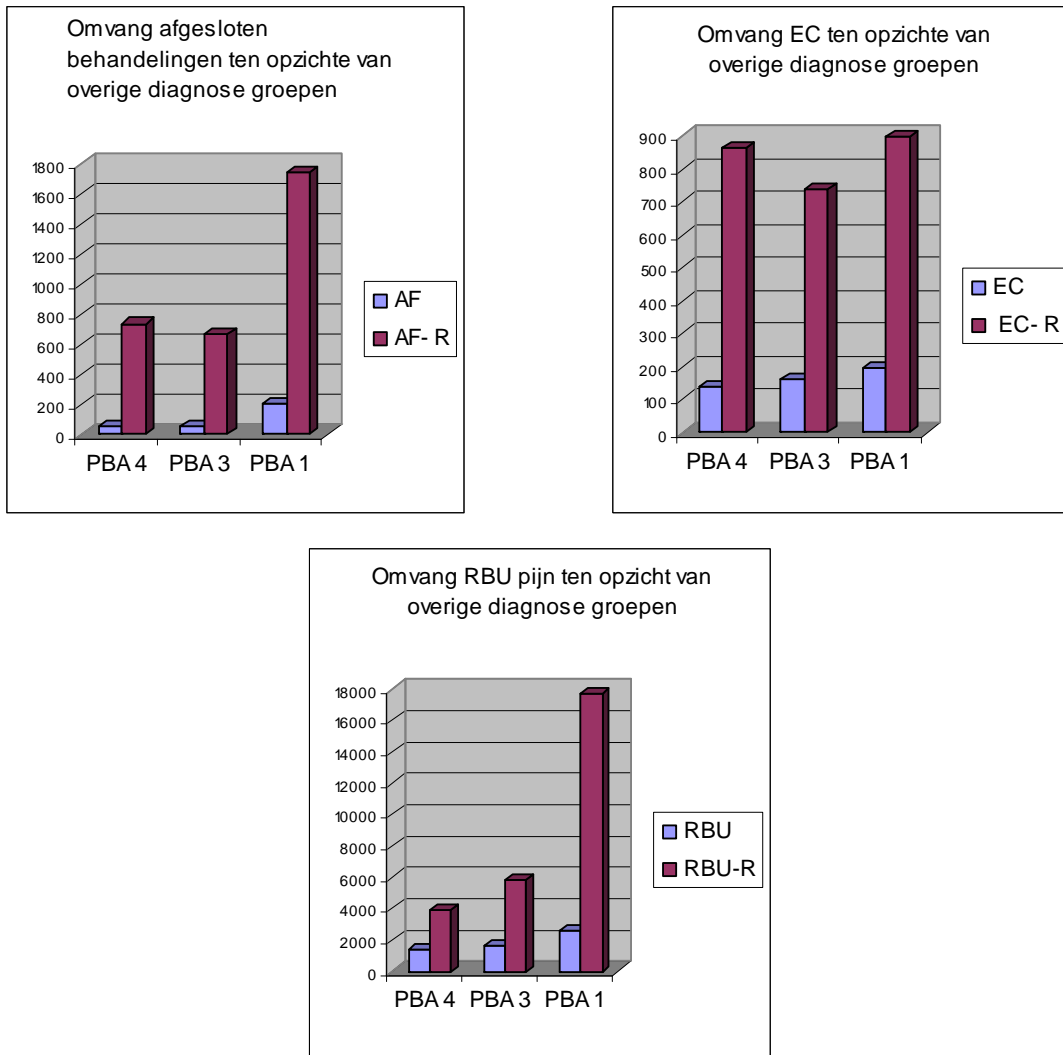


Figuur 2 Omvang groep chronische pijnpatiënten en aandeel per afdeling.

Uit bovenstaande figuur kan de conclusie getrokken worden dat op PBA 1 meer patiënten worden behandeld dan op de andere twee afdelingen. Er worden daarentegen voor de pijnpatiënten relatief minder eerste consulten en revalidatie behandelingen gerealiseerd als bij de andere twee afdelingen. De ziekenhuislocaties (PBA 3 en PBA 4) realiseren samen op die productie parameters meer dan de helft van het aandeel aan de productie van de divisie.

#### 4.3.3. Omvang en verhoudingen ten opzichte overige diagnose groepen

In de volgende figuur wordt per afdeling het aandeel chronische pijnpatiënten aangegeven afgezet tegen de overige diagnose groepen ( AF-R). Op die manier wordt het inzichtelijk wat het aandeel chronische pijnpatiënten is voor zowel de afgesloten behandelingen (AF) alsook voor de eerste consulten en de revalidatie behandelingen.



Figuur 3 Aandeel chronische pijnpatiënten per afdeling ten opzichte van overige diagnose groepen.

Uit figuur 3 valt af te leiden dat de omvang van de chronische pijnpatiënten voor wat betreft het aantal afgesloten behandelingen bij PBA1 beperkt blijft tot 10 % van het totaal aantal patiënten waarvan de behandeling is afgesloten. Voor PBA 3 en PBA 4 betreft het aandeel op ditzelfde item respectievelijk 8% en 6%. Wanneer de omvang beschouwd wordt vanuit het perspectief van de productie parameters dan wordt duidelijk dat de omvang van het aandeel bij PBA 1 toeneemt ten opzichte van de afgesloten behandelingen tot 18 % bij de eerste consulten en 13 % bij de revalidatie behandelingen. Bij PBA3 neemt dit aandeel eerste consulten en revalidatie behandelingen ook toe en wordt het aandeel respectievelijk 18% en 22%. Tot slot wordt het inzichtelijk dat ook bij PBA 4 het aandeel eerste consulten en

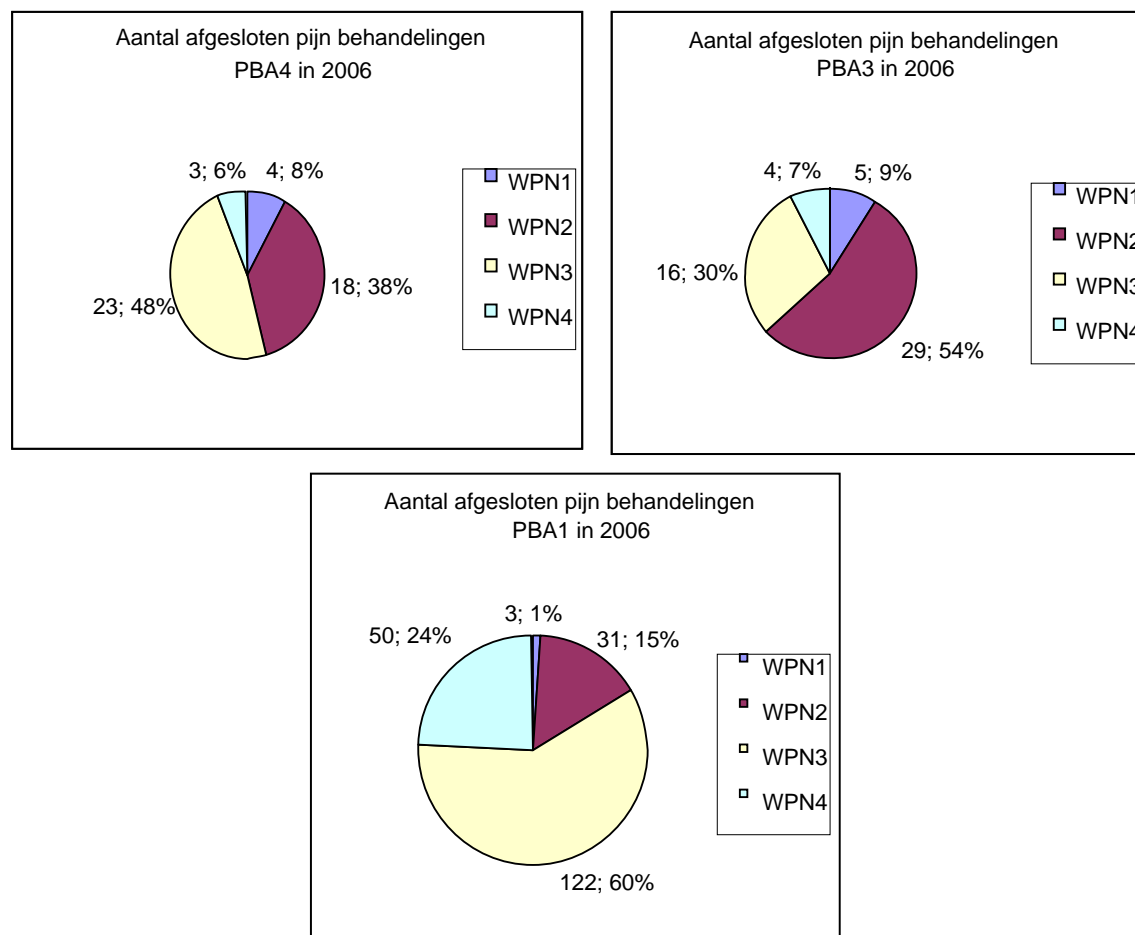
revalidatie behandelingen hoger is dan bij de afgesloten behandelingen en uitkomt op respectievelijk 14% en 26%.

Voor alle drie de afdelingen geldt dat de omvang, uitgedrukt in de productie parameters een groter aandeel heeft in de productie dan in de aantallen afgesloten behandelingen. Bij PBA 3 en PBA 4 is dit een groter aandeel van de productie, per afdeling, dan bij PBA 1 .

#### 4.3.4 Omvang en verhoudingen opgesplitst naar WPN 1, 2, 3, en 4

Zoals in het theoretisch kader beschreven zijn de chronische pijnpatiënten als het ware ingedeeld naar kwaliteit van leven en onder te verdelen in vier groepen (WPN 1, 2, 3, en 4).

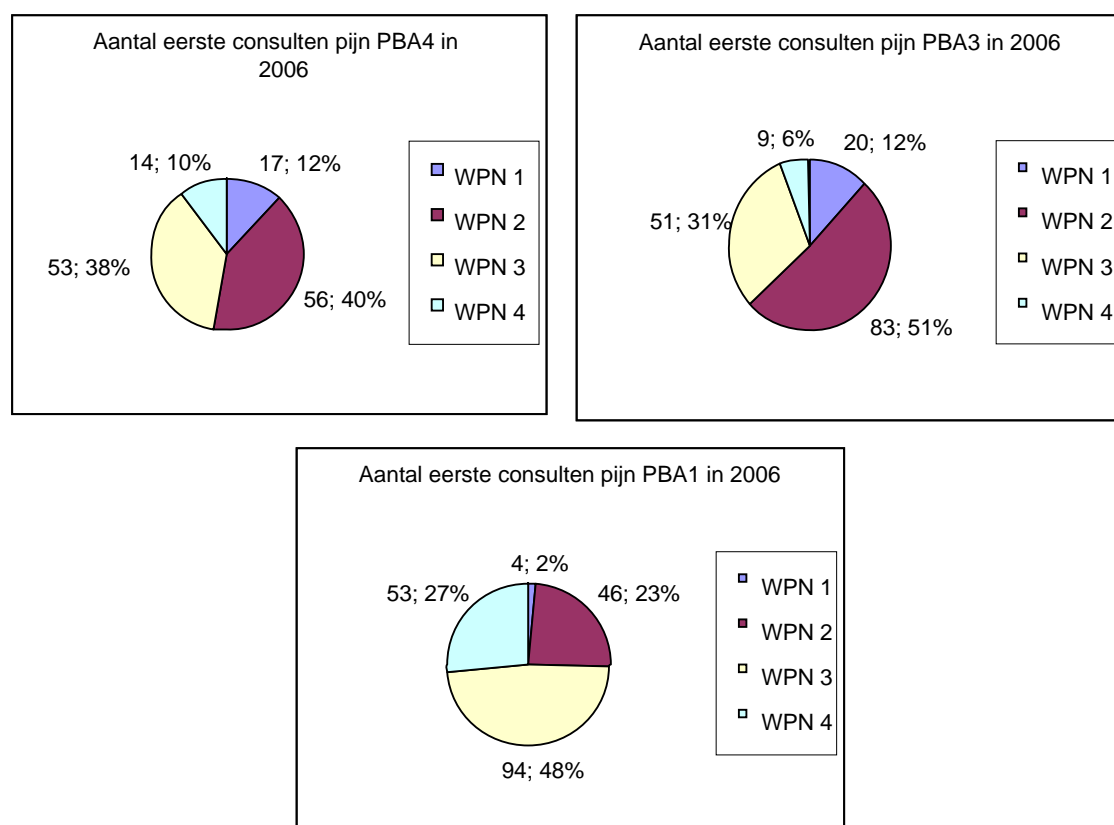
In de grafieken van de volgende paragraaf wordt deze onderverdeling in WPN 1, 2, 3, en 4 per afdeling zichtbaar gemaakt op telkens dezelfde drie criteria als bij figuur 2 (afgesloten behandelingen, EC en RBU). In figuur 4 staat weergegeven hoe de omvang en verhouding is van het aantal afgesloten behandelingen per afdeling per categorie van pijnpatiënten.



Figuur 4 Omvang en verhoudingen afgesloten behandelingen opgesplitst naar categorie.

Per pijnpatiënten categorie wordt nu duidelijk hoe de verhouding is binnen de afdeling maar ook tussen de afdelingen onderling wordt het duidelijk hoe deze zich verhouden tot elkaar ten opzichte van het aantal afgesloten pijn behandelingen. Op PBA 1 bijvoorbeeld betreft het aantal afgesloten behandelingen van WPN 3; 60%. Voor dezelfde categorie betreft dit op PBA 4 en PBA 3 respectievelijk 48 % en 30 %. Kijkend naar de aantallen afgesloten behandelingen voor wat betreft WPN 2 valt het op dat deze aantallen bij alle drie de afdelingen redelijk overeenkomen zij het dat PBA 4 hier iets minder scoort.

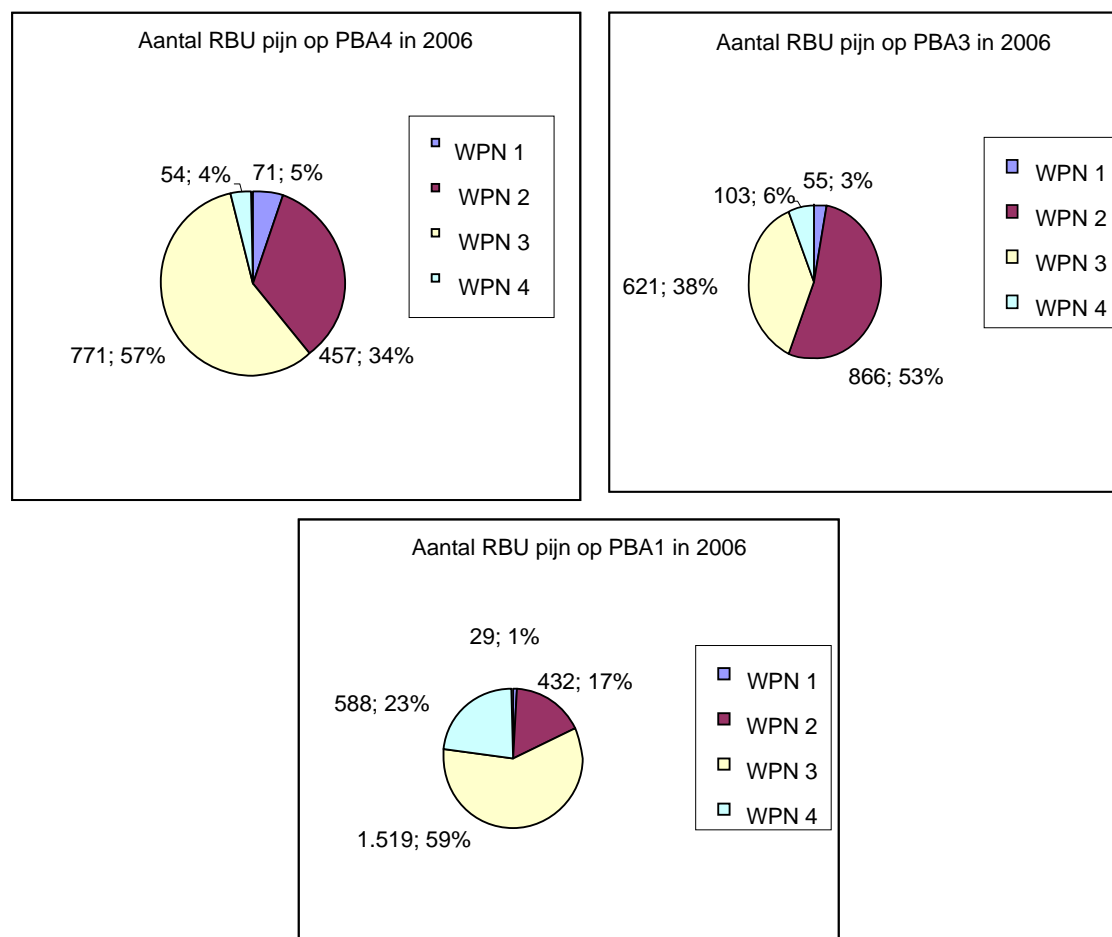
In figuur 5 staat weergegeven hoe de omvang en verhouding is ten aanzien van het aantal eerste consulten per afdeling per categorie van pijnpatiënten.



Figuur 5 Omvang en verhoudingen eerste consulten opgesplitst naar categorie.

Ook bij deze categorieën pijnpatiënten is duidelijk hoe de verhouding zijn binnen de afdeling maar ook tussen de afdelingen onderling wordt het duidelijk hoe deze zich verhouden tot elkaar voor wat betreft het aantal eerste consulten. Bijvoorbeeld op PBA 1 waar het aandeel WPN 4 patiënten 27 % van het aantal eerste consulten is. Bij PBA 3 en 4 is dit respectievelijk 6 % en 10 %. Voor wat betreft het aantal eerste consulten van de patiëntencategorie WPN 2 is het opvallend dat bij PBA 3 meer van deze eerste consulten gedaan worden dan bij de andere twee afdelingen.

In figuur 6 staat weergegeven hoe de omvang en verhouding is ten aanzien van het aantal revalidatie behandelingen per afdeling per categorie van pijnpatiënten.

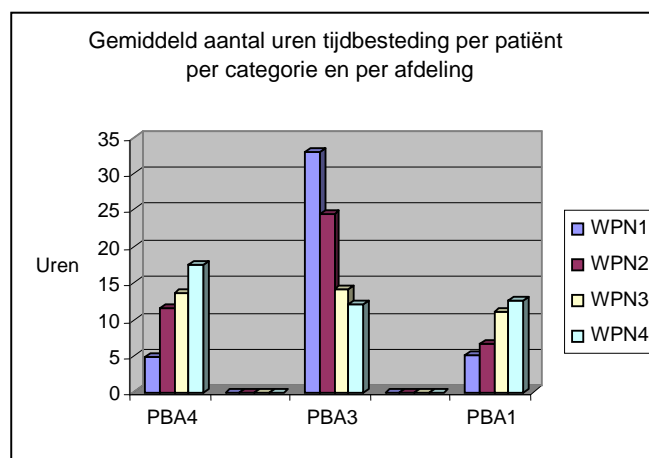


Figuur 6 Omvang en verhoudingen revalidatie behandelingen opgesplitst naar categorie

Tot slot wordt de omvang en verhouding voor wat betreft de revalidatie behandelingen per pijnpatiënten categorie inzichtelijk. Dit voor zowel de verhouding binnen een afdeling alsook tussen de drie afdelingen. Het aandeel RBU van WPN 3 patiënten is bijvoorbeeld op PBA 1, 59 % terwijl dit op PBA 4 en PBA 3 respectievelijk 57 % en 38 % betreft. Voor wat betreft het aantal RBU wat met WPN 3 gerealiseerd is voor PBA 3, 621 RBU. Daarmee scoort PBA 3 minder dan hetgeen er is gerealiseerd op PBA 4 en PBA1 waar respectievelijk 771 RBU en 1519 RBU zijn behaald. Wanneer specifiek naar de productieparameters per WPN classificatie gekeken wordt dan wordt het verschil in omvang tussen de afdelingen bij sommige classificaties kleiner en komt het bijvoorbeeld voor dat er door PBA 3 en PBA 4 per afdeling meer productie behaald wordt met WPN 2 patiënten dan bij PBA 1.

### 4.3.5 Gemiddelde tijd besteding per patiënt

In figuur 7 wordt uiteengezet wat er per afgesloten behandeling per patiënten categorie maar ook per afdeling gemiddeld aan tijd gespendeerd is aan de pijnpatiënten. Hiermee wordt inzichtelijk wat de omvang is van de gemiddelde hoeveelheid benodigde tijd per pijnpatiënten categorie per afgesloten behandeling per afdeling.



Figuur 7 Gemiddeld aantal uren tijdbesteding per patiënt.

Per pijnpatiënten categorie is duidelijk hoe de verhouding is van de gemiddelde directe tijd die besteed is aan een pijnpatiënt, maar wordt het ook duidelijk hoe de aantallen bij de afdelingen onderling zich tot elkaar verhouden.

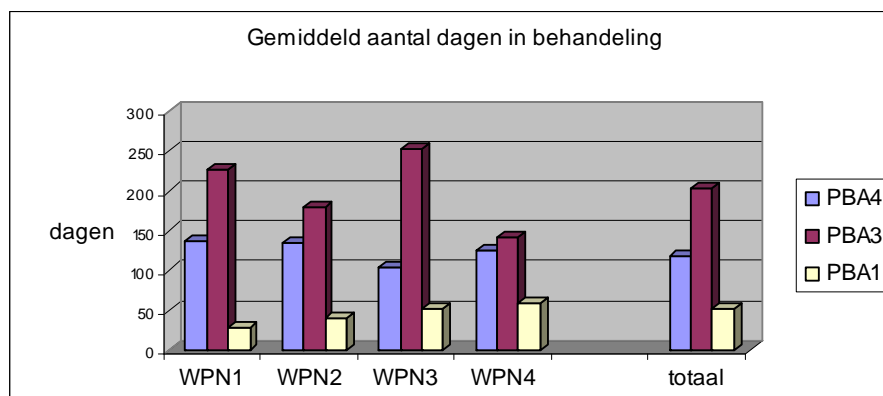
Bij alle categorieën van pijnpatiënten is het behaalde gemiddelde aantal uren wat aan pijnpatiënten besteed wordt op PBA 1 het laagst. Daarnaast is het opvallend te noemen dat er grote verschillen blijken te bestaan tussen de afdelingen op het gemiddeld aantal uren wat bij de WPN 2 patiënten is gerealiseerd. Bij PBA 1 bedraagt deze 7 uren terwijl dit op PBA 4 en PBA 3 respectievelijk 12 en 24 uren betreft. De verklaring voor zowel de lage score in absolute uren uitgedrukt alsook de onderlinge verschillen tussen de afdelingen zijn niet duidelijk te geven. Mogelijk dat de verschillen verklaart worden door een grotere doorstromingsnelheid van pijnpatiënten bij PBA 1. Ook zou een verschillend percentage uitvallers de verklaring kunnen zijn tussen de verschillen bij de afdelingen. Verder onderzoek naar de precieze oorzaak zou hier een bijdrage aan kunnen leveren.

### 4.4 Doorlooptijden

De behandelduur is net als de overige management informatie een afspiegeling van de administratieve verwerking en is daarmee niet noodzakelijkerwijs representatief voor de werkelijke behandelduur. Het geeft een beeld van de behandelduur inclusief de tijd die nodig



is voor de screening, observatie en nazorg van de pijnpatiënten. Van alle drie de afdelingen worden de administratieve verwerkingen op hetzelfde moment gedaan namelijk na de start van een behandeling en na het definitief ontslag wat vooraf gaat aan de consultaire herhalingscontroles. Het blijkt uit onderstaande figuur dat het gemiddelde aantal dagen dat een pijnpatiënt in behandeling is varieert per afdeling.



Figuur 8 Gemiddelde doorlooptijden per categorie patiënt per afdeling.

Uit bovenstaande figuur valt af te leiden dat de gemiddelde doorlooptijden voor alle chronische pijnpatiënten het kortst was bij PBA1 met gemiddeld 45 dagen, gevolgd door PBA 4 en PBA 3 met respectievelijk 125 dagen en 200 dagen. De verschillen laten zich niet eenvoudig verklaren. Mogelijk dat er verschillend wordt omgegaan met het bepalen van het einde van een behandeling. Zo is het bij PBA 1 bekend dat het groepsprogramma een standaard duur kent van 12 weken. De overige afdelingen hanteren dit standaard programma niet maar daarmee is niet gezegd dat dit het verschil zou verklaren. De verschillen zouden bijvoorbeeld ook veroorzaakt kunnen worden door een grotere hoeveelheid kort durende behandelingen als gevolg van het bij PBA 1 relatief meer 'niet in behandeling' nemen van pijnpatiënten na een screening.

## 4.5 Service kwaliteit

### 4.5.1 Inleiding

Zoals aangegeven in het theoretisch kader is er voor gekozen om bij een beperkt aantal aspecten van de service kwaliteit stil te staan. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de resultaten ten aanzien van de wachttijden en de kwaliteit, betrouwbaarheid van de dienstverlening.

## 4.5.2. Wachttijden

De huidige dataset en de systematiek van registreren geeft geen inzicht in de wachttijd voor een eerste consult, een screening, een multidisciplinaire behandeling of een nazorg afspraak. Op basis van de antwoorden van de respondenten is de onderstaande tabel opgemaakt.

Gemiddelde wachttijden 2006	EC	Screening	Observatie	Behandeling	Nazorg
PBA1	3 weken	3 weken	4 weken	0 weken	3 weken
PBA3	4 weken	nvt	10 weken	0 weken	nvt
PBA4	28 weken	nvt	22 weken	0 weken	nvt

Tabel 7 Schattingen van de verschillende gemiddelde wachttijden in 2006.

Bovenstaande tabel geeft aan dat de wachttijden in 2006 bij PBA 3 en PBA 4 voor zowel een eerste consult alsook het vervolg hierop met een observatie en behandeling, onacceptabel lang waren en buiten de zogenaamde Treeknormen vielen. De wijze waarop op door de drie afdelingen wordt omgegaan met de wachtlijsten en daarmee ook de wachttijden staat in onderstaande tabel weergegeven.

Omgang met wachtlijst	PBA 1	PBA 3	PBA4
Geautomatiseerd bijhouden	Nee	Nee	Nee
Handmatig regelmatig updaten van aantal wachtenden	Ja	Ja	Ja
Onderkennen van Treeknormen	Ja	Ja	Ja
Initiatief bij oplopen wachttijd bij afdelingsleiding	Ja	Ja	Ja
Initiatief bij oplopen wachttijd bij revalidatiearts	Ja, vooral i.g.v. wachttijd toename bij EC	Ja	Ja vooral i.g.v. wachttijd toename bij EC
Initiatief bij oplopen wachttijd bij planner en of secretaresse	Ja, wekelijks overleg revalidatiearts en planner / secretaresse	Ja, vooral door planner	Ja
Soort maatregelen die worden genomen bij oplopen wachttijd	Tijdelijke uitbreiding met formatie ten behoeve van de behandelcapaciteit	Incidenteel meer tijd vrijmaken voor observaties	Structureel uitbreiden van formatie revalidatiearts en doorverwijzen naar IJsselland ziekenhuis

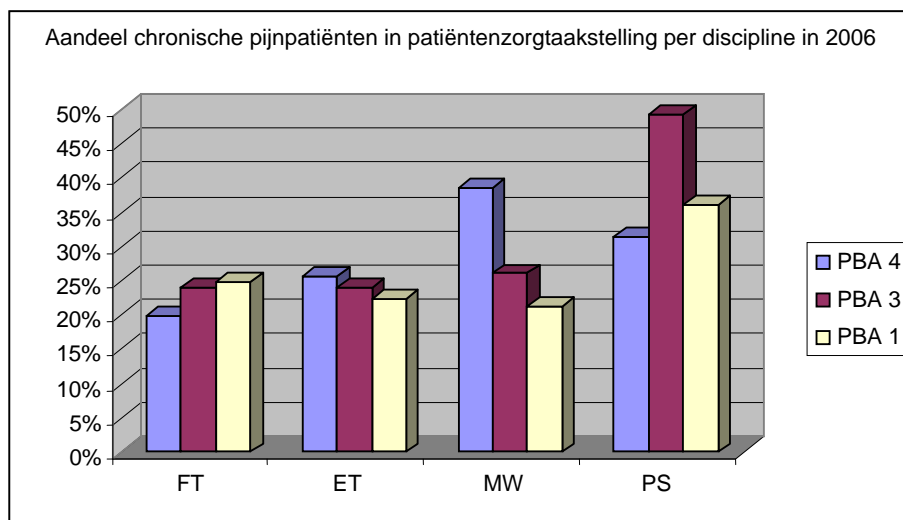
Tabel 8 Omgang met wachttijden per afdeling.

Zoals uit tabel 8 blijkt moeten alle drie de afdelingen regelmatig maatregelen treffen om te kunnen inspelen op een tekort aan beschikbare capaciteiten. De hulpvragen van de soms te hoog oplopende hoeveelheid chronische pijnpatiënten moeten dan wachten tot het capaciteitsprobleem is opgelost.

*“Eerst was de wachttijd te lang, nu is hij goed”* is een uitspraak die getuigt van een tevreden revalidatiearts die terugblikte op 2006 nadat de formatie revalidatiearts met ingang van 2007 was uitgebreid. *“Soms werden reserve therapeuten ingezet”* was een uitspraak gedaan door een manager en geeft aan dat er behandelaren als een gedeelde capaciteit soort ook ingezet konden worden voor het behandelen van chronische pijnpatiënten. *“De nieuwe psycholoog moet er nog ingroeien”* is een uitspraak die gedaan is en illustreert een situatie van een psycholoog die zich nog moet gaan specialiseren in de problematiek van chronische pijn en zodoende samen met collega’s ook chronische pijnpatiënten kan gaan behandelen.

#### **4.5.3 Kwaliteit, betrouwbaarheid van de dienstverlening**

Met de kwaliteit en betrouwbaarheid in deze paragraaf wordt bedoeld op datgene wat in het theoretische kader (hoofdstuk 2.7) genoemd werd onder service kwaliteit. In welke mate voldoen de afdelingen aan de kwaliteitsprofielen zoals die beschreven staan in bijlage 2 en in welke mate daarmee voldaan wordt aan de professionele standaard. Uit reactie van alle respondenten valt op te maken dat hun bij pijnrevalidatie betrokken behandelaren in voldoende mate er in slagen om doeltreffende zorg te verlenen en feitelijk voldoen aan deze kwaliteitsprofielen. Door alle respondenten wordt aangegeven dat de behandeling van WPN 4 bij voorkeur op PBA 1 zou moeten geschieden en is er een onderkenning dat op deze afdeling een gespecialiseerd team werkzaam is voor specifiek de chronische pijnpatiënten. Ook is aangegeven dat voor de revalidatiearts van PBA 1 de mogelijkheid bestaat om te indiceren voor klinische revalidatie, hetgeen bij WPN 4 patiënten regelmatig voorkomt, daarmee wordt in die gevallen voorkomen dat patiënten wederom worden doorverwezen naar een collega revalidatiearts. De afdelingen PBA 3 en PBA 4 worden door alle respondenten beschouwd als generalistisch werkende behandelafdelingen waar sommige behandelaren het aandachtsgebied pijnrevalidatie hebben. Dit betekent niet dat zij binnen hun afdeling “het alleenrecht” hebben op het behandelen van chronische pijnpatiënten. Alle chronische pijnpatiënten worden op deze afdeling verdeeld over de diverse teamleden al naar gelang de beschikbare tijd. In figuur 9 is de mate waarin een aantal disciplines zich bezighoudt met pijnpatiënten uiteengezet.



Figuur 9 Aandeel chronische pijnpatiënten in patiëntenzorgtaakstelling per discipline.

Voor iedere discipline geldt in het algemeen een percentage directe tijd dat als normtijd gehanteerd wordt bij de realisatie van patiëntenzorg. Voor maatschappelijk werkers (MW) en psychologen (PS) is dit 50%, voor ergotherapeuten (ET) en fysiotherapeuten (FT) is dit respectievelijk 60% en 70%. Het aandeel pijnpatiënten dat op deze disciplines een beroep doet wordt tegen deze normtijden afgezet. Als uitgangspunt voor de beschikbare capaciteit is gerekend met de voor de patiëntenzorg beschikbare formatie (in uren per jaar) die per discipline is aangegeven door de afdelingsmanagers. Zo wordt bij een voltijd dienstverband uitgegaan van een beschikbaarheid van 1500 uren per jaar. Deze uren vermenigvuldigd met de normpercentages voor directe tijd geven het aantal uren dat er per discipline gerealiseerd moet worden per jaar. De percentages in figuur 9 zijn dus afgeleid van deze direct voor patiëntenzorg beschikbare, te realiseren uren.

Wat opvalt in deze figuur is dat van de totale hoeveelheid tijd die de behandelaren beschikbaar hebben voor patiëntenzorg door veel disciplines beduidend minder dan 50% gespendeerd wordt aan chronische pijnpatiënten. Dit betekent dat deze disciplines meer dan de helft van de voor patiëntenzorg beschikbare tijd besteden aan patiënten met een andere diagnose dan chronische pijn. Dit houdt verband met de werkwijze dat iedere discipline een eigen mix van diagnose groepen behandelt.

## 4.6 Bottlenecks en knelpunten

Door de respondenten is een beperkt aantal knelpunten en bottlenecks aangegeven. In tabel 9 zijn de punten die genoemd zijn opgenomen. De problemen zoals die door de respondenten zijn aangegeven hebben vooral betrekking op het spanningsveld tussen vraag en aanbod. Op diverse momenten komt de doorstroming van de chronische pijnpatiënten in het geding.

Bottleneck of knelpunt	PBA 1	PBA 3	PBA 4
Doorstroom patiënten	Soms bij behandelteam met arbeidsintensieve screening	Soms bij observatie	Vooraf bij revalidatiearts maar ook bij behandelteam waar ontoereikende capaciteit beschikbaar is
Visie op indeling naar WPN classificatie	Vooraf WPN 1 en 4 zijn duidelijk herkenbaar	Indeling naar WPN 3 en 4 is ter discussie	Verschil in doorverwijzing ten aanzien van WPN 2 patiënten naar IJsselland ziekenhuis
Beschikbare capaciteit	In 2006 overschot aan capaciteit in verband met tekort aan instroom nieuwe patiënten	Problemen ervaren in aanwezige deskundigheid, reserve capaciteit	Ontoereikende formatie revalidatiearts en gemis aan geoordeelde tijd bij behandelaren

Tabel 9 Aangegeven bottlenecks en knelpunten.

Bij PBA 4 had dit in 2006 bijvoorbeeld te maken met de formatie omvang bij de revalidatieartsen. Hierdoor ontstonden er onaanvaardbaar lange wachttijden voor een eerste consult. Ook is aangegeven dat het ontbreekt aan een afstemming tussen benodigde capaciteit en beschikbare capaciteit bij vooral het behandelteam waardoor ook hier de wachttijden soms onacceptabel lang oplopen. Tot slot werd duidelijk dat een aantal van de respondenten, revalidatieartsen, verschillend werd gedacht over de criteria tot indiceren voor poliklinische revalidatie bij chronische pijnpatiënten. Zo kan het voorkomen dat patiënten met een WPN 2 classificatie bij de ene arts doorgestuurd worden naar een polikliniek van een ziekenhuis en andere artsen die patiënt zouden indiceren voor poliklinische revalidatie. Ook is aangegeven dat er moeite is met de bestaande WPN indeling en hoe deze gehanteerd zou moeten worden bij doorverwijzen naar een andere afdeling binnen de divisie.

## 4.7 Veranderingen bij herverdelen

Wanneer een keuze tot herverdelen gemaakt zou worden is het voor de respondenten moeilijk gebleken om aan te geven wat er precies zou veranderen. Uiteraard hield dit verband met het feit dat eerst duidelijk zou moeten zijn op welke manier en waarom er herverdeeld zou worden. Om een beeld te krijgen van hetgeen door de respondenten aan opties is aangegeven zijn diverse scenario's voor verandering in tabel 10 weergegeven.

	Scenario's
1	Alle categorieën pijnpatiënten worden onderzocht en behandeld op 1 locatie.
2	WPN 2 + WPN 4 patiënten worden behandeld op PBA1 en WPN 3 op de overige locaties
3	Onderscheid naar WPN 1+ WPN 2 die op de ziekenhuis locaties behandeld gaan worden. PBA 1 behandelt dan alleen WPN 3 en WPN 4
4	Splitsing aanbrenen na decentrale intake fase, en voor of na de screening doorverwijzen naar een centrale locatie ingeval het een complexere pijnpatiënt betreft (WPN 3 + 4)
5	Alle screenings centraal door 1 triage team laten uitvoeren en van daaruit naar de afdelingen doorsturen voor behandeling.

Tabel 10 Diverse aangegeven scenario's.

Bij ieder scenario is er gesproken over de voor en nadelen die zo'n scenario met zich mee zou brengen. Wat opvalt is dat er door een beperkt aantal respondenten relatief veel opties zijn uitgesproken en dat er over de wijze van herverdelen onder de respondenten verschillend gedacht wordt.

In de volgende paragraaf is terug te vinden wat men zag als effecten bij het doorvoeren van een eventuele herverdeling.

## 4.8 Verwachte effecten van herverdelen

Evenals bij de vorige paragraaf is het voor de respondenten niet altijd eenvoudig gebleken om aan te geven wat de effecten zouden kunnen zijn van een herverdeling omdat ieder situatie zo zijn eigen voor en nadelen met zich meedraagt en de ene respondent geen kennis heeft kunnen nemen van de door de overige respondenten aangedragen opties. Uiteraard is er met de respondenten wel gesproken over (her)verdelen en is door hen aangegeven wat beschouwd werd als de eventuele gevolgen van een herverdeling van patiënten. In tabel 11 op de volgende pagina staan deze verwachte effecten per afdeling aangegeven.

Onderwerp	PBA 1	PBA 3	PBA 4
Huisvesting	Bij de huidige bezetting is beperkt uitbreiden mogelijk	De huidige bezetting laat geen uitbreiding toe.	De huidige bezetting laat geen uitbreiding toe
Personeels formatie	Aanpassen aan omvang van de verwachte verandering	Aanpassen aan omvang van de verwachte verandering	Aanpassen aan omvang van de verwachte verandering
Personeels motivatie voor pijnrevalidatie	Huidige pijnteam leden lijken tevreden met patiëntenmix. Dit vooral in relatie met zorgzwaarte van WPN 4 patiënten. Dus bij verandering en toename van pijnpatiënten bestaat er kans op onvrede.	Wanneer het aantal pijnpatiënten zou toenemen moet teamvorming overwogen worden en daarmee generalistische vaardigheden opgeofferd Er bestaat kans op onvrede bij wijzigingen.	Wanneer het aantal pijnpatiënten zou toenemen moet teamvorming overwogen worden en daarmee generalistische vaardigheden opgeofferd Er bestaat kans op onvrede bij wijzigingen. Bij onttrekken van WPN 3 patiënten verdwijnen "krenten uit de pap"
Relatie met verwijzers	De verwijfscontacten zouden kunnen toenemen bij meer verwijzen door medisch specialisten uit locatie Sint Franciscus Gasthuis (PBA4) en Vlietland ziekenhuis (PBA3) De 'lijnen' met verwijzend specialisten moeten zo kort mogelijk voor laagdrempelige doorverwijzingen. Dit zou lastig zijn met een enorme toename aan verwijzend specialisten uit de ziekenhuizen.	Revalidatieartsen moeten de relaties met verwijzend specialisten in hun ziekenhuis niet verliezen ter voorkomen van mogelijk dreigend verlies aan contacten en verwijzingen. Behoeden voor verlies van marktleiderschap ten aanzien van WPN 2 en 3 voor regio Rotterdam- west, en verwijzers hun regio kiezen voor andere aanbieders in de regio.	Revalidatieartsen moeten de relaties met verwijzend specialisten in hun ziekenhuis niet verliezen ter voorkomen van mogelijk dreigend verlies aan contacten en verwijzingen Derhalve moeten de 'lijnen' met verwijzend specialisten zo kort mogelijk blijven.
Patiënten	Toename van patiënten met mogelijke ontevredenheid over langere reistijd en gebrek aan parkeergelegenheid wanneer herverdeeld wordt ten gunste van PBA 1.	Onzekerheid of patiënten de reisafstand willen aanpassen en er is een vermoeden van gebondenheid aan instelling dichtbij de woonomgeving (Vlaardingen)	Onzekerheid of patiënten de reisafstand willen aanpassen en er is een vermoeden van gebondenheid aan instelling dichtbij de woonomgeving (Rotterdam noord)
Productie per afdeling	Herverdelen van groepen kan grote gevolgen hebben voor omvang aantal EC en RBU van de afdeling.	Herverdelen van groepen kan grote gevolgen hebben voor omvang aantal EC en RBU van de afdeling.	Herverdelen van groepen kan grote gevolgen hebben voor omvang aantal EC en RBU van de afdeling.
Werkwijze per afdeling	Bij herverdelen na een screening en dus het beantwoorden van de "of-vraag" zal transparant moeten zijn "hoe" patiënten behandeld gaan worden op andere locaties	Bij herverdelen na een screening en dus het beantwoorden van de "of-vraag" zal transparant moeten zijn "hoe" patiënten behandeld gaan worden op andere locatie	Bij herverdelen na een screening en dus het beantwoorden van de "of- vraag" zal transparant moeten zijn "hoe" patiënten behandeld gaan worden op andere locaties

Tabel 11 Verwachte effecten van (her)verdelen.

Voor de verschillende onderwerpen valt op te maken dat er de nodige 'beren op het pad' verwacht worden alvorens het tot een herverdeling kan komen. Er zijn nadrukkelijk zaken genoemd die niet voor herverdeling in aanmerking komen. Zo is bijvoorbeeld gezegd "je moet vanuit de ziekenhuizen een laagdrempelige toetreding hebben tot de revalidatie arts" hetgeen betekent dat het voor de medisch specialisten die op dezelfde locatie als PBA 3 en PBA 4 patiënten behandelen het mogelijk moet zijn om voor hun patiënten snel en makkelijk toegang te kunnen krijgen tot revalidatiezorg via de revalidatiearts in datzelfde ziekenhuis.

Waarom er tot specialiseren over gegaan zou moeten worden werd door een van de respondenten als volgt aangegeven: *“centraliseren van een diagnose groep moet uitsluitend uit kwalitatieve overwegingen gebeuren”* en *“Het bieden van voldoende deskundigheid is afhankelijk van het volume van de patiënten groep of sub- groep”*. Ook werd als consequentie van herverdelen door meerdere respondenten gesproken over weerstanden die bij zorgprofessionals zouden kunnen gaan ontstaan. Dit dan wanneer het gevoel gaat ontstaan dat hen iets wordt afgenomen waar momenteel veel werkplezier aan ontleend wordt. Om die weerstanden te overwinnen werd een suggestie gedaan: *“aan zorgprofessionals zal duidelijk gemaakt moet worden waarom er gekozen wordt voor herverdelen zodat dit vervolgens op een overtuigende wijze kan worden uitgedragen naar patiënten en verwijzers”*.

## **5 Discussie en Conclusie**

### **5.1 Inleiding**

Dit onderzoek richt zich op verbetermogelijkheden van kwaliteit en logistiek bij de poliklinische revalidatiebehandeling van chronische pijnpatiënten binnen de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum. De doelstelling van het onderzoek is te komen met aanbevelingen die een bijdrage kunnen leveren aan de toekomstige, meer op kwaliteit en doelmatigheid gerichte bedrijfsvoering van specifiek de divisie polikliniek volwassenen. Gekeken is wat de aard en omvang is van de chronische pijnpatiënten, wat de doorlooptijden zijn, wat de service kwaliteit is, wat gezien wordt als de knelpunten en bottlenecks in de zorgverlening en tot slot wat er gezien wordt als de te verwachte effecten wanneer tot een herverdeling overgegaan zou worden. In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling van dit onderzoek beantwoord. Hiervoor wordt in paragraaf 5.2 iedere deelvraag beantwoord en, indien mogelijk, een conclusie gegeven. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 het onderzoek bediscussieerd. Het geheel wordt afgesloten met een conclusie.

### **5.2 Beantwoording van de deelvragen en analyse**

*1 Hoe is de zorg voor chronische pijnpatiënten nu georganiseerd en waarom?*

De huidige werkwijze en organisatie binnen de divisie polikliniek is voor wat betreft de zorg aan chronische pijnpatiënten per afdeling verschillend georganiseerd. De divisie bestaat uit een drietal poliklinische revalidatie afdelingen. Op de poliklinische behandelafdeling PBA 1



bestaat er een gespecialiseerd multidisciplinair team dat zich specifiek bezig houdt met chronische pijnpatiënten. Dit multidisciplinair team is een gedeelde capaciteitsoort en alle teamleden houden zich naast de zorg voor chronische pijnpatiënten tevens bezig met patiënten uit een of meerdere andere diagnose groepen. De keuze voor opsplitsing in diagnose gerichte teams bij PBA 1 is voortgekomen uit de strategische keuze bij oprichting van Rijndam revalidatiecentrum. Op die manier werd de organisatiestructuur ingedeeld naar producten van dienstverlening, diagnosegroepen, in plaats van een functiegerichte indeling zoals een paramedische dienst.

Op PBA 3, een poliklinische revalidatieafdeling in het Vlietland ziekenhuis, bestaat er evenals op PBA 4, in het Sint Franciscus Gasthuis, geen diagnose specifieke organisatiestructuur maar wordt gesproken van aandachtsgebieden die toebedeeld zijn aan teamleden. Voor alle zorgprofessionals op PBA 3 en 4 geldt eveneens dat er sprake is een gedeelde capaciteitsoort. Revalidatieartsen van PBA 4 zijn tevens werkzaam in het IJsselland ziekenhuis. Hierover zijn met de raad van bestuur van het ziekenhuis separate productie afspraken gemaakt. De keuze voor generalistische teams in de beide afdelingen 3 en 4 komt voort uit het feit dat poliklinische ziekenhuisrevalidatie zich onderscheidt van reguliere poliklinische revalidatie doordat het nauwe banden onderhoudt met alle medisch specialisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis. Als gevolg daarvan worden er patiënten vanuit diverse specialismen doorverwezen en is er niet gekozen voor opsplitsing in diagnose gebonden teams.

## *2 Wat is de aard en omvang van de binnen de divisie behandelde chronische pijnpatiënten?*

De aard van de chronische pijnpatiënten die worden behandeld laat zich classificeren naar de indeling WPN 1, 2, 3 en 4. Deze indeling is sinds enige jaren door de vereniging van revalidatieartsen vastgesteld. Hierbij wordt volgens hen 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 zelf. Niveau 4 geeft aan dat psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende of veroorzakende factor zijn. De overige 2 niveaus bevinden zich daartussen. De omvang van de behandelde chronische pijnpatiënten laat zich het best op onderstaande drietal manieren beschrijven, te weten; aantal afgesloten behandelingen (AF), aantal behaalde eerste consulten (EC) en aantal revalidatie behandeluren (RBU).

Soort omvang	WPN 1	WPN 2	WPN 3	WPN 4	Totaal divisie
AF	12	78	161	57	308
EC	41	185	198	76	500
RBU	155	1756	2912	745	5568

Tabel 12 Aard en omvang per categorie chronische pijnpatiënt.

Uit de resultaten die zijn besproken in hoofdstuk 4.3 komt naar voren dat PBA 1 in omvang de grootste afdeling genoemd mag worden ten aanzien van chronische pijnpatiënten. De andere twee afdelingen zijn met het behandelen van WPN 1 en 2 groter dan PBA1. Wanneer bij de afdelingen gekeken wordt naar de productie parameters dan valt het op dat het aandeel chronische pijnpatiënten bij PBA 3 en 4 groter is dan bij PBA 1. Voor wat betreft de omvang van de gemiddelde tijd die besteed wordt aan pijnpatiënten valt het op dat PBA 1 hierin het laagst scoort.

### *3 Wat zijn de doorlooptijden van de diverse fasen in het proces?*

In het management informatie systeem is geen informatie voorhanden die per fase kan aangeven wat de doorlooptijd van patiënten is. Derhalve kan er met gebruik van dit informatie systeem slechts een beperkt antwoord worden gegeven op de vraag wat de totale doorlooptijd van het proces is en kan er gemeld worden dat dit nogal uiteen loopt. Gemiddeld genomen voor alle soorten pijnpatiënten betrof de doorlooptijd op PBA 1 45 dagen, op PBA 3 125 dagen en op PBA 4 200 dagen.

### *4 Wat is het gewenste niveau van service kwaliteit voor de zorgprocessen van deze doelgroep?*

Voor alle afdelingen geldt dat de Treeknormen worden gehanteerd als grens van wat beschouwd kan worden als acceptabele wachttijd. Dit blijkt ook uit de maatregelen die genomen worden wanneer de Treeknormen overschreden worden. Op het gebied van kwaliteit, betrouwbaarheid van dienstverlening is niet uit de gesprekken met de respondenten gebleken dat er minimale grenzen worden gesteld aan bijvoorbeeld het aantal uren dat iemand werkzaam moet zijn voor een bepaalde categorie pijnpatiënten. Wel is het zo dat voor WPN 4 patiënten is overeengekomen dat deze worden doorverwezen naar PBA1. De indruk bestaat bij de respondenten dat deze behandeling kwalitatief het best daar kan plaats vinden, mede gelet op de mogelijkheden voor eventuele klinische opname. Voor WPN 1 patiënten wordt het niet wenselijk geacht om poliklinische revalidatiezorg te indiceren en is men

unaniem van mening dat deze categorie van patiënten moeten worden doorverwezen naar hulpverleners in de eerste lijn. Tot slot is het zo dat er geen consensus lijkt te bestaan over de indicatiestelling voor poliklinische revalidatiezorg aan WPN 2 patiënten en komt het voor dat deze ook worden doorverwezen naar het IJsselland ziekenhuis. Daarnaast is ook door respondenten aangegeven dat het door vermeende onduidelijkheden in de WPN classificatie niet altijd helder is waar een chronische patiënt het beste naar toe doorverwezen kan worden en waar dus de beste service kwaliteit geboden wordt.

#### *5 Wat zijn de knelpunten en bottlenecks?*

De doorstroming van patiënten stagneert regelmatig wanneer bijvoorbeeld een bepaalde capaciteitssoort in onvoldoende mate aanwezig is. Dit is bijvoorbeeld het geval geweest bij PBA 4 en PBA 3 toen er een tekort bleek te zijn aan revalidatieartsen en de wachttijden voor een eerste consult te hoog opliepen. In 2007 is dit opgelost middels een formatie-uitbreiding. Ook bij de behandelteams stagneert de doorstroming van patiënten soms en concurreren chronische pijnpatiënten met andere diagnosegroepen om de vrijgekomen tijden bij behandelteams.

In meer behandelinhoudelijke zin van doorstroming is sprake van een ervaren knelpunt namelijk dat niet altijd door alle teamleden het gewenste deskundigheidsniveau geleverd kan worden, gezien bijvoorbeeld de ervaringsjaren of opleiding. Naast de problematiek van doorstroming werd er door meerdere respondenten aangegeven dat de WPN indeling ruim interpreteerbaar is en dat de scheidslijnen tussen WPN 4 en 3 maar ook tussen WPN 3 en 2 verschillend gehanteerd kunnen worden.

#### *6 Wat gaat er veranderen bij (her) verdelen, centraal aanbieden, van de zorg en welke strategische overwegingen spelen hierbij een rol?*

Als strategische overweging voor een herverdeling zou het bieden van goede kwaliteit de eerste gedachte moeten zijn. Voor de realisatie van goede kwaliteit wordt voldoende volume van een bepaalde diagnose (sub)groep noodzakelijk geacht. Om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen moet er vervolgens voldoende deskundigheid aanwezig zijn. Vervolgens zal er bij pijnpatiënten de bereidheid moeten bestaan om voor de beste kwaliteit langer te reizen. Een relatief klein volume van een bepaalde diagnose (sub)groep, die op een bepaalde locatie geboden wordt, zou om bovenstaande redenen niet langer gecontinueerd moeten worden op die locatie. Deze zorg aan die diagnose (sub)groep zou herverdeeld moeten worden over bestaande afdelingen zodanig dat op die manier een groter volume gecreëerd

kan worden op een van de locaties. Op die manier zou het productleiderschap verkregen kunnen worden doordat de zorgprofessionals zich in voldoende mate kunnen specialiseren in de diagnose (sub)groep en zich voor minstens de helft van hun tijd inzetten voor deze subgroep. Rijndam zou zich op die manier positioneren als de beste op het gebied van chronische pijnrevalidatie.

Een andere strategische overweging voor herverdelen van zorg, kan zijn dat met het concentreren van alle pijnpatiënten op een locatie het voor zorgprofessionals mogelijk wordt om geconcentreerd op die locatie veel kennis en ervaring op te doen met een breed aanbod van een diagnosegroep die mogelijkheden geeft tot subspecialisaties. Voor zorgprofessionals kan hierdoor een mix van 'zware en lichte' patiënten ontstaan en wordt het voor zorgprofessionals mogelijk om alleen ingezet te worden voor chronische pijnpatiënten en dus als ongedeelde capaciteit ingezet te worden.

Door de intakefase in de ziekenhuis locaties (PBA 4 en 3 ) zoveel mogelijk intact te laten blijven er korte verwijzlijnen tussen de in of om het ziekhuis aanwezige verwijzers en de in de ziekenhuis aanwezige revalidatieartsen. Vanuit de ziekenhuislocaties kan dan doorverwezen worden naar PBA 1

*7 Wat zijn de te verwachten effecten voor patiënten, medewerkers en organisatie wanneer de zorg (her)verdeeld gaat worden?*

De veranderingen die bij herverdeling een rol van belang gaan spelen beperken zich tot een relatief klein aantal onderwerpen.

- De huisvesting is niet op alle locaties toegerust om een extra stroom patiënten en eventueel personeel te herbergen. PBA 1 lijkt de meest geschikte afdeling om uit te breiden en is hier ook voor toegerust.
- De huidige personeelsformatie is per afdeling afgestemd op de verwachte toestroom van patiënten. Deze formatie moet dan eveneens herverdeeld worden wanneer patiëntenstromen herverdeeld gaan worden.
- De mix van patiënten die nu bestaat bij behandelteams zal veranderen bij een herverdeling van het aantal patiënten. Ten aanzien van deze patiëntenmix is door respondenten de inschatting gemaakt dat er tevredenheid heerst bij een meerderheid van de zorgprofessionals, op alle drie de afdelingen. Behoud van deze tevredenheid over de patiënten mix, wordt van belang geacht voor behoud van een belangrijke mate van arbeidstevredenheid en daarmee motivatie van zorgprofessionals. Wanneer

besloten zou worden tot een herverdeling dan heeft dit onderwerp de nodige aandacht te krijgen in het veranderingsproces.

- Voor de verwijzers in de ziekenhuizen waar PBA 3 en PBA 4 gehuisvest zijn zal er zo min mogelijk moeten veranderen en zullen de contacten zoveel als mogelijk via hun “eigen” revalidatieartsen moeten blijven verlopen. Dit kan voorkomen dat er onduidelijkheid zou ontstaan over waar naartoe en in welke gevallen de medisch specialist zijn patiënt moet doorverwijzen. Voor de overige verwijzers zal de verdeelsleutel inzichtelijk moeten zijn om daarmee foutieve verwijzingen te voorkomen.
- Voor patiënten kan het voorkomen dat op een voor hen vertrouwde locatie (bijvoorbeeld Vlietland ziekenhuis) voor pijnbehandeling geen poliklinische revalidatiezorg geboden wordt en ze hiervoor naar een andere locatie moeten. Dit kan betekenen dat er een bereidheid moet zijn tot het verlengen van hun reistijd ten opzichte van de reistijd naar de voor hen vertrouwde locatie.
- Voor de afdelingen kan het betekenen dat een herverdeling ook leidt tot een afname of toename van een te verwachte productie. Door een herziening van de onderlinge productieafspraken kunnen de negatieve en positieve effecten ondervangen worden.
- Afspraken maken over wat unaniem beschouwd wordt als de grens van een bepaalde WPN classificatie lijkt een voorwaarde om te komen tot de invoering van een herverdeling. Deze afspraken kunnen ertoe bijdragen dat de doorverwijzingen en dus de herverdeling op een eenduidige manier zal plaats vinden.

## Analyse

Een netwerklogistieke benadering leent zich voor analyse van aspecten vanuit unit en ketenlogistiek die van belang zijn voor zorglogistieke bedrijfsvoering (Visser & Beech 2005). Om die reden wordt nader ingegaan op een aantal unitlogistieke aspecten om vervolgens een aantal ketenlogistieke punten te belichten.

Binnen de divisie doen regelmatig problemen voor die de doorstroom van pijnpatiënten belemmert, waardoor de wachttijden te hoog oplopen. Er is een tweetal redenen hiervoor aangegeven. Ten eerste de voorgekomen capaciteitstekorten. Dit duidt op een niet goed afgestemd zijn van zorgaanbod op zorgvraag. Een tweede aspect van capaciteitstekorten had meer te maken met het delen van capaciteiten met andere diagnosegroepen waardoor vrije plaatsen ingenomen werden door andere patiëntengroepen. Dit aspect van capaciteitstekort duidt meer op een probleem bij benutting van de beschikbare capaciteit en hangt samen met het hebben van gedeelde capaciteitsoorten. Ook is het regelmatig voorgekomen dat er

capaciteiten ingezet werden met niet het gewenste deskundigheidsniveau. Dit laatste aspect heeft alles te maken met kennis en ervaring die nodig is om een zeker deskundigheidsniveau te verkrijgen en behouden. De principes van focused factory zoals beschreven in het theoretisch kader (hoofdstuk 2.3) sluiten hier goed bij aan.

Wanneer vanuit een ketenlogistiek perspectief gekeken wordt naar de problematiek dan ontbreekt het de drie afdelingen aan een eenduidig behandelproces met daarbij tevens een groot verschil in doorlooptijden voor de chronische pijnpatiënten. *(N.B. inmiddels is voor de beginfase van de behandeling meer afstemming gekomen door de impulsen van het ontwikkelcentrum pijnrevalidatie)* Met de toekomstige DBC financiering zal het voor de divisie van groot belang zijn om de zorg voor chronische pijnpatiënten op een zo doelmatig mogelijke wijze te laten verlopen met het oog op een korte doorlooptijd.

Tot slot is aangegeven dat de strategische keuze gericht is op productleiderschap. Het hebben van voldoende aanbod van een subgroep chronische pijnpatiënten (volume) wordt daarbij gezien als basis voor het opbouwen van deskundigheid en daarmee uiteindelijk het gaan bieden van de beste kwaliteit. Uit de resultaten blijkt dat de afdelingen zich in omvang ten opzichte van elkaar onderscheiden. Voor wat betreft de aard van de pijnpatiënten die behandeld worden blijkt iedere afdeling zich in meer of mindere mate bezig te houden met bestaande subgroepen binnen de chronische pijnpatiënten. Dit met uitzondering van WPN 4 patiënten die vooral op PBA1 gezien worden. Ondanks het feit dat PBA1 in omvang de grootste afdeling is blijkt uit de resultaten dat op alle afdelingen, slechts een klein gedeelte van de voor patiëntenzorg beschikbare tijd van de vier voor pijnrevalidatie belangrijke disciplines, besteed wordt aan chronische pijnpatiënten. Derhalve zal een herverdeling van chronische pijnpatiënten resulteren in een vergroting van het aandeel per discipline. Bovenstaande analyse geeft aanleiding te denken dat de in de probleemstelling opgenomen aspecten van kwaliteit, doelmatigheid en service, niet overeenkomstig de keuze voor productleiderschap zijn en derhalve voor verbetering in aanmerking komen.

### **5.3 Discussie**

In dit onderzoek zijn gegevens verkregen uit negen interviews en de dataset met gegevens over 2006. De interviews zijn voor het merendeel gehouden met respondenten die verantwoordelijk zijn voor een tot de onderzochte divisie behorende afdeling of de patiënten van die afdeling. Voor twee van de respondenten gold dat ze niet rechtstreeks verantwoordelijk waren voor een afdeling. Achteraf gezien had het interviewen van meer dan twee onafhankelijke respondenten mogelijk ook meer opties opgeleverd voor de strategische

afwegingen om te komen tot herverdelen. De divisieleiding is bijvoorbeeld niet bevraagd evenals het merendeel van de management teamleden van Rijndam revalidatiecentrum.

Dit onderzoek richtte zich op de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum. De gegevens die hierbij verkregen zijn zeggen daarmee in beperkte mate iets over het voorkomen van chronische pijnpatiënten in de regio. Daarmee is bijvoorbeeld onbekend gebleven wat de omvang is van de groep chronische pijnpatiënten die op de poliklinische revalidatieafdeling van het Erasmus medisch centrum, of elders, worden behandeld. Wanneer deze omvang bekend zou zijn geweest zou dit ook consequentie kunnen hebben voor de te maken strategische keuzes en de te verwachten effecten op het gebied van kwaliteit en logistiek. De aanleiding voor dit onderzoek kwam ondermeer voort uit het management team van de divisie polikliniek volwassenen en richtte zich op het onderzoeken van de verbetermogelijkheden van de eigen poliklinische afdelingen op het gebied van kwaliteit en logistiek. Daarmee richtte dit onderzoek zich niet op de verbetermogelijkheden voor de chronische pijnpatiënten in de gehele regio.

In de dataset wordt geen onderscheid gemaakt tussen de diverse vormen van behandelingen zoals screenen, observeren en verlenen van nazorg met de terugkom dagen. Dit betekent dat in de berekeningen die betrekking hebben op de gemiddelde doorlooptijd ook patiënten in de berekening worden meegenomen voor wie geen revalidatie indicatie bestaat na de observatie of screening. Door het ontbreken van het onderscheid tussen de diverse vormen van behandeling worden de uitvallers na een screening of observatie ook meegenomen in de gerealiseerde behandeluren terwijl strikt genomen ze nog geen behandeling hebben ondergaan en dat ook niet gaan krijgen. De management informatie is hierdoor geen werkelijke afspiegeling van echte behandelingen wanneer gesproken wordt van afgesloten behandelingen of revalidatie behandeluren. De aspecten van service kwaliteit die onderzocht zijn hebben geen betrekking op de gerealiseerde doeltreffendheid van de hulpverlening. Het onderzoeken ervan zou interessant zijn omdat daarmee de mate van succes van de behandeling per afdeling in beeld gebracht zijn geweest. In het kader van dit onderzoek moesten keuzes gemaakt worden en konden onmogelijk meer aspecten van service kwaliteit onderzocht worden.

In het theoretische kader is vooral gerefereerd aan het werk van Vissers, Beech en De Vries. Zij zijn de voorlopers op het gebied van zorglogistiek en dat heeft er toe bijgedragen dat het nagenoeg onmogelijk was om meningen en uitkomsten van andere wetenschappers op dit kennisgebied te bespreken in het theoretische kader. Hoewel het wenselijk was geweest om ook andere wetenschappelijke inzichten te kunnen betrekken geeft het eveneens de noodzaak aan om dit kennisgebied verder te ontwikkelen.

## 5.4 Conclusie

In deze paragraaf wordt de conclusie van het onderzoek weergegeven, die op basis van de probleemstelling is geformuleerd. De probleemstelling van het onderzoek naar de verbetermogelijkheden van kwaliteit en logistiek bij de poliklinische revalidatiebehandeling van chronische pijnpatiënten luidde als volgt:

*“Wat zijn de te verwachten consequenties op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid en service, van het (her)verdelen van de poliklinische zorg aan chronische pijnpatiënten, binnen de divisie polikliniek volwassenen?”*

- Verbetermogelijkheden op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid en service worden verwacht wanneer de poliklinische chronische pijnpatiënten herverdeeld worden binnen de divisie. Hierbij is het van belang om voldoende volume te behalen van de meest complexe categorieën pijnpatiënten.

Met het doorvoeren van een herverdeling kan er op één afdeling een groter volume ontstaan. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid voor de zorgprofessionals binnen die afdeling om de kennis en ervaring over, de meest complexe categorieën pijnpatiënten met elkaar te delen en zo mogelijk kwalitatief de zorgverlening voor deze patiënten verder te ontwikkelen. De consequentie hiervan is dat de patiënten te maken krijgen met zorgprofessionals die voor het merendeel van hun tijd toegewijd zijn aan de problematiek van deze patiënten groep en derhalve ten behoeve van deze specifieke groep in staat gesteld worden om de best mogelijke zorg te leveren.

Op het gebied van doelmatigheid en service ontstaat met het herverdelen tevens de mogelijkheid tot het creëren van een zodanig volume dat zorgprofessionals hun beschikbare tijd niet noodzakelijkerwijs hoeven te verdelen over andere diagnose groepen. Hierdoor ontstaat er een homogene groep van patiënten voor wie op een voorspelbare manier vraag en aanbod afgestemd kan gaan worden. In de toekomstige roosters van deze zorgprofessionals zullen de ‘concurrerende’ patiëntengroepen niet langer meer de oorzaak vormen voor oplopende wachttijden of wachtlijsten. Daarmee is dan ook te verwachten dat de service voor wat betreft de wachttijden aan de chronische pijnpatiënten gaat verbeteren. Het oplopen van de wachttijd kan dan immers alleen nog veroorzaakt worden door niet goed voorspelde toestroom van chronische pijnpatiënten of door niet goed op de patiëntenstroom afgestemde capaciteiten.



## 6 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten en conclusies van het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan:

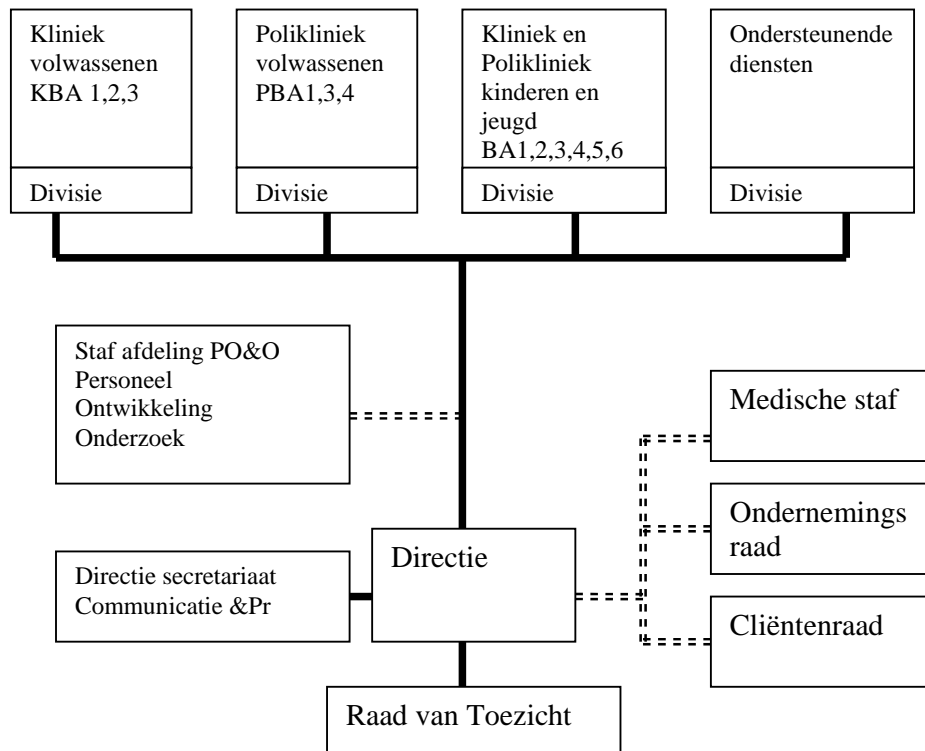
1. Bepaal of binnen de divisie polikliniek volwassenen de visie gedeeld wordt ten aanzien van het verkrijgen van productleiderschap voor chronische pijnpatiënten.
2. Hanteer van het besturingsmodel van de Vries & Hiddema (2001) zoals aangegeven in tabel 4 op pagina 17, om te komen tot een verbetering van kwaliteit en logistiek. De eerste drie niveaus zijn hierbij als eerste van belang, namelijk: strategische planning (positioneren), patiëntenstroom hoofdplanning (productieafspraken) en capaciteitstoewijzing (volume).  
De vervolg stappen kunnen met behulp van het besturingsmodel gezet worden. De hieronder vermelde punten zijn hier een specifieke invulling van en daarmee op te vatten als een meer concrete invulling en aanbeveling.
3. Bepaal hoeveel procent, van de tijd die beschikbaar is voor patiëntenzorg, door zorgprofessionals besteed zou moeten worden aan de chronische pijnpatiënten, passend bij de positie en rol van een productleider, en dus gericht op de beste willen zijn.
4. Bepaal hoeveel chronische pijn zorgvragen voor de divisie in de toekomst te verwachten valt en welk aandeel hiervan WPN 3 en 4 is (meest complexe categorieën).
5. Bepaal hoeveel reserve capaciteit per discipline nodig is om de continuïteit van zorg maar ook de gewenste kwaliteit te kunnen blijven garanderen voor deze 2 categorieën.
6. Ga om te komen tot een herverdeling op een projectmatige en veranderkundig verantwoorde wijze aan de slag. Op die manier kan veel weerstand bij medewerkers, patiënten en of verwijzers voorkomen of weggenomen worden en kunnen de oplossingen op de deelvraag *zeven (te verwachten effecten van herverdelen)* de volle aandacht krijgen. Het onderzoek heeft hieraan een bijdrage geleverd door deze mogelijke effecten alvast te onderzoeken.

## Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., Teunissen, J., 2001. *Kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese/Educatieve Partners.
- Bertrand, W., Vries. G. de., 2005. Lessons to be learned from operations management. In: Vissers, J., Beech R. *Health Operations Management. Patient flow logistics in health care*. Routledge, London and New York, 2005.
- Bragt, P.J. van. Strategisch beleidsplan 2007-2010 Rijndam revalidatiecentrum.
- Creswell, J.W., 2003. *Research design, qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Groot, P., Kremer, P., Vissers, J. "Raamwerk voor productiebesturing in ziekenhuizen". *Acta Hospitalia* 1993; 2:29-39.
- Groot, T. 2006. "Grip op de poliklinische zorgprocessen van de diagnosegroep CVA". *Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement*. Rotterdam: EMC, iBMG.
- Parasuraman, A. Valerie A. Zeithaml en Leonard L. Berry 1988 "Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, volume 64, nummer 1, p12-40.
- Porter, M.E. "What is strategy?" *Harvard Business Review*, November 1996, Vol. 74.
- Skinner, W. *Manufacturing: The formidable Competitive Weapon*. Wiley & Sons, New York, 1995.
- Vissers, J., G. de Vries 2005. *Sleutelen aan zorgprocessen. Een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering*. Oratiereeks Erasmus MC. Leiderdorp: Demmenie Grafimedia.
- Vissers, J., Beech R. *Health Operations Management. Patient flow logistics in health care*. Routledge, London and New York, 2005.
- Vissers, J., 1999. Logistieke processen in zorgbedrijven . In: Lapré, R. & Montfort, G. van, *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom: 149-165.
- Vries, G. de, U. Hiddema 2001. *Management van patiëntenstromen*. Medicus en Management no. 3. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wijk, k. 2006. *De service Care Chain. De invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening*. Rotterdam: EMC, iBMG. (forthcoming)

# Bijlage 1

## Organogram



## Bijlage 2

### Kwaliteitsprofielen pijnrevalidatie

#### Definitie pijnrevalidatie

Door de werkgroep Consensus Pijnrevalidatie, een samenwerkingsproject van de WPN en het Pijn Kennis Centrum Maastricht, 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 (aspecifieke 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 pijnvaring 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 specifiek (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.

(zie bijlage 4)

**Bijlage 2 (vervolg)**

	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 1</b>
<b>Omschrijving doelgroep</b>	Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.
<b>Behandeldoelen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. volledig (of nagenoeg) herstel van de oude situatie ( premorbide niveau van functioneren)</li> <li>2. preventie van recidief en of chroniciteit</li> </ol>
<b>Inclusiecriteria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat</li> <li>2. pijnklachten bestaan langer dan 6 weken</li> <li>3. er bestaan (lichte) beperkingen in het functioneren</li> <li>4. anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek</li> <li>5. patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem</li> <li>6. patiënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie</li> <li>7. patiënt is sociaal en psychisch stabiel</li> </ol>
<b>Exclusiecriteria</b>	- contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
<b>Aanbod</b>	- behandeling is in het algemeen monodisciplinair
<b>Specifieke eisen</b>	instelling voldoet aan de algemene eisen van een revalidatie-afdeling of instelling
<b>Documentatie ter onderbouwing</b>	geen specifieke documentatie vereist

	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 2</b>
<b>Omschrijving doelgroep</b>	Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.
<b>Behandeldoelen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. volledig (of nagenoeg) herstel van de oude situatie ( premorbide niveau van functioneren)</li> <li>4. preventie van recidief en of chroniciteit</li> <li>5. belasting en belastbaarheid zijn op elkaar afgestemd, met name fysiek</li> </ol>
<b>Inclusiecriteria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat</li> <li>9. pijnklachten bestaan langer dan 6 weken</li> <li>10. er bestaan beperkingen in het functioneren</li> <li>11. behandeling gericht op omgaan met overbelasting en ergonomie is geïndiceerd</li> <li>12. anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek</li> <li>13. patiënt functioneert psychosociaal op een stabiel niveau</li> <li>14. patiënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren</li> <li>15. patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem</li> <li>16. patiënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie</li> </ol>
<b>Exclusiecriteria</b>	contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

<b>Aanbod</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. meerdere disciplines zijn betrokken</li> <li>2. nadruk op fysieke behandeling en training</li> <li>3. beperkte inzet maatschappelijk werk en psycholoog</li> <li>4. fasering van de behandeling is herkenbaar</li> </ol>
	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 2 (vervolg)</b>
<b>Specifieke eisen</b>	<p><b>Kwaliteitsprofiel I: individueel patiëntniveau</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inschakelen van maatschappelijk werk is mogelijk</li> </ul> <p><i>klantgericht / bejegening / maatwerk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de behandeling vindt plaats conform de professionele standaard met aandacht voor individuele problematiek</li> <li>- de behandelaars stemmen de behandeling op elkaar af</li> <li>- het patiëntstelsel kan onderdeel van de behandeling zijn</li> </ul> <p><b>transparant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is overeenstemming tussen patiënt en behandelaars over de te behalen doelen en werkwijze</li> </ul> <p><i>doelgericht / doelmatig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het resultaat van de behandeling is meetbaar</li> </ul> <p><b>Kwaliteitsprofiel II: patiëntengroep / behandelprogramma</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is een gezamenlijke visie op pijnproblematiek, schriftelijk vastgelegd</li> <li>- er is een beschrijving van het behandelprogramma</li> <li>- zowel de functionele beperkingen als de stoornissen zijn uitgangspunt voor de behandeling</li> </ul> <p><b>Kwaliteitsprofiel III: de revalidatie-instelling</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is een behandelteam dat minimaal bestaat uit revalidatiearts, fysiotherapeut en ergotherapeut, met een mogelijkheid tot het inschakelen van maatschappelijk werk of psycholoog</li> <li>- de behandelaars hebben inzicht in de ontstaansmechanismen van chronische pijn en hebben affiniteit met de behandeling van patiënten met chronische pijn</li> </ul> <p><i>continu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vervanging is mogelijk door behandelaar met affiniteit met en inzicht in de behandeling van chronische pijn.</li> </ul> <p><i>deskundig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is een systeem voor bij- en nascholing</li> <li>- revalidatiearts uit het behandelteam:</li> <li>- geen specifieke eisen t.a.v. pijnrevalidatie</li> <li>- behandelaars</li> <li>- geen specifieke eisen t.a.v. pijnrevalidatie</li> </ul> <p><b>kwaliteitszorg</b></p> <p>de instelling beschikt over algemene therapieruimten</p>
	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 2 (vervolg)</b>
	<p><b>Kwaliteitsniveau IV: het revalidatienetwerk</b></p> <p><i>integraal – marktorientatie – beleid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is mogelijkheid tot intercollegiale consultatie</li> </ul> <p><b>organisatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- binnen de instelling zijn afspraken over onderlinge verwijzing</li> </ul> <p><i>deskundig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de instelling heeft binnen de regio afspraken omtrent de verwijzing van</li> </ul>



	patiënten met WPN-3 of WPN-4 niveau, tenzij de instelling zelf aan de kwaliteitseisen voldoet voor de behandeling van de patiënten op deze niveaus
<b>Documentatie ter onderbouwing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voorlichting over pijnrevalidatie</li> <li>- overzicht van aantallen pijnpatiënten op WPN-2 niveau</li> <li>- beschrijving behandelaanbod</li> </ul>
	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 3</b>
<b>Omschrijving doelgroep</b>	Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.
<b>Behandeldoelen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 optimale kwaliteit van leven ondanks de pijn</li> <li>2 optimaal functioneren en zo mogelijk terugkeer naar premorbide niveau</li> <li>3 patiënt hanteert een eventueel recidief adequaat</li> <li>4 adequate coping</li> <li>5 belasting en belastbaarheid zijn op elkaar afgestemd zowel fysiek als mentaal</li> <li>6 pijnmedicatie is tot een minimum teruggebracht en wordt tijdcontingent gebruikt</li> <li>7 medische en paramedische consumptie is tot een minimum teruggebracht</li> </ol>
<b>Inclusiecriteria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat</li> <li>2. pijnklachten bestaan langer dan 6 weken</li> <li>3. patiënt is medisch stabiel</li> <li>4. er bestaan beperkingen in het functioneren</li> <li>5. anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling</li> <li>6. er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol</li> <li>7. sociale en psychische factoren zijn complex zijn en spelen een belangrijke onderhoudende rol</li> <li>8. patiënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren</li> <li>9. patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem</li> </ol>
<b>Exclusiecriteria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg</li> <li>2. psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie en/of revalidatiebelemmerend werkt</li> <li>3. ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de revalidant en/of het systeem</li> </ol>
<b>Aanbod</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. multidisciplinaire behandeling is gericht op verbeteren van functioneren</li> <li>2. hulpvraag van de patiënt wordt betrokken in de behandeling</li> <li>3. onderhoudende factoren zijn onderdeel van de behandeling</li> <li>4. patiëntensysteem wordt op indicatie in de behandeling betrokken</li> <li>5. fasering in de behandeling is herkenbaar: intake, observatie, behandeling, generalisatie, ontslag</li> <li>6. nazorg en op indicatie overdracht van de behandeling naar elders</li> <li>7. nacontrole</li> </ol>
	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 3 (vervolg)</b>
<b>Specifieke eisen</b>	<p><b>Kwaliteitsniveau I: individueel patiëntniveau</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in de intake en observatiefase zijn minimaal zowel een revalidatiearts als psychosociale disciplines betrokken</li> </ul> <p><i>klantgericht / bejegening / maatwerk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de behandeling vindt plaats conform de professionele standaard met aandacht voor individuele problematiek</li> <li>- de behandeling wordt structureel afgestemd door de behandelaars</li> <li>- het patiëntensysteem is bij voorkeur onderdeel van de behandeling</li> </ul>

	<p><b>transparant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er bestaat overeenstemming tussen patiënt en behandelaars omtrent de te behalen doelen en werkwijze</li> </ul> <p><i>doelgericht/doelmatig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het resultaat van de behandeling is meetbaar</li> </ul> <p><b>Kwaliteitsniveau II: patiëntengroep/behandelprogramma</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is een gezamenlijke visie op chronische pijn en de behandeling daarvan, vastgelegd in een behandelprogramma</li> <li>- de functionele beperkingen en niet de stoornissen zijn uitgangspunt van de behandeling</li> <li>- voldoende tijd voor interdisciplinaire afstemming is essentieel</li> </ul> <p><b>Kwaliteitsniveau III: de revalidatie-instelling</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is sprake van een op de doelgroep gericht multidisciplinair team, minimaal bestaand uit revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker en psycholoog</li> <li>- de behandelaars hebben inzicht in de ontstaansmechanismen van chronische pijn en hebben affiniteit met de behandeling van patiënten met chronische pijn</li> </ul> <p><i>continu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er wordt op structurele wijze gewerkt aan ontwikkeling en kwaliteit van de pijnrevalidatie</li> <li>- vervanging van behandelaars vindt primair plaats binnen het behandelteam, in elk geval door behandelaars met affiniteit met en inzicht in de behandeling van chronische pijnklachten</li> </ul> <p><i>deskundig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- om kwaliteit te waarborgen is er een continu aanbod van patiënten met chronische pijn</li> <li>- bij vacatures of recente therapeutwisseling is supervisie gewaarborgd, eventueel vanuit een instelling binnen het netwerk</li> <li>- de deskundigheid van de revalidatiearts(en) blijkt uit en wordt gewaarborgd door: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ bij vacatures of recente therapeutwisseling is supervisie gewaarborgd, eventueel vanuit een instelling binnen het netwerk</li> <li>✓ het lidmaatschap van de IASP en/of NVBP</li> <li>✓ het lidmaatschap van de WPN (één revalidatiearts per instelling)</li> <li>✓ bij- en nascholing op het gebied van chronische pijn</li> <li>✓ 2 jaar ervaring op het gebied van de pijnrevalidatie voor ten minste 1 revalidatiearts binnen het netwerk</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 3 (vervolg)</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de deskundigheid van de psycholoog blijkt uit en wordt gewaarborgd door: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ vaardigheid in cognitieve gedragstherapie en behandelen van intrapsychische problematiek</li> <li>✓ het volgen van relevante scholing t.a.v. de chronische pijnproblematiek</li> <li>✓ tenminste 2 jaar werkervaring met pijnrevalidatie</li> </ul> </li> <li>- de deskundigheid van andere disciplines blijkt uit en wordt gewaarborgd door: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ het volgen van relevante scholing t.a.v. chronische pijn</li> <li>✓ tenminste 1 behandelaar in iedere discipline met 2 jaar ervaring met pijnrevalidatie</li> </ul> </li> </ul> <p><b>kwaliteitszorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de instelling beschikt over therapie- en ontspanningsruimten en sportfaciliteiten</li> </ul> <p><b>Kwaliteitsniveau IV: het revalidatienetwerk</b></p> <p><i>integraal – marktoriëntatie – beleid</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- er is mogelijkheid tot intercollegiale consultatie</li> </ul> <p><b>organisatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- binnen het netwerk bestaan afspraken over verwijzing <i>deskundig</i></li> <li>- de instelling heeft afspraken binnen de regio omtrent de verwijzing van patiënten op WPN-4 niveau , tenzij de instelling zelf voldoet aan de kwaliteitscriteria voor de behandeling van patiënten op WPN-4 niveau</li> <li>- de instelling heeft binnen de regio afspraken omtrent de verwijzing van pijnpatiënten die klinische revalidatie behoeven, tenzij de instelling zelf de mogelijkheid heeft van klinische pijnrevalidatie</li> </ul>
<b>Documentatie ter onderbouwing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- behandelprogramma pijnrevalidatie</li> <li>- voorlichting over pijnrevalidatie</li> <li>- documentatie met samenstelling en omvang behandelteam en deskundigheid team</li> <li>- overzicht van aantallen patiënten WPN-3</li> <li>- verwijfsafspraken met psychiater en andere consulenten</li> </ul>
<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 4</b>	
<b>Omschrijving doelgroep</b>	Volwassen patiënten met disfunctioneren bij pijnklachten (aspecifiek en specifiek), zich uitend in houdings- en bewegingsapparaat langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.
<b>Behandeldoelen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. optimale kwaliteit van leven (ondanks pijn)</li> <li>2. optimaal functioneren, premorbide niveau wordt (meestal) niet bereikt</li> <li>3. zinvolle dagbesteding</li> <li>4. patiënt hanteert een eventuele terugval adequaat</li> <li>5. adequate coping</li> <li>6. belasting en belastbaarheid zijn op elkaar afgestemd zowel fysiek als mentaal</li> <li>7. pijnmedicatie is tot een minimum teruggebracht en wordt gebruik tijdcontingent gebruikt</li> <li>8. medische en paramedische consumptie is tot een minimum teruggebracht</li> <li>9. het systeem ondersteunt adequaat gedrag van de patiënt</li> </ol>
<b>Inclusiecriteria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat</li> <li>11. pijnklachten bestaan langer dan 6 weken</li> <li>12. patiënt is medisch stabiel</li> <li>13. er bestaan beperkingen in het functioneren</li> <li>14. anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling</li> <li>15. er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol</li> <li>16. sociale en psychische factoren zijn complex zijn en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.</li> <li>17. patiënt heeft de mogelijkheden om inzicht te ontwikkelen in de knelpunten van zijn functioneren</li> <li>18. patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem</li> <li>19. het systeem is bij de behandeling te betrekken</li> </ol>
<b>Exclusiecriteria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg</li> <li>5. psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie ofwel revalidatiebelemmerend werkt</li> <li>6. ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de revalidant en het systeem</li> </ol>
<b>Aanbod</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. multidisciplinaire behandeling behandeling is in eerste instantie gericht op gedragsverandering, met als doel verbeteren van functioneren</li> <li>2. hulpvraag van de patiënt wordt betrokken in de behandeling</li> <li>3. onderhoudende zijn onderdeel van de behandeling, tenzij daar een</li> </ol>

	<p>contraïncatie voor is</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. patiëntstelsel is uitdrukkelijk bij de behandeling betrokken</li> <li>5. fasering in de behandeling is herkenbaar: intake, observatie, behandeling, generalisatie, ontslag</li> <li>6. overdracht van de behandeling naar elders, tenzij niet geïndiceerd</li> <li>7. nacontrole</li> </ol>
	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 4 (vervolg)</b>
<b>Specifieke criteria</b>	<p><b>kwaliteitsprofiel I: individueel patiëntniveau</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in de intake en observatiefase zijn minimaal zowel een revalidatiearts als psychosociale disciplines betrokken</li> </ul> <p><i>klantgericht / bejegening / maatwerk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de behandeling vindt plaats conform de professionele standaard met aandacht voor individuele problematiek</li> <li>- de behandeling wordt structureel en frequent afgestemd door de behandelaars</li> <li>- het patiëntstelsel is onderdeel van de behandeling</li> </ul> <p><b>transparant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er bestaat overeenstemming tussen patiënt en behandelaars omtrent de te behalen doelen en werkwijze</li> </ul> <p><i>doelgericht / doelmatig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het resultaat van de behandeling is meetbaar</li> </ul> <p><b>kwaliteitsprofiel II: patiëntengroep / behandelprogramma</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is een gezamenlijke visie op chronische pijn en de behandeling daarvan, vastgelegd in een behandelprogramma</li> <li>- de functionele beperkingen en niet de stoornissen zijn uitgangspunt van de behandeling</li> <li>- psychosociale hulpverleners hebben een nadrukkelijke rol in de behandeling</li> <li>- voldoende tijd voor interdisciplinaire afstemming is essentieel</li> </ul> <p><b>kwaliteitsprofiel III: de revalidatie-instelling</b></p> <p><i>integraal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is sprake van een op de doelgroep gericht multidisciplinair team, minimaal bestaand uit revalidatiearts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker en zo mogelijk een activiteitenbegeleider</li> <li>- bij vacatures of recente therapeutenwisseling is supervisie gewaarborgd</li> <li>- de behandelaars hebben inzicht in de ontstaansmechanismen van chronische pijn en hebben affiniteit met de behandeling van patiënten met chronische pijn</li> </ul> <p><i>continu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er wordt op structurele wijze gewerkt aan ontwikkeling en kwaliteit van de pijnrevalidatie</li> <li>- vervanging van behandelaars vindt primair plaats binnen het behandelteam</li> </ul> <p><i>deskundig</i></p> <p>om kwaliteit te waarborgen is er een continu aanbod van patiënten met chronische pijn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij vacatures of recente therapeutwisseling is supervisie gewaarborgd, eventueel vanuit een instelling binnen het netwerk</li> <li>- de deskundigheid van de revalidatiearts(en) blijkt uit en wordt gewaarborgd door: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ het lidmaatschap van de IASP en/of NVBP</li> <li>✓ het lidmaatschap van de WPN (één revalidatiearts per instelling)</li> <li>✓ bij- en nascholing op het gebied van chronische pijn</li> <li>✓ 2 jaar ervaring op het gebied van de pijnrevalidatie voor ten minste 1 revalidatiearts binnen het netwerk</li> </ul> </li> </ul>

	<b>Kwaliteitsprofiel WPN-niveau 4 (vervolg)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de deskundigheid van de psycholoog blijkt uit en wordt gewaarborgd door:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ vaardigheid in cognitieve gedragstherapie en behandelen van intrapsychische problematiek</li> <li>✓ het volgen van relevante scholing t.a.v. de chronische pijnproblematiek</li> <li>✓ tenminste 2 jaar werkervaring met pijnrevalidatie</li> <li>✓ structureel systeem van supervisie als niet aan bovengenoemde voorwaarde kan worden voldaan (door vacature of recente wisseling van psycholoog)</li> </ul> </li> <li>- de deskundigheid van andere disciplines blijkt uit en wordt gewaarborgd door:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ één van de psychosociale disciplines is ervaren in het behandelen van het systeem</li> <li>✓ het volgen van relevante scholing t.a.v. chronische pijn</li> <li>✓ tenminste 1 behandelaar in iedere discipline met 2 jaar ervaring in pijnrevalidatie</li> </ul> </li> </ul> <p><b>kwaliteitszorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de instelling beschikt behalve over therapie- en ontspanningsruimten, ook over sportfaciliteiten en, bij voorkeur, zwemfaciliteiten</li> <li>- er is ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de chronische pijn tenminste sprake van een samenwerkingsverband met een universiteit of participatie in een onderzoeksnetwerk</li> </ul> <p><b>kwaliteitsprofiel IV: het revalidatienetwerk</b> <i>integraal – marktorientatie – beleid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er is mogelijkheid tot intercollegiale consultatie</li> </ul> <p><b>organisatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er bestaan (boven)regionale verwijfsafspraken met psychiaters, neuroloog en anesthesioloog</li> </ul> <p><i>deskundig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de instelling heeft binnen de regio afspraken omtrent de verwijzing van patiënten op WPN-4 niveau</li> <li>- de instelling heeft binnen de regio afspraken omtrent de verwijzing van pijnpatiënten die klinische revalidatie behoeven</li> </ul>
<b>Documentatie ter onderbouwing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- behandelprogramma pijnrevalidatie</li> <li>- voorlichting over pijnrevalidatie</li> <li>- documentatie met samenstelling en omvang behandelteam en deskundigheid team</li> <li>- overzicht van aantallen pijnpatiënten WPN-niveau 4.</li> <li>- verwijfs afspraken met psychiater en andere consulenten</li> </ul>

## Bijlage 3a

### Procesbeschrijving PBA1 2006

Stap	Activiteit	Verantwoordelijke	Doel/ omschrijving
1	Consult	Verwijzer	Indiceren voor consult revalidatiearts
2	Consult	Revalidatiearts	Wel / niet indiceren voor screening
3	Screening	Revalidatiearts Psycholoog Fysiotherapeut	Wel / niet indiceren voor poliklinische revalidatiebehandeling
4	Behandeling	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut bewegingsagoog	Gezamenlijk uitvoeren van behandelprogramma gedurende 11 tot 13 weken met regelmatige teambesprekingen.
5	Consult	Revalidatiearts	Behaalde resultaten doorspreken en afspraken voor vervolg maken.
6	Nazorg 1	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut	Na 6 weken toetsen of bereikte effect na behandeling nog aanwezig is en vaststellen of er nieuwe doelen zijn.
7	Nazorg 2	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut	Wederom na 6 weken toetsen of effect van behandeling nog aanwezig is en vaststellen of er nieuwe doelen zijn.
8	Consult	Revalidatiearts	Afsluiten behandeling met afsluitend gesprek
9	Consult 1	Revalidatiearts	Ter controle
10	Consult 2	Revalidatiearts	Ter controle

### Procesbeschrijving PBA3 2006

Stap	Activiteit	Verantwoordelijke	Doel/ omschrijving
1	Consult	Verwijzer	Indiceren voor consult revalidatiearts
2	Consult	Revalidatiearts	Wel / niet indiceren voor screening
3	Screening	Revalidatiearts Psycholoog Fysiotherapeut	Wel / niet indiceren voor poliklinische multidisciplinaire observatie / revalidatiebehandeling
4	Observatie	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut	Nagaan en afspreken hoe de revalidatie het beste kan worden vormgegeven
5	Behandeling	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut	Gezamenlijk uitvoeren van behandelprogramma en ook conform afspraken die gemaakt zijn bij de observatie.
6	Consult	Revalidatiearts	Afsluiten behandeling met afsluitend gesprek

## Bijlage 3b

### Procesbeschrijving PBA4 2006

Stap	Activiteit	Verantwoordelijke	Doel/ omschrijving
1	Consult	Verwijzer	Indiceren voor consult revalidatiearts
2	Consult	Revalidatiearts	Wel / niet indiceren voor observatie
3	Observatie	Revalidatiearts Psycholoog Fysiotherapeut	Wel / niet indiceren voor poliklinische multidisciplinaire revalidatiebehandeling met aanbevelingen hoe dit te gaan doen.
4	Behandeling	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut	Gezamenlijk uitvoeren van opgesteld behandelplan met tussentijdse teambesprekingen.
5	Consult	Revalidatiearts	Afsluiten behandeling met afsluitend gesprek

### Procesbeschrijving PBA 1, 3 en 4 in 2007

Stap	Activiteit	Verantwoordelijke	Doel/ omschrijving
1	Consult	Verwijzer	Indiceren voor consult revalidatiearts
2	Vragenlijst toetsuren	Revalidatiearts	Specifieke Informatie verkrijgen over patiënt voorafgaand aan eerste consult met revalidatiearts
3	Consult	Revalidatiearts	Wel / niet indiceren voor kort onderzoek door fysiotherapeut en psycholoog (= screening)
4	Screening	Revalidatiearts Psycholoog Fysiotherapeut	Wel / niet indiceren voor poliklinische revalidatiebehandeling en aangeven hoe dit zou moeten
5	Observatie	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut (Bewegingsagoog)	Uitwerken behandelplan en de wijze waarop dit ingevuld zou moeten gaan worden.
6	Behandeling	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut (Bewegingsagoog)	Gezamenlijk uitvoeren van behandelprogramma gedurende 11 tot 13 weken. Met tussentijdse teambesprekingen
7	Consult	Revalidatiearts	Behaalde resultaten doorspreken en afspraken voor vervolg maken en kans op herhaling van stap 6
8	Nazorg 1	Psycholoog Maatschappelijkwerker Fysiotherapeut Ergotherapeut	Na 6 weken bekrachtigen van positieve effecten van behandeling en zonodig bijsturen.
7	Consult	Revalidatiearts	Afsluiten behandeling met afrondend gesprek.
8	Consulten <sup>5</sup>	Revalidatiearts	2 a 3 herhalingsconsulten ter controle

<sup>5</sup> Drie maanden en een jaar na de behandeling worden aan de hand van toegestuurde vragenlijsten nametingen verricht.

## **Bijlage 4    Introductie onderzoek en topiclijsten**

### **Introductie onderzoek**

Geachte heer .....

Breda 20-03-2007

Alvast bedankt voor de medewerking aan dit onderzoek in het kader van mijn Master opleiding zorgmanagement aan de Erasmus universiteit. Het onderzoek richt zich op verbetermogelijkheden van kwaliteit en logistiek bij de poliklinische revalidatiebehandeling van chronische pijnpatiënten binnen de divisie polikliniek volwassenen van Rijndam revalidatiecentrum. De benodigde informatie wordt verkregen uit niet alleen de interviews met jou en enkele binnen deze divisie werkzame revalidatieartsen en managers maar ook met ..... en..... . Naast deze interviews zal ook cijfermatige informatie uit 2006 betrokken worden.

Het onderzoek richt zich overigens op de probleemstelling; 'Wat de te verwachten consequenties zouden zijn van het, binnen de divisie polikliniek volwassenen, centraal gaan aanbieden, (her)verdelen, van de poliklinische zorg aan chronische pijnpatiënten op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid en service'.

Ter voorbereiding op het vraaggesprek stuur ik je onderstaande topiclijst van gespreksonderwerpen toe zodat je goed geïnformeerd bent over hetgeen ik te weten wil komen.

Vriendelijke groeten

Marco Joesse



## Topiclijst 1

### Organisatie

1. Hoe was de poliklinische revalidatiezorg aan chronische pijnpatiënten in 2006 georganiseerd? (Dit ten aanzien van diagnosticeren, behandeling en nazorg)
2. Is dat in 2007 nog net zo georganiseerd?
3. Worden alle typen chronische pijnpatiënten (WPN classificaties) hier behandeld?
4. Worden er knelpunten/bottlenecks ervaren in het proces van de zorgverlening?
5. Hoe worden die in het algemeen opgelost?
6. Welke artsen/ instellingen worden beschouwd als de belangrijkste verwijzers?
7. Welke disciplines zijn er betrokken bij respectievelijk de diagnostiek, de behandeling en de nazorg?

### Wachttijden

1. Wat zijn in 2006 gemiddeld genomen de wachttijden geweest voor een eerste consult?
2. Wat zijn in 2006 gemiddeld genomen de wachttijden geweest voor de behandeling en nazorg?
3. Hoe worden de wachttijden van patiënten bijgehouden?
4. Wie neemt er initiatief bij te hoog oplopen van de wachttijd?
5. Wat wordt in de praktijk beschouwd als te hoog?
6. Wat voor maatregelen worden er genomen bij oplopen van de wachttijd?

### Centraal /decentraal zorgaanbod

1. Wat zou er voor uw afdeling veranderen bij het centraal gaan aanbieden, (her)verdelen, van poliklinische zorg aan chronische pijnpatiënten? (zowel voor patiënten, medewerkers alsook organisatie) (dit ingeval wanneer uw afdeling niet de centrale aanbieder is)
2. En wat wanneer uw afdeling wel de centrale afdeling gaat vormen.
3. Welke afdeling beschouwt u als meest aangewezen centrale afdeling, en waarom?
4. Wat zijn te verwachten problemen wanneer uw afdeling de centrale afdeling zou worden?
5. En wat wanneer dit niet gebeurt?

## Topiclijst 2

1. Wat zou er voor Rijndam veranderen bij het binnen de huidige divisie centraal gaan aanbieden, (her)verdelen, van poliklinische zorg aan chronische pijnpatiënten? (bezien vanuit de patiënten, de medewerkers, de organisatie, de verzekeraars en andere zorginstellingen)
2. Wat zijn de te verwachten problemen voor Rijndam wanneer het huidige poliklinische zorgaanbod aan de chronische pijnpatiënten binnen de divisie wordt (her)verdeeld?
3. Hoe zouden de negatieve effecten eventueel op te vangen zijn?