

Beleidsplan 2013-2015

Dutch Pain Society



Het beleidsplan van de Dutch Pain Society werd opgesteld door het bestuur

September 2013

Secretariaat

Postbus 957

6500 AZ Eindhoven

T 040 2113661

F 040 2134010

info@dutchpainsociety.nl

www.dutchpainsociety.nl

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
1. Inleiding	2
1.1. Historie DPS.....	2
1.2. Wat is (chronische)pijn?.....	2
1.3. Prevalentie van pijn.....	3
2. Waarom een multidisciplinaire vereniging.....	3
3. Visie/missie DPS.....	6
4. Strategische doelstellingen.....	7
5. Organisatie	9
5.1. Structuur vereniging.....	9
5.2. Interim-bestuur	11

1. Inleiding

De multidisciplinaire Dutch Pain Society (DPS) ontwikkelt een eigen identiteit. Zij wil namens haar leden in Nederland optreden in discipline overstijgende beleids-, bestuurlijke en inhoudelijke kwesties op het gebied van pijn. Om haar doelstellingen te bereiken gaat er een intensief veranderingsproces binnen de vereniging plaatsvinden. Een professionalisering die het interim-bestuur samen met de leden de komende jaren wil doorvoeren.

De tijd breekt aan voor een meer op de buitenwereld gerichte visie, met name in de richting van de door het multidisciplinair karakter van 'pijn' nauw met ons verweven beroeps- en patiëntenverenigingen. De DPS wil zich de komende 3 jaren vooral binnen de bij pijn betrokken verenigingen profileren. Tenslotte wil de DPS haar opinie vormen in maatschappelijke en sociaaleconomische discussies en zich richten op voor pijn relevante instanties en organisaties. De DPS is voornemens op relevante thema's standpunten te gaan uitdragen teneinde een dialoog met stakeholders binnen en buiten haar vakgebied tot stand te brengen.

1.1. Historie DPS

In 1975 is de Nederlandse Vereniging ter bestudering van Pijn opgericht (NVBP), de 'Dutch chapter' van de in 1973 opgerichte International Association for the Study of Pain (IASP). In 1993 nam de NVBP actief deel aan de oprichting van de European Federation of International IASP Chapters (EFIC). Kenmerk van deze organisaties is de brede samenstelling met participatie van alle medische beroepsgroepen die te maken hebben met pijn (o.a. medici, paramedici, psychologen, verpleegkundigen). Geruime tijd is er een nauwe samenwerking geweest met een platform van verschillende pijn patiënten organisaties.

Alhoewel de eerste jaren van de NVBP redelijk succesvol waren, ontstond eind jaren tachtig een afsplitsing van enkele beroepsgroepen, omdat binnen wetenschappelijke verenigingen veelal een eigen 'sectie pijnbestrijding' werd opgericht om beroepsbelangen beter te kunnen behartigen.

In 2007 formuleerde de NVBP de wens om verenigingsactiviteiten met betrekking tot pijn te reorganiseren en de professionele pijnverenigingen in Nederland weer samen te brengen binnen één vereniging in Nederland met de naam Dutch Pain Society (DPS). In februari 2010 werd deze nieuwe vereniging – de Dutch Pain Society - opgericht.

1.2. Wat is (chronische)pijn?

De International Association for the Study of Pain (IASP) definieert pijn als een onplezierige, sensorische en emotionele gewaarwording. Deze wordt geassocieerd met actuele of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van beschadiging.

Qua indeling in duur maken we onderscheid in acute en chronische pijn. Acute pijn associëren we met acute beschadiging of ziekte. Normaal gesproken geneest het letsel en verdwijnt de pijn. Chronische pijn wordt bij afspraak gedefinieerd als pijn die langer bestaat dan drie maanden of langer duurt dan de verwachte tijd voor herstel na beschadiging of ziekte. Als de pijn langer dan 3

maanden blijft aanhouden en chronisch wordt is het mechanisme van de pijn ingewikkelder geworden en treden veranderingen op in het zenuwstelsel en in de rest van het lichaam. Er is bij chronische pijn niet langer een direct verband tussen het letsel en de pijn; de pijn is als het ware een eigen leven gaan leiden en heeft het niet alleen invloed op lichamelijk vlak maar ook op psychisch en sociaal terrein.

Pijn is multidimensioneel van karakter: pijn en emotie zijn niet te scheiden. Dr. Loeser, professor neurochirurgie en anesthesiologie in Seattle, heeft hiervoor een model ontwikkeld waarin hij onderscheid maakt in de bron van pijn (nociceptie), de gewaarwording, de beleving en het gedrag. In de diagnostiek en behandeling van pijn dient men al deze dimensies te beschouwen.

1.3. Prevalentie van pijn

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat veel patiënten last hebben van inadequaat behandelde pijn. Zo ervaart twee derde van de patiënten in ziekenhuizen pijn in de postoperatieve fase. Ook patiënten met kanker lijden vaak pijn; bij deze groep is de behandeling van pijn in bijna de helft van de gevallen inadequaat. Niet goed behandelde acute pijn is een risicofactor voor het ontwikkelen van chronische pijn.

In vergelijking met andere chronische aandoeningen komt chronische pijn heel vaak voor. Chronische pijn komt bij ongeveer een op de vijf volwassenen voor (18%) in Nederland; zo blijkt uit een groots opgezet Europees onderzoek van Breivik¹. Toch zijn er voor diabetes, hartfalen, COPD en kanker meer middelen beschikbaar voor preventie en het terugdringen van ziekte. De gemiddelde duur van chronische pijn in Nederland is 6,5 jaar; bij 60% duurde de chronische pijn 2 tot 15 jaar, bij 21% zelfs meer dan 20 jaar. Rugpijn en gewrichtspijn komen het meest voor. Artrose en reumatoïde artritis, al of niet gecombineerd, zijn de meest voorkomende oorzaken. Omdat chronische pijn duidelijk samenhangt met ouderdomsaandoeningen zal de vergrijzing het probleem in de nabije toekomst alleen maar groter maken. Desondanks heeft chronische pijn geen of onvoldoende aandacht van beleidsmakers.

Onbehandelde chronische pijn vormt een belangrijk probleem voor het individu, maar heeft ook sterke sociaaleconomische consequenties voor het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij in het algemeen. Bij 25% van de mensen met chronische pijn heeft de pijn invloed op hun werkstatus. 21% heeft ook een diagnose depressie. Chronische pijnpatiënten bezoeken veel verschillende dokters: 54% heeft 2 tot 6 verschillende dokters bezocht. De meerderheid is gezien door een huisarts, slechts 2% was op het moment van het onderzoek onder behandeling van een pijnspecialist. 23% is ooit gezien door een pijnspecialist^{2,3}.

¹ Breivik et al Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. Eur J Pain 2006; 10: 287-333

² Chronische Pijn, Rapport van de Regieraad Kwaliteit van Zorg. November 2011.

³ Bala, M, Bekkering T, Riemsma R, Harker J, Huygen F, Kleijnen J. Epidemiology of chronic pain in the Netherlands. Kleijnen systematic reviews Ltd, and centrum voor Pijngeneeskunde Erasmus MC. 2011

2. Waarom een multidisciplinaire vereniging

Symptoom of ziekte?

Veel mensen lijden aan chronische pijn of lijden onnodig aan inadequaet behandelde acute pijn. Toch is dit gezondheidsprobleem niet heel erg zichtbaar. Ondanks goede ontwikkelingen is er onvoldoende maatschappelijk bewustzijn van het probleem. Het zien van (chronische) pijn als een symptoom en niet als een ziekte leidt tot onderregistratie. Bij chronische pijn treden meerdere veranderingen op in het lichaam. Toch is chronische pijn niet opgenomen in de International Classification of Diseases (ICD-10). De European Federation of IASP Chapters stelt dat pijn wel degelijk een 'major health care problem' is. Zij adviseert pijn niet alleen te zien als symptoom, maar ook als een 'disease in its own right'. De IASP heeft toegang tot adequate behandeling van pijn als mensenrecht vastgelegd in de verklaring van Montreal (IASP 3 september 2010).

Daardoor is pijn van iedereen maar ook van niemand

Pijn wordt dus zoals gezegd nog te veel gezien als een symptoom bij een andere ziekte. Daarmee is chronische pijn niet alleen als ziekte weinig zichtbaar; het leidt ook tot versnippering van de behandeling van pijn. Vele behandel disciplines krijgen met (chronische) pijn te maken. De primaire aandacht van veel medisch professionals gaat logischerwijs vaak uit naar de ziekte die de veronderstelde veroorzaker is van de pijn. De pijn wordt dan veelal gezien als symptoom in plaats van een probleem op zichzelf.

En daardoor schiet ook de kennis te kort

Deze status van 'symptoom' en de versnippering van pijn over vele behandel disciplines weerspiegelt zich ook in onderwijs en onderzoek instellingen. Uit een Brits rapport blijkt dat medisch studenten gedurende hun gehele opleiding gemiddeld 13 uur aan pijn onderwijs kregen. Dat is ongeveer 0,1%! De verwachting is dat het voor de Nederlandse situatie niet anders is. In Nederland is geïnterviewd hoeveel tijd verpleegkundigen in opleiding aan pijn besteden. De duur van pijn onderwijs bleek tussen de 0 en 15 uur gedurende de hele opleiding te liggen. Ook op het gebied van onderzoek is pijn onderbelicht. Er is nog veel onduidelijk over de pathofysiologie, epidemiologie, diagnostiek en behandeling van pijn.

In november 2011 verscheen het rapport Chronische Pijn van de Regieraad Kwaliteit van Zorg. Op basis van input van een werkgroep met een breed draagvlak analyseerde zij het probleem en deed zij o.a. de volgende aanbevelingen:

- Erken chronische pijn als een ziekte
- Stel een landelijke multidisciplinaire patiëntgeoriënteerde richtlijn op voor de preventie en behandeling van pijn (disease management & ketenzorg)
- Onderzoek naar pijn moet worden gestimuleerd
- Er moet meer aandacht komen voor pijngeneeskunde in de curricula van medische opleidingen
- Richt binnen de verschillende wetenschappelijke verenigingen pijnsecties in als deze er nog niet zijn; laat deze pijnsecties samen werken in de Dutch Pain Society

De huidige aanpak van chronische pijn heeft nog niet geleid tot een vermindering van het aantal patiënten met pijn en de last en beperkingen die dit oplevert. Behandeling van chronische pijn is gestoeld op meerdere pijlers en vereist veelal een multidimensionele denkwijze. Er is dus een instituut nodig dat behandeldiscipline overstijgend werkt aan een richtlijn, onderzoek stimuleert en onderwijs op het gebied van pijngeneeskunde helpt verbeteren. De Dutch Pain Society vervult deze rol. De strategische doelen van de Dutch Pain Society komen overeen met de strategische doelen van de IASP.

IASP Strategic Plan

- Active, international, multidisciplinary membership
- Raise public awareness of the need for improved pain relief
- Improved distribution of knowledge and information
- Promote pain research
- Improved pain management in developing and developed countries
- Strengthen IASP structure, performance, and Visibility

IASP Priorities

- Close gap between basic and clinical knowledge
- Expand educational activities
- The next generation: expand grants, attract new people
- Reach out: attract new members in rheumatology, oncology, surgery, general practitioners, etc.
- Close gap between developing and developed world
- Evidence-based guidelines for pain
- Classification of Pain

3. Visie/missie DPS

Tijdens een beleidsdag op 29 maart 2012 heeft het interim-bestuur van de DPS haar visie en missie aangescherpt.

Missie DPS

Het optimaliseren van de kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn door het:

- Samenbrengen van pijnbehandelaars, onderzoekers, patiënten en beleidsmakers.
- Uitwisselen en verspreiden van kennis.
- Stimuleren van onderzoek.
- Verbeteren van voorlichting over pijn.
- Bijdragen aan multidisciplinaire richtlijnen.
- Fungeren als vertegenwoordiger en gesprekspartner namens het multidisciplinaire pijnveld.

Visie

Samen werken aan minder pijn en aan minder gevolgen van pijn: 'Minder pijn, minder last, minder beperkingen'.

Dutch Pain Society: een multidisciplinair succes

Door: Rianne van Boekel

De afgelopen jaren heeft DPS inspanningen verricht om de diverse beroepsverenigingen die betrokken zijn bij pijnbehandeling te verenigen onder 1 vlag. Met helder geformuleerde doelstellingen is deze exercitie een succes geworden. Uitspraken van DPS worden als leidend gezien bij het ontwikkelen van verder beleid, door de beroepsverenigingen, door ziekenhuizen en pijnklinieken en door de overheid. Ook de zorgverzekeraars nemen de standpunten van DPS over als het gaat om voorzieningen in zorgpakketten.

Figuur. Toekomstbeeld geschetst in krantenartikel door Mw. R. van Boekel (opdracht tijdens beleidsdag DPS, 29 maart 2012)

4. Strategische doelstellingen

In voorgaande hoofdstukken werden de uitdagingen op het gebied van pijn en pijnbehandeling beschreven. Ook heeft de DPS gekeken naar wat andere spelers in het veld op dit moment doen en waaruit de toegevoegde waarde van de DPS bestaat.

Op basis van deze input heeft het bestuur een aantal strategische doelstellingen opgesteld voor de komende 3 jaar (2013-2015). Deze doelstellingen worden hieronder beschreven.

1. Interne organisatie professionaliseren

De DPS is eind 2014 een professionele, slagvaardige en financieel gezonde organisatie

- Vaste overleg/ vergaderstructuur bestuur
- Organisatiestructuur aangepast waardoor geen verdubbelingen van reeds bestaande structuren
- Ondersteuning door beleids- of bureau medewerker (ambtelijk secretaris, projectondersteuning)
- Begroting en financieel jaarverslag
- Einddatum overgangsbestuur vaststellen in ALV
- Nieuwe statuten (incl. kiesreglement) opstellen
- NTPP heeft duidelijk signatuur van DPS en sterke samenwerking met behoud van redactionele onafhankelijkheid

2. Extern meer zichtbaarheid van en bekendheid met de DPS bewerkstelligen

- De DPS is een herkenbare multidisciplinaire beroepsvereniging
- De DPS is hét aanspreekpunt op het gebied van multidisciplinaire behandeling van chronische pijn voor professionals, wetenschappelijke beroepsverenigingen, onderwijsinstellingen, patiëntorganisaties, politiek (Kwaliteitsinstituut/ CVZ, VWS), zorgverzekeraars, subsidieverstrekkers (ZonMw/ NWO), media en de publieke opinie

3. Stimuleren onderzoek en kennis op gebied van pijn

- De DPS organiseert tweejaarlijks een grootschalig pijncongres (300+) waarin zoveel mogelijk verschillende pijndisciplines samen worden gebracht met als doel multidisciplinaire pijnaanpak, pijnonderzoek, pijnonderwijs en effectieve pijnbehandeling te stimuleren en netwerkmogelijkheden te creëren; dit gebeurt in afstemming met de initiatieven van de bij pijn betrokken wetenschappelijke verenigingen en partijen
- De DPS brengt een wetenschappelijke tijdschrift uit met het signatuur van de DPS
- De DPS inventariseert hoe onderzoek op het gebied van pijn in Nederland is ingericht
- De DPS is van oordeel dat het wetenschappelijk onderzoek naar pijn moet worden versterkt om op termijn een goed gebalanceerde onderzoeksagenda op te kunnen stellen
- Instellen van een of meerdere onderzoeksprijzen (subsidies) ter realisatie van een of meerdere strategische doelstellingen die de DPS heeft opgesteld

4. Verbeteren multidisciplinaire evidence-based behandeling

- Organiseren kick-off bijeenkomst om te komen tot uitvoering adviezen Regieraad Rapport over chronische pijn (met een stimuleringsbijdrage van ZonMw)
- Een multidisciplinaire transmurale richtlijn voor behandeling van chronische pijn met groot draagvlak tot stand brengen en implementeren (projectaanvraag pilot chronische pijn Kwaliteitsinstituut)

5. Financieringsstructuur staat goede behandeling van pijn niet in de weg

Om goede pijnzorg in de toekomst betaalbaar en voor patiënten toegankelijk te houden / krijgen, stelt de DPS zich als doel een financieringsstructuur te promoten die een effectieve en doelmatige preventie, diagnostiek, behandeling en zelfmanagement ondersteunt. Hierbij staat het patiëntenbelang voorop. De DPS kan dit uitwerken via het opzetten van een multidisciplinaire taskforce om samen met patiëntenverenigingen, behandelaars, zorginstellingen en zorgverzekeraars tot een plan van aanpak te komen.

6. Pijn is een prominent onderdeel van ieder opleidings-, bij- en nascholingscurriculum

- Uitvoeren knelpuntenanalyse per opleiding, bij- en nascholing
- Op grond van de knelpuntenanalyse opstellen van specifieke acties
- Per opleiding, bij- en nascholing eindcompetenties op het gebied van diagnostiek en behandeling van pijn opstellen
- Per opleiding, bij- en nascholing een advies aan de onderwijsinstelling opstellen
- Producten opleveren die de toepassing van de adviezen bevorderen

7. Kwaliteit (eisen, registratie, visitatie) → na 2015

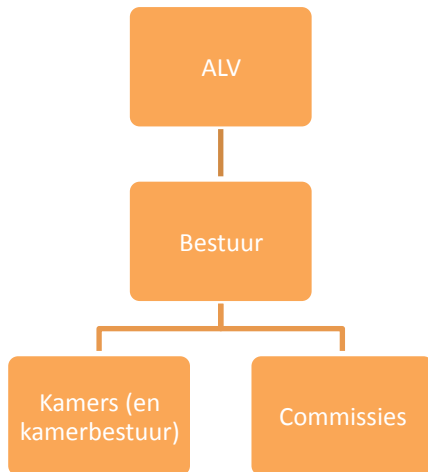
De Dutch Pain Society heeft als strategische doelstelling geformuleerd dat het een rol wil spelen bij het verbeteren en handhaven van kwaliteit van zorg. De andere 6 strategische doelstellingen hebben echter op dit moment prioriteit. In 2015 stelt de DPS een plan op voor het realiseren van deze doelstelling.

5. Organisatie

5.1. Structuur vereniging

Op 9 februari 2010 zijn bij notaris P.C.L. Kooijman te Rotterdam de gewijzigde statuten van de DPS vastgelegd.

Daarin wordt de volgende organisatiestructuur beschreven:



Huidige commissies

- Congrescommissie

Nog in te richten commissies (analoog aan strategische doelstellingen)

- Commissie Wetenschap
- Commissie Onderwijs
- Commissie Richtlijnen
- Commissie Kwaliteit

Commissies zijn multidisciplinair.

Huidige kamers

- Psychologie (NIP)
- Revalidatie geneeskunde (VRA)

Volgens de statuten kunnen kamers worden opgericht indien tenminste 20 leden “die naar het oordeel van het Algemeen Bestuur een zodanig expertise en/of een zodanig werkgebied hebben dat de belangen van die groep van leden het best wordt gediend door hiervoor een aparte organisatorische eenheid in te stellen.”

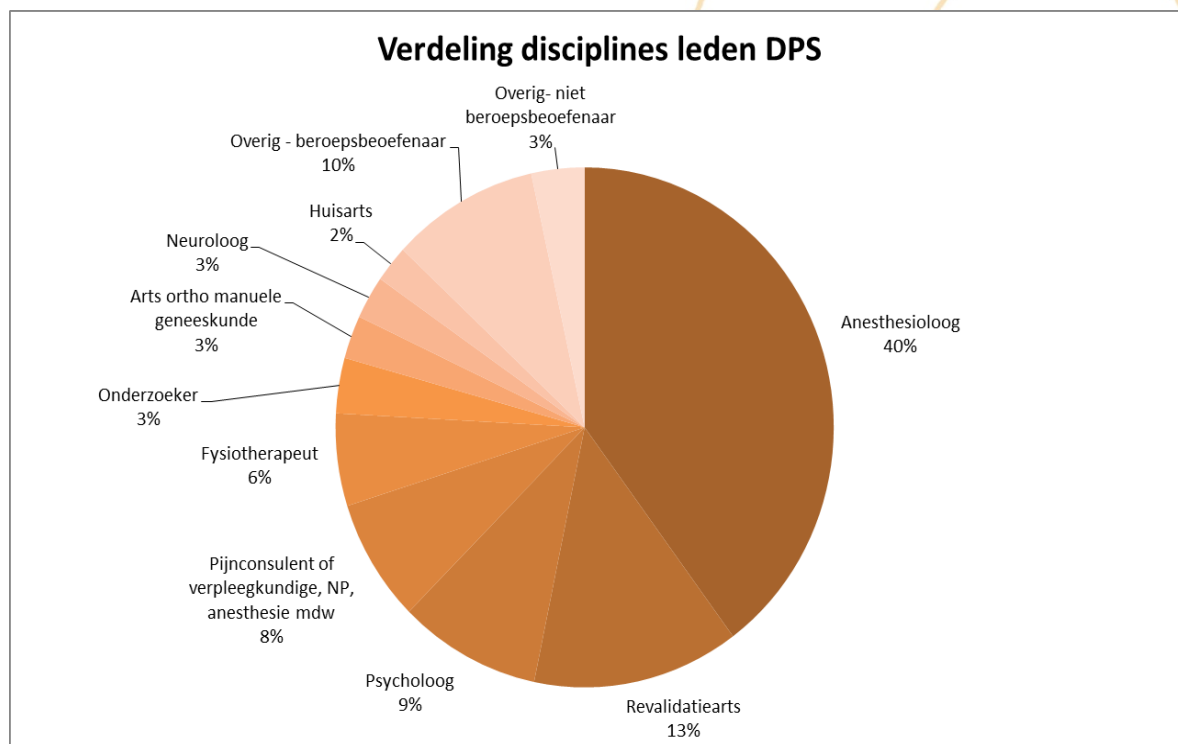
Gezien de huidige ledenaantallen zijn kamers statutair mogelijk voor de volgende disciplines:

- Anesthesiologie
- Revalidatiegeneeskunde ✓
- Psychologie ✓
- Pijnconsulenten, verpleegkundigen, Nurse Practitioners, Physician Assistants en anesthesie medewerkers

Alle overige beroepsgroepen zijn volgens de statuten te klein voor een eigen kamer. Mogelijk zijn wel kamers mogelijk voor combinaties van disciplines.

Ledenaantal 2013

Begin 2013 waren er 260 leden. Dat aantal is in september 2013 gegroeid naar meer dan 300 leden. De verdeling van de verschillende disciplines staat weergegeven in onderstaande figuur.



Peildatum verdeling januari 2013

5.2. Interim-bestuur

Sinds 27 september 2011 is er een interim-bestuur, dat zitting zal hebben gedurende de herstructurering.

Samenstelling

Naam	Functie bestuur	Ingetreden per	Uittreden per	Discipline
G. Filippini de Moor	Voorzitter	Sept 2011	N.t.b.	Anesthesioloog
G. Groen	Penningmeester	2005	N.t.b.	Arts-anatoom
L. Swaan	Secretaris	2005	Okt 2013	Revalidatiearts
R. van Boekel		Sept 2011	N.t.b.	Pijnverpleegkundige
D. Boerman		Sept 2012	N.t.b.	Neuroloog
M. Reneman		Sept 2011	N.t.b.	Fysiotherapeut/ bewegingswetenschapper
K. Vissers		Sept 2011	N.t.b.	Anesthesioloog
A. van Wijk	Website	Sept 2011	N.t.b.	Psycholoog

Intredend bestuurslid revalidatiegeneeskunde in oktober 2013 is J. Verbunt

Vergadercyclus

- Het (interim) bestuur vergadert 6 keer per jaar
- Minimaal één keer per jaar is er een Algemene Leden Vergadering (ALV)

Termijn/herverkiezing

Het interim-bestuur werkt aan een nieuw en goed kiesreglement en structuur. De komende twee jaar en uiterlijk september 2015 gaat het interim-bestuur geleidelijk over in een gekozen bestuur.