

## Volumenorment Invasieve Pijn geneeskunde

### *Inleiding*

De Sectie Pijn- en Palliatieve geneeskunde van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft sinds jaren een actief kwaliteitsbeleid. De sectie heeft onder meer kwalitatieve normen voor pijn centra en pijnspecialisten en recentelijk een kwaliteitsregistratie opgericht. Om de kwaliteit nog verder te verbeteren wordt er gewerkt aan volumenorment. Een complexe verrichting slechts een paar keer per jaar uitvoeren, geeft een aanzienlijk risico op complicaties.

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de kans dat hoog complexe behandelingen qua mortaliteit en morbiditeit succesvol zijn toeneemt naarmate specialisten en behandelteams meer ervaring hebben. Daarom wil de Sectie Pijn en Palliatieve Geneeskunde van de NVA vanaf 2018 volumenorment opstellen en invoeren voor hoog complexe interventionele pijnbehandelingen. Binnen andere wetenschappelijke verenigingen, zoals gynaecologie, urologie en chirurgie zijn deze bewegingen al langer gaande en hebben reeds geleid tot reductie van de sterfte- en complicatieaantallen (zie bronnen).

### *Doel*

De kwaliteit en veiligheid van de hoog complexe pijn geneeskundige zorg verder verbeteren en hierin als professionals zelf de verantwoordelijkheid nemen.

De sectie wil patiënten de beste kans op succes en het laagste risico op schade geven.

Concentratie van zorg is nadrukkelijk geen doel op zich. Dit is enkel wenselijk wanneer dit de kwaliteit en veiligheid van zorg ten goede komt.

Zo is het voor sommige hoog complexe verrichtingen belangrijk dat de zorg dichtbij de patiënt kan worden geleverd. Uit oogpunt van kwaliteit, patiëntvriendelijkheid en -vertrouwen en om logistieke redenen is het te veroorloven, enkele hoog complexe (veelal oncologische) pijn geneeskundige behandelingen in normering naar beneden bij te stellen en te werken naar regionale afspraken tussen de betreffende pijn centra met als doel zorg dichtbij de patiënt, gerichte centralisatie, zie tabel op pagina 4 \*\* / \*\*\*.

Dit in tegenstelling tot de semi-electieve hoog complexe pijnbehandelingen, waarbij een norm van 20 per jaar per centrum en op termijn per pijnspecialist zal worden gehanteerd, zie tabel op pagina 4 \*.

### *Hoog complexe behandelingen*

Van de interventionele pijnbehandelingen zijn er een aantal hoogcomplex. Het betreft hier de behandelingen van chronische pijn bij clusterhoofdpijn, aangezichtspijn, failed neck surgery syndroom (FNSS), failed back surgery syndroom (FBSS), angina pectoris, peripheral vascular disease (PVD), complex regionaal pijnsyndroom (CRPS), bovenbuikspijn, perifere neuropathie, fantoompijn, diabetische neuropathie, plexusletsel, kanker en dwarsleasie/spasticiteit, namelijk:

1. Ganglion Gasseri blokkade (Sweet)
2. Ganglion Sphenopalatinum
3. Chordotomie
4. Epiduroscopie
5. Splanchnicus- en coeliacusblokkade
6. Proef en definitieve plaatsing en revisie in kader van neuromodulatie

### *Aantal vaststellen*

De pijn geneeskundige literatuur biedt weinig aanknopingspunten. De IGZ geeft aan dat een aantal van twintig behandelingen per jaar per behandelteam in alle gevallen minimaal noodzakelijk is. Zij baseert dit op een algemene notitie, in 1961 gepubliceerd door de Boston Consulting Groep over de vliegtuigindustrie. Bij vermeerdering van het volume wordt de kans op complicaties kleiner, maar de vermeerderde opbrengst wordt steeds minder. Het afkappunt, daar waar de curve vlakker gaat open, is voor vrijwel alle ingrepen tussen de 20 en 30, dat wil zeggen 2 tot 3 per maand. Op dit moment is het weinige onderzoek dat er is, en ons eigen gezonde verstand, het beste dat we hebben. In principe wordt daarom uitgegaan van een minimale norm van 20 verrichtingen per centrum per jaar. In de toekomst zal bij het aanpassen en aanscherpen van de normen gebruik worden gemaakt van de ingestelde kwaliteits- en complicatieregistratie.

Voor sommige hoog complexe verrichtingen is het, uit oogpunt van kwaliteit, belangrijk dat de zorg dichtbij de patiënt kan worden geleverd. Hier wordt rekening mee gehouden in de normering. Voor de pijn geneeskundige zorg betreft dit met name de oncologische en palliatieve zorg, maar ook enkele ingrepen waarbij het maar de vraag is of verplaatsing van zorg tot verbetering leidt, zie pagina 4 \*\*.

### *Consequenties*

Pijn centra zullen keuzes moeten maken in het behandel aanbod. De minimumvolumina voor semi-electieve hoog complexe pijn behandelingen zullen gebruikt gaan worden voor het maken van regionale beleidsplannen over de concentratie van deze zorg. Dat houdt in dat er pijn centra zullen zijn die bepaalde hoog complexe pijn behandelingen uit het behandel arsenaal zullen moeten schrappen om aan de concentratie ervan tegemoet te komen. In mindere mate zal dit worden verwacht voor de acute oncologische hoog complexe pijn behandelingen. Hierbij zal de bereikbaarheid van zorg en dus het streven naar "Zorg Dichtbij" een belangrijke rol moeten spelen. Er wordt hier een belangrijk beroep gedaan op de flexibiliteit van en het vermogen tot samenwerking tussen de pijn centra binnen één regio.

Bij de keuze welk centrum welke zorg levert, is niet alleen een voldoende aantal patiënten een voorwaarde, maar moet een centrum ook kunnen waarmaken dat het een compleet diagnostisch en behandel pakket voor de patiënten in huis heeft. Daar horen kwaliteitsvoorwaarden bij die de Sectie Pijn en Palliatieve Geneeskunde, net als de volumennormen, zelf moet en zal vaststellen.

### *Implementatie*

Om tot implementatie over te gaan valt nog een gefaseerd traject te overwegen waarbij tot 2020 voor bepaalde semi-electieve ingrepen een norm van 10 wordt gesteld, gevolgd door een periode tot 2022 van 15 en vervolgens vanaf 2025 een norm van 20 per jaar per centrum.

### *Nieuwe centra en/of nieuw behandel aanbod*

Indien een centrum wil starten met hoog complexe verrichtingen waarvoor volumennormen gelden, zal het behandelteam, incl. anesthesioloog-pijnspecialist ervaring opdoen in een pijn centrum dat aan alle kwaliteitseisen voldoet. Het nieuw startende centrum heeft een implementatietermijn van één jaar, d.w.z. dat binnen één jaar de volumennorm gehaald dient te worden.

*Bronnen*

Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *NEJM* 2003; 349; 22: 2117-27.

Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States, *NEJM* 2002; 346: 1128-37.

Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective referral to high-volume hospitals: estimating potentially avoidable deaths. *JAMA*. 2000; 283 (9): 1159-66.

Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med* 2002; 137: 511-20.

HENDERSON, BRUCE D., The Experience Curve

[https://www.bcgperspectives.com/content/Classics/strategy\\_the\\_experience\\_curve/](https://www.bcgperspectives.com/content/Classics/strategy_the_experience_curve/) BCJ 1968

Henderson, Bruce D. ["The Experience Curve – Reviewed II: History, 1973"](#). Retrieved 2013-04-04.

Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *NEJM* 1979; 301 (25): 1364-9. 4.

Wright, T.P., "Factors Affecting the Cost of Airplanes", *Journal of Aeronautical Sciences*, 3(4) (1936): 122–128

De Sectie Pijn en Palliatieve Geneeskunde van de NVA vindt het van belang dat de normen die wij als beroepsgroep hebben opgesteld correct worden geïnterpreteerd door leden en zorgverzekeraars. Hiertoe heeft de Sectie een lijst van zorgactiviteiten opgesteld. Op deze lijst staat vermeld uit welke zorgactiviteiten de genormeerde behandelingen bestaan. Bij het opstellen van dit overzicht is volledigheid betracht. Desondanks kan niet worden uitgesloten dat er zorgactiviteiten ontbreken.

Zorgactiviteitcode	Verrichting	Norm
030421 030423 030558 030565	Behandeling ganglion Gasseri	10 <sup>*</sup> / <sup>**</sup>
030565 030569 030592	Behandeling ganglion Sphenopalatinum	20 <sup>*</sup>
030570	Percutane chordotomie	5 <sup>*/**/**</sup>
030575 030584	Epiduroscopie	20 <sup>*</sup>
030581	Splanchnicus- en coeliacusblokkade	5 <sup>*/**</sup>
039432 039435 190373 190374	Proefplaatsing, definitieve plaatsing en revisie spinal cord stimulatie	20 <sup>*</sup>
039438 039441 190312	Proefplaatsing, definitieve plaatsing en revisie intrathecale pomp	10 <sup>*/**</sup>

\* : per jaar per centrum bij semi-electieve behandelingen (gefaseerd naar per individu)

\*\* : bereikbaarheid van zorg heeft een prominentere rol waardoor lagere norm

\*\*\* : totale aantal is per definitie laag en lijkt reeds gecentraliseerd