

Disseminatie- en implementatieplan

Leidraad

**Organisatie en werkwijze
zorg voor patiënten met
chronische pijn**

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Communicatie.....	4
Disseminatie.....	5
Randvoorwaarden en haalbaarheid	7
Implementatieplan.....	9
Landelijk	9
Regionaal.....	10
Lokaal	13
Implementatiestappen	17
Evaluatie.....	18
Bijlage 1: Implementatietabellen aanbevelingen leidraad Organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met chronische pijn	19
Module 1. Organisatie van de chronische pijnzorg	19
Module 2. Versterking eerste lijn.....	24
Module 3. Op- en afschaling binnen chronische pijn zorg.....	27

Inleiding

Om de zorg voor patiënten met chronische pijn in Nederland te structureren en verbeteren is de Leidraad organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met chronische pijn (LCP) opgesteld. Deze leidraad beschrijft hoe de pijnzorg zodanig kan worden ingericht dat iedere patiënt met chronische pijn zo snel mogelijk de juiste zorg kan krijgen en hoe onnodige zorg kan worden voorkomen. De leidraad gaat niet over de inhoud van chronische pijnzorg.

Een richtlijn of kwaliteitsstandaard zonder georganiseerde implementatie leidt in het beste geval tot een adherentie van 20%¹. Gerichte en gestructureerde inspanningen zijn nodig om de implementatie van de kwaliteitsstandaard succesvol te laten zijn. Daarvoor dient dit disseminatie- en implementatieplan. Onderdeel van dit plan zijn: communicatie- en disseminatieactiviteiten evenals implementatieactiviteiten, tools, beschrijving van randvoorwaarden en praktijkvoorbeelden, zodat de partijen deze kunnen inzetten om de implementatie te bevorderen.

Leidraad & implementatie

De leidraad reikt handvatten aan hoe zorg voor patiënten met chronische pijn te organiseren. Dat is de eerste stap om een verbeteringslag in gang te zetten, maar een leidraad alleen is niet voldoende. Dit implementatieplan beschrijft wat nog meer nodig is, wie daarbij betrokken is en welke randvoorwaarden er gelden. Het plan is opgesteld door de werkgroep Haalbaarheid en Implementatie (H&I) en is bedoeld voor alle betrokken partijen van zorgverleners en beroeps- en wetenschappelijke verenigingen tot patiënten, patiëntenorganisaties, zorginstellingen en zorgverzekeraars.

Leeswijzer

Allereerst worden communicatie- en disseminatieactiviteiten beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op randvoorwaarden en haalbaarheid voor de implementatie van de stappen. Vervolgens worden de implementatiestappen beschreven die op landelijk- en regionaal niveau genomen kunnen worden.

¹ Grimshaw: Toward Evidence-Based Quality Improvement. Jeremy Grimshaw MBChB, PhD et al. JGIM Volume21, IssueS2. February 2006. Pages S14-S20 Ottawa Health Research Institute, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada. First published: 24 March 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00357.x>

Communicatie

Een eerste voorwaarde voor implementatie van de leidraad is het informeren van betrokken partijen. Hierbij dient in de communicatie nadruk te liggen op de noodzaak voor verandering van de organisatie van pijnzorg in Nederland, en de uiteindelijke voordelen die deze verandering biedt voor zowel patiënt als zorgverlener.

Communicatie

Samenleving

- chronische pijn is een groot maatschappelijk probleem;
- er is een gebrek aan kennis over (chronische) pijn onder de algemene bevolking;
- er is gebrek aan een samenhangende structuur van de zorg voor patiënten met chronische pijn. Dit leidt tot tijdsverlies, onjuiste- of onvolledige zorg en onnodige zorgkosten;
- afspraken over organisatie van chronische pijnzorg zal recht doen aan bovengenoemde punten.

Patiënt

- snellere en betere toegang tot de juiste zorg;
- aansluiting van zorg;
- voorkomen van niet-effectieve zorg;
- voorkomen van tegenstrijdige informatie vanuit verschillende zorgverleners.

Zorgverlener

- leidraad biedt handvatten voor 'juiste zorg – juiste plaats – juiste kosten' initiatieven;
- structuur en duidelijkheid in mogelijkheden voor zorg voor patiënten met chronische pijn;
- minder ineffektieve verwijzingen (meer patiënten *echt* kunnen helpen);
- betere interdisciplinaire en transmurale samenwerking door maximaal gebruik van (digitale) communicatiemogelijkheden;
- duidelijke (financiële) afspraken niet-patiëntgebonden pijnzorg (overleg, coördinatie).

Disseminatie

Het verspreiden (disseminatie) van de leidraad onder de doelgroepen is een belangrijke stap voor succesvolle implementatie.

Alle zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten, en andere partijen betrokken bij de zorg voor patiënten met chronische pijn worden geïnformeerd over de leidraad.

Ten eerste worden de formele kanalen gebruikt. De leidraad wordt op de Richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten geplaatst. Bij het publiceren van de standaard op die database wordt er ook een notificatiebericht verstuurd om wetenschappelijke verenigingen hiervan op de hoogte te stellen. Wetenschappelijke, beroepsverenigingen en andere betrokken partijen wordt gevraagd de leidraad ook op hun eigen platform te publiceren of ernaar te linken en hun leden erover te informeren.

Bovengenoemde formele kanalen dringen in de praktijk slechts beperkt door. Aanvullende disseminatieactiviteiten zullen belangrijk zijn om de doelgroepen te bereiken:

- presentaties tijdens bijeenkomsten van wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties;
- maximale aandacht genereren op sociale media;
- aandacht voor de leidraad tijdens landelijke en regionale scholingsmomenten;
- publiekscampagnes over preventie en vroege behandeling van chronische pijn;
- inbedding van 'chronische pijn' als regulier onderwijs op hogescholen en universiteiten.

Voor een volledig overzicht van disseminatie-activiteiten zie disseminatie- en communicatietabel. Hierin staat ook wanneer deze activiteiten ongeveer gepland zijn en wie ervoor verantwoordelijk is.

Disseminatie- en communicatietabel

Disseminatie activiteiten	Verantwoordelijke	Tijdspad	Opmerkingen
Publicatie leidraad richtlijnendatabase, versturen notificatiebericht	Adviseur kennisinstituut	Zo spoedig mogelijk na autorisatie	
Publicatie leidraad (link) site wetenschappelijke verenigingen	Wetenschappelijke vereniging (wv)	Zo spoedig mogelijk na autorisatie	
Presentaties congres wetenschappelijke verenigingen	Afhankelijk van mogelijkheden, aanspreekpunt hiervoor benoemen, eventueel voor iedere wv een persoon	Zo spoedig mogelijk na autorisatie	
Sociale mediacampagne	Alle betrokkenen; trekker benoemen	voortdurend	
Aandacht leidraad regionale scholingsmomenten	Regionaal samenwerkingsverband 1 ^{ste} en/of 2 ^{de} lijn	voortdurend	
Publicatie Medisch Contact/vakbladen	Leden uit de werkgroep(en)	Zo spoedig mogelijk na autorisatie	
Plaatsing Nieuwsbericht	Adviseur kennisinstituut	Zo spoedig mogelijk na autorisatie	
Publiekscampagne preventie chronische pijn	Landelijk platform	1-3 jaar	
'Chronische pijn' onderdeel onderwijs curriculum	Universiteiten / hogescholen; trekker benoemen	1-3 jaar	

ntb = nader te bepalen

Randvoorwaarden en haalbaarheid

De implementatie van de leidraad chronische pijn zal aandacht en inspanning vergen van alle betrokken partijen. Sommige onderdelen van de beschreven pijnzorg zijn regionaal reeds onderdeel van de huidige praktijkvoering. In veel regio's zijn al initiatieven ontwikkeld die tot doel hebben de zorg efficiënt en doelmatig in te richten. Andere onderdelen uit de leidraad staan nog ver weg van de huidige situatie. Het is belangrijk te onderkennen dat volledige implementatie van de leidraad tijd zal kosten en gefaseerd zal moeten verlopen.

Succesvolle implementatie van 'passende zorg' voor patiënten met chronische pijn vereist een passende financiering van de zorg zoals beschreven in de leidraad. De huidige complexe financieringsstructuur bevordert samenwerking onvoldoende en staat de transitie naar passende zorg ernstig in de weg. Zonder structurele financiering van specifieke onderdelen uit de leidraad zullen deze veranderingen onvoldoende plaatsvinden. Omgekeerd zal implementatie van de leidraad op langere termijn onmiskenbaar leiden tot verschuiving van zorgverlening en zorgfinanciering. In het implementatieplan wordt op dit moment nog bewust afgezien van het voorstel voor grootschalige stelselwijziging om de volgende redenen:

- Het is onduidelijk of dit leidt tot de gewenste verandering.
- Lokaal en regionaal vinden, naar aanleiding van het hoofdlijnenakkoord (2018), verschillende initiatieven plaats om de juiste pijnzorg op de juiste plaats en met de juiste kosten te leveren. De uitkomsten van deze pilots (met bijbehorende innovatieve financiering) moeten nog volgen.
- Enkele veranderingen kunnen plaatsvinden binnen de huidige financiële mogelijkheden.

Toch dient er bij regionale vormgeving van de pijnzorg expliciet aandacht te zijn voor de financiering. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verkent op dit moment de mogelijkheid voor sectoroverstijgende betaaltitels om interdisciplinaire initiatieven (van medische en paramedische disciplines) voor het leveren van passende zorg mogelijk te maken. In 2023 vindt implementatie plaats van de ICD11 (International Classification of Diseases) classificatie van waarbij chronische pijn als zelfstandige aandoening een plaats heeft gekregen. Deze nieuwe codering kan gebruikt worden voor de koppeling aan een nieuwe betaaltitels die, waar nodig, interdisciplinaire zorg kunnen bevorderen. Het feit dat in de GGz met de DSM-5 gewerkt wordt en in de huisartsgeneeskunde met ICPC is een knelpunt. Zowel binnen de lijnen als door de lijnen heen werkt de verzuiling van zorgfinanciering mogelijk kostenverhogend en geeft het onvoldoende basis voor structurele inhoudelijke samenwerking tussen zorgverleners.

Ten behoeve van interdisciplinaire zorg moeten concrete zorgpaden worden geformuleerd. Hiernaast is inzicht nodig in het aantal patiënten met een interdisciplinaire zorgbehoefte. Voor bekostiging van regionale initiatieven kan, indien nodig, subsidie worden aangevraagd bij ZonMw of Versterking Eerste lijn (VSE). Hiernaast bieden zorgverzekeraars mogelijkheden voor transitievergoeding van impactvolle regionale transities naar passende zorg. Het is van belang om bij de ontwikkeling van dergelijke initiatieven al in de opstartfase de regionaal preferente zorgverzekeraar te betrekken. In de toekomst kunnen ervaringen van regionale initiatieven samen met de landelijke zorgbreedte (en politieke) tendens tot het verlaten van productiebekostiging verdere aanknopingspunten bieden om de financiering zodanig te veranderen dat het leveren van passende en doelmatige zorg wordt gestimuleerd. Zorgverleners en zorginstellingen dienen hier, samen met zorgverzekeraars en andere betrokkenen, ook hun eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen.

Deze leidraad gaat over de *organisatie* en niet over de *inhoud* van chronische pijnzorg in Nederland. Toch vergt het slagen van de implementatie en verbetering van de zorg voor patiënten met chronische pijn ook dat *inhoudelijk* de juiste behandeling, volgens geldende standaarden en richtlijnen, wordt gegeven door

individuele zorgverleners. Een belangrijke randvoorwaarde is derhalve dat inhoudelijke richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen worden aangehouden bij het leveren van de beschreven zorg.

Bij de onderstaande genoemde implementatiestappen dient onderscheid te worden gemaakt tussen aanpassingen in de huidige zorg die relatief eenvoudig kunnen worden bereikt, zoals aanvullende educatie en intramurale afspraken over triage van patiënten, en aanpassingen die door financiële of personele belemmeringen minder makkelijk te implementeren zijn. Gezien het grote aantal aanbevelingen in de leidraad is gekozen om in dit implementatieplan een onderscheid te maken tussen drie implementatiestappen:

Stap 1: Implementatie van impactvolle stappen die geen/weinig knelpunten hebben.

Stap 2: Implementatie van impactvolle stappen waarvoor duidelijke knelpunten bestaan.

Stap 3: Implementatie van complexe interventies waarvoor duidelijke knelpunten bestaan en eerst in pilots verder onderzocht moeten worden.

Implementatieplan

Hieronder doet de werkgroep Haalbaarheid & Implementatie (H&I) aanbevelingen op landelijk, regionaal en lokaal niveau die de implementatie van de aanbevelingen uit de leidraad chronische pijn kunnen bevorderen.

Landelijk

Initieer een landelijk platform dat als taak heeft om multidisciplinaire samenwerking te bevorderen door interdisciplinaire- en multidisciplinaire pijnzorg in Nederland te stimuleren door:

- Aandacht generen voor chronische pijn in opleidingscurricula (universiteit/HBO).
- Het onderzoeken van mogelijkheden van een landelijk digitaal platform chronische pijn of het verder ontwikkelen van bestaande websites (zie hieronder verder).
- Ontwikkel een mobiele applicatie die beslissingsondersteuning voor de zorgverlener mogelijk maakt aan de hand van de zorgpaden uit de leidraad.
- Halfjaarlijkse bijeenkomsten te organiseren voor het delen van regionale initiatieven.
- Inventariseren van- en overzicht te houden over lopende regionale initiatieven.
- Inventariseren gegevens regionale coördinatoren.
- De voortgang van implementatie leidraad chronische pijn te coördineren.

Landelijk platform dat zich sterk maakt voor passende chronische pijnzorg

Het landelijke platform zou idealiter moeten bestaan uit vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen betrokken bij de zorg voor patiënten met chronische pijn. De Pijn Alliantie in Nederland (PaiN) en het Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten (NALK) zijn reeds bestaande landelijke samenwerkingsverbanden van zorgverleners en patiënten en voldoen aan het profiel van een landelijk platform. De Taskforce Chronische Pijn en het traject Zinnige Zorg 'klachten vanuit de lage rug' zijn vanuit de invalshoek van het zorginstituut ook betrokken. Ook zorgverzekeraars en bestuurlijke instanties zouden een adviserende rol in het landelijke platform kunnen hebben. De werkgroep onderschrijft het belang van het gezamenlijke overleg tussen de verschillende organisaties en initiatieven om onnodig werk te voorkomen.

Het landelijke platform heeft een coördinerende, ondersteunende en adviserende rol bij implementatie van de leidraad chronische pijn. Het is van belang om deze rol duidelijk te scheiden van de beoordelende of toetsende rol die expliciet ligt bij de wetenschappelijke verenigingen zelf. Wetenschappelijke verenigingen zijn verantwoordelijk voor kwaliteitsbewaking en toetsing, en kunnen de leidraad gebruiken om aanbevelingen te doen aan zorgverleners en instanties. Deze scheiding moet voorkomen dat de leidraad wordt gebruikt als verantwoordingsdocument door externe partijen in plaats van als kwaliteitsdocument dat zorgverbetering ondersteunt.

Monitoring van de implementatie van de leidraad kan plaatsvinden doorgerichte uitvraag van gegevens door wetenschappelijke vereniging of een multidisciplinair landelijk platform.

Publiekscampagnes

Starten van publiekscampagne over chronische pijn of specifieke diagnoses zoals lage rugpijn kunnen algemene kennis hierover vergroten. Algemene adviezen over preventie, zelfmanagement en verwijzing naar algemene informatie kunnen het begrip en de zelfredzaamheid van patiënten met chronische pijn verbeteren.

Regionaal

Het belangrijkste onderdeel uit de Leidraad chronische pijn (LCP) is regionale samenwerking. Hiervoor is het noodzakelijk dat er in iedere regio netwerken gevormd worden die de verschillende 'lijnen' met elkaar verbinden en laagdrempelige communicatie, overleg en verwijzing mogelijk maakt. De eerste lijn (medisch, paramedisch, GGZ) moet in ieder geval deel uitmaken van een zorgnetwerk.

Een netwerk kan uitgaan van diverse zorginstellingen of zorgverleners. Belangrijk hierbij is, dat de zorginstelling van de initiatiefnemers enigszins ervaring heeft met transmuraal en multidisciplinair werken. Zij kunnen op basis van eigen ervaring met multidisciplinair en transmuraal werken nieuwe netwerken opbouwen of hun eigen netwerk uitbreiden en zijn reeds vaardig in het interdisciplinair communiceren. Hierdoor zijn zij een goed rolmodel voor de regio. Binnen dit netwerk kunnen afspraken gemaakt worden (regionale transmurale afspraken) over communicatie, verwijzingen, en passende zorg voor iedere patiënt met chronische pijn. Zorgnetwerken zijn geen afgebakende domeinen waarin wordt samengewerkt. Zodoende kunnen regionale netwerken overlappen en elkaar versterken.

Initieer een multidisciplinair transmuraal netwerk voor de zorg voor patiënten met chronische pijn.

Zoek verbinding met zorgverleners in de regio die betrokken zijn bij de behandeling van chronische pijn. Inventariseer reeds bestaande netwerken. Benoem een coördinator die dit proces kan leiden en stel de taken van deze regiocoördinator vast. In ieder ziekenhuis zijn coördinatoren voor transmurale zorg werkzaam die op de hoogte zijn van bestaande netwerken en transmurale relaties en die netwerkvorming kunnen faciliteren. De verwachting is dat deze coördinatoren een groot deel van de netwerkvorming kunnen initiëren en onderhouden en het maken van inhoudelijk afspraken kunnen faciliteren. Concrete stappen bij het vormen van een zorgnetwerk zijn:

- Stel het doel vast van het zorgnetwerk (onderwijs, afspraken over patiëntenzorg, wetenschap).
- Stel vast welke regionale disciplines betrokken kunnen worden.
- Zoek met coördinator de mogelijke contactpersonen binnen deze disciplines.
- Organiseer een eerste bijeenkomst om gezamenlijke doelen uit te werken.

Vooraf gezamenlijk scholingsmomenten zijn een belangrijke basis voor samenwerking. Kennis van elkaar, elkaars praktijkvoering en het verkleinen van kennisverschillen bevorderen de samenwerking.

Als mogelijk knelpunt wordt de inzet (in tijd en kosten) voor initiatie en onderhoud van het netwerk door een regionale coördinator gezien. Hiernaast moet er bij zorgverleners een motivatie tot deelname aan netwerkzorg bestaan. Accreditatie van regionale overleg- en scholingsmomenten zijn een bekende facilitator.

Maak laagdrempelige communicatie mogelijk tussen zorgverleners.

Laagdrempelige communicatie over patiëntenzorg tussen zorgverleners is een voorwaarde voor netwerkzorg. Praktische afspraken over de (digitale) mogelijkheden voor onderling overleg dienen voor iedereen duidelijk en inzichtelijk te zijn, bijvoorbeeld op websites van zorginstellingen. Hiervan zijn enkele voorbeelden:

- Een toegankelijk telefoonnummer van alle deelnemende disciplines binnen het netwerk tijdens kantooruren. Overleglijnen dienen laagdrempelig toegankelijk te zijn om de kwaliteit en snelheid van het overleg te garanderen. De praktische uitwerking van snelle telefonische bereikbaarheid van inhoudelijk deskundigen moet lokaal plaatsvinden.
- Teleconsultatie, waarbij binnen een gezamenlijk digitaal systeem zoals ZorgDomein overleg kan worden gevoerd over patiënten. Behandeladvies en verwijsadvies kan onnodige verwijzingen voorkomen en patiëntenzorg versnellen. Hierbij is het belangrijk om na te gaan, hoe deze berichten al of niet automatisch in het medisch dossier van patiënten komen ter voorkoming van verlies van informatie en herhaling van zetten. Financiële vergoeding van de tijd van consulent en consulterende is al in veel praktijken onderdeel van deze manier van overleg, maar dient te worden vastgesteld.

- Een Zorg Netwerk Omgeving (ZNO) kan patiënten en diverse zorgverleners digitaal met elkaar verbinden in een beveiligde omgeving en multidisciplinair overleg ondersteunen. Het uitwisselen van gegevens wordt hierdoor ondersteund.

Het gebruik van berichtensystemen zoals Siilo of vertrouwelijk e-mails via Zorgmail maken beveiligde communicatie over patiënten mogelijk. Bij regionaal gebruik van deze toepassingen moet financiering van het gebruik van deze services worden geregeld. Hierbij is het belangrijk om na te gaan, hoe deze berichten al of niet automatisch in het medisch dossier van patiënten komen ter voorkoming van verlies van informatie en herhaling van zetten. Daarnaast is, in tegenstelling tot de hierboven genoemde optie, financiering van consultatie via app of email onrealistisch.

Een belangrijk aandachtspunt is dat sommige communicatie (zorgdomein) over patiënten wordt vastgelegd, ander overleg (Siilo, Zorgmail, telefonisch overleg) niet. Praktische en juridische overwegingen moeten meewegen in de keuze voor een specifiek medium.

Versterk de eerste lijn met specifieke kennis over biopsychosociale diagnostiek en behandeling van chronische pijn.

Omdat het zorgpad van de patiënt met chronische pijn start in de eerste lijn, moet hier voldoende kennis over de ziekte en behandelmogelijkheden beschikbaar zijn. Ondanks dat een generalistische biopsychosociale beoordeling valt onder de expertise van de huisarts, kan extra tijd en/of specifieke kennis de eerstelijns pijnzorg verbeteren. Mogelijkheden hiervoor zijn:

- Educatie in het biopsychosociale model van chronische pijn van zorgprofessionals in de eerste lijn, *betrokken bij de zorg voor patiënten met chronische pijn*. Regionale samenwerkingsverbanden in de eerste lijn en/of tweede lijn kunnen (geaccrediteerde) nascholingen organiseren over preventie, diagnostiek en behandeling van chronische pijn.
- Inzet van een Praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). De POH-GGZ zouden een rol kunnen spelen in de psychosociale diagnostiek en behandeling in de vroege fase van chronische pijn. Voorwaarde hierbij is dat de regio voerende huisarts de zorg signaleert als de complexiteit oploopt om tijdig de zorg te kunnen intensiveren. Een mogelijk knelpunt is het capaciteitsprobleem bij uitbreiding van taken van de POH-GGZ. Bij oplopende wachttijd voor POH-GGZ is capaciteitsuitbreiding en -financiering hiervan een voorwaarde (en knelpunt).
- Teleconsultatie en toegankelijke intercollegiale communicatie (zie eerder).
- Fysieke beoordeling door zorgverlener met specifieke kennis van chronische pijn in de eerste lijn/huisartspraktijk ofwel eenmalige beoordeling voor een behandeladvies in het ziekenhuis. Het inschakelen van gespecialiseerde zorgverleners ten behoeve van biopsychosociale triage zal mogelijk leiden tot gerichtere verwijzingen, versnelling van het zorgpad en minder 'onterechte' opschaling naar de tweede lijn. Specialistische (eenmalige) triage op verzoek van de huisarts is het meest praktisch te organiseren door deze te laten plaatsvinden in het ziekenhuis/specialistisch centrum. Beoordeling 'op afroep' in de huisartsenpraktijk zal praktisch niet uitvoerbaar zijn. Duidelijke afspraken met alle partijen (ziekenhuis, zorgverleners en zorgverzekeraar) zijn essentieel. Het belangrijkste knelpunt in deze aanbeveling is de financiering van aanvullende expertise in de eerste lijn. Voor een eenmalige triage in de tweede lijn zou uitvoerbaar kunnen worden door een aparte kostendekkende betaaltitel.

Implementeer regionale zorgafspraken opschaling en afschaling van pijnzorg voor specifieke veelvoorkomende diagnoses.

In een regionaal samenwerkingsverband geven afspraken over het optimale zorgpad voor de patiënt duidelijkheid aan de zorgverleners, patiënt en andere belanghebbenden. Uitgewerkte zorgpaden met digitale ondersteuning kunnen het zorgpad van de patiënt ondersteunen. De werkgroep onderscheidt drie knelpunten. Ten eerste kost het maken van regionale afspraken tijd en inzet van alle betrokken partijen. Ten tweede is het volgen van gemaakte afspraken niet gegarandeerd en niet handhaafbaar. Tot slot kost ook de ontwikkeling van digitale beslissingsondersteuning tijd en geld. Patiënten met chronische pijn zijn uniek en hebben een individueel zorgplan nodig. Bij het opstellen van de regionale afspraken dient voldoende draagvlak te zijn onder zorgverleners en patiëntvertegenwoordigers.

Maak afspraken over zorgcoördinatie voor multidisciplinaire pijnzorg in de regio.

De leidraad beschrijft de wens voor zorgcoördinatoren die een organiserende en faciliterende rol hebben voor de verschillende activiteiten in het netwerk (tabel 1.2). Hiervoor bestaan volgens de werkgroep duidelijke drempels: 1. er is een tekort aan coördinatoren, en er is nog geen bestaand profiel/opleiding voor een regiocoördinator met specifieke kennis op het gebied van chronische pijn; 2. er is niet voldoende wetenschappelijke basis voor de inzet van een coördinator om deze op grote schaal in te zetten; 3. er moeten afspraken over financiering van een coördinator gemaakt worden. Om bovengenoemde redenen adviseert de werkgroep om eerst op basis van pilots aanvullende kennis en ervaring op te doen met de inzet van (zorg)coördinatoren.

Organiseer op structurele basis overleg- en onderwijsmomenten.

Ieder zorgnetwerk heeft formeel- en informeel onderhoud nodig. Om participatie aan netwerkbijeenkomsten te vergroten is accreditatie een geschikt instrument.

Gebruik een digitaal platform dat netwerkzorg ondersteunt en zorgverleners op het gebied van chronische pijn met elkaar verbindt

Websites zoals 'Netwerk Chronische Pijn' en 'Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten (NALK)' zijn voorbeelden van platformen waarin duidelijk in postcodegebieden het zorgaanbod kan worden nagezocht. Op de website van de Pijn Alliantie in Nederland (PAiN) kan veel informatie over chronische pijn worden gevonden door patiënten en zorgverleners.

Hiernaast bestaan digitale hulpmiddelen (websites / apps) met gestandaardiseerde vragenlijsten die gebruikt kunnen worden voor biopsychosociale diagnostiek en waarmee patiënten in de tijd kunnen worden gevolgd. Het platform 'Gripopklachten' is een voorbeeld van waarin patiënten over het behandeltraject in eerste en tweede lijn kunnen worden gevolgd (zie verder).

Regionaal kunnen afspraken worden gemaakt welke digitale hulpmiddelen passend zijn in specifieke zorgpaden.

Maak afspraken over gestandaardiseerde uitkomstmeting met gevalideerde instrumenten.

De werkgroep is van mening dat afspraken over uitkomstmeting een voorwaarde is om de effecten van implementatie van deze leidraad te beoordelen. Er kunnen verschillende metingen worden onderscheiden:

- Procesgegevens (aantal verwijzingen, medicatievoorschriften, (tele)consulten en zorgkosten);
- Zorgverlener gerapporteerde uitkomsten;
- Patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMS).

In de eerste lijn is grootschalig gebruik van vragenlijsten niet realistisch en zullen vooral procesgegevens kunnen worden gebruikt om de zorg te evalueren. Gericht (wetenschappelijk) onderzoek met vragenlijsten kan wel in de eerste lijn worden ingezet. Gestandaardiseerde uitkomstmeting in de tweede lijn met PROM's is gangbaar. Beoog discipline-overstijgende en regionale afspraken te maken hierover. Als voorbeeld en startpunt zou de landelijke uitkomstregistratie pijnzorg van de NVA (<https://www.anesthesiologie.nl/voor-leden/kwaliteit/uitkomstregistratie-pijn>) kunnen worden gebruikt. Een ander startpunt is het hierboven genoemde grootschalig landelijk digitaal platform 'Grip op klachten' (www.gripopklachten.nl), dat ontwikkeld is door zorgverleners, patiënten en wetenschappers. Op dit platform vullen patiënten gevalideerde vragenlijsten in, waaruit automatisch een op maat gesneden behandelplan gegenereerd wordt (inclusief een overzicht van de psychosociale factoren). Met vervolgmetingen wordt vervolgens de effectiviteit van het behandelplan gemonitord. Dit platform wordt zowel in de eerste als tweede lijn gebruikt.

Een belangrijke knelpunt is het bestaan van een scala aan meetinstrumenten die door de wetenschappelijk verenigingen gebruikt worden. Patiënten worden nu regelmatig overvraagd door overlappende metingen vanuit verschillende disciplines. Herziening van bestaande monodisciplinaire uitkomstmetingen naar een eenduidige multidisciplinaire uitkomstmeting zal tijd kosten van alle betrokken partijen en instemming van de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Derhalve is in eerste instantie de aanbeveling om regionale afspraken te maken over gestandaardiseerde uitkomst- en doelmatigheidsmeting.

Lokaal

Eerste lijn (huisarts)

Beoordeel alle patiënten met chronische pijn (of laat deze beoordelen) volgens biopsychosociaal model en maak op grond hiervan een behandelplan.

Overleg met of verwijs patiënten naar gespecialiseerde zorgverleners voor biopsychosociale exploratie indien specifieke expertise op het gebied van chronische pijn ontbreekt.

- De POH-GGZ kan een rol spelen bij deze beoordeling, maar ondersteunt huisartsenzorg en is geen vervanging van psychologische diagnostiek en behandeling.
- Intercollegiaal *overleg* door geschoolde zorgverlener (uit de eerste of tweede lijn) voor diagnostiek en behandeladvies. Het belangrijkste knelpunt voor intercollegiaal *overleg* is bereikbaarheid. Hiervoor zijn eenvoudige en makkelijk toepasbare oplossingen beschikbaar (teleconsult, Siilo, Zorgmail, of een goed bereikbaar telefoonnummer (zie hierboven)).
- Intercollegiale *beoordeling* door gespecialiseerde zorgverlener uit de eerste of tweede lijn. Hiervoor bestaan duidelijke knelpunten. De beschikbaarheid van huisartsen, POH-GGZ, BIG-geregistreerde psychologen of paramedici met expertise op het gebied van chronische pijn in de eerste lijn is verschillend. Inventariseren van mogelijkheden binnen huisartspraktijken is noodzakelijk. Beoordeling door een tweedelijns zorgprofessional ('anderhalvelijnszorg') wordt nu gezien als 'verwijzing naar de tweede lijn', maar eenmalige triage en behandeladvies met aangepaste financiering kan leiden tot een snellere, goedkopere en mogelijk betere zorg.
- Het landelijk digitaal platform 'Grip op klachten' kan een rol spelen bij de biopsychosociale exploratie van chronische pijn. Het biedt een toolbox bij het in kaart brengen van aanhoudende lichamelijke klachten, zoals pijn en het vinden van passende zorg op basis van de vragenlijsten die patiënten invullen. De uitkomsten van de vragenlijsten leiden tot een overzicht van de Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragmatige en Sociale klachtdimensies.

Na biopsychosociale exploratie kan een inschatting gemaakt worden of aanvullende zorg van BIG-geregistreeerde psycholoog, fysio- of oefentherapeut, apotheker, andere paramedische zorg, of verwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd is. De huisarts kan behandeling starten conform het beleid bij chronische pijn in de NHG-Standaard Pijn.

Eerste lijn (alle zorgverleners)

Handel volgens het 'stepped- en matched care principe'.

Stepped care start met de minst intensieve vorm van adequate behandeling. Het instapniveau wordt bepaald aan de hand van de benodigde zorgzwaarte (matched care). Zo nodig vindt opschaling of afschaling van zorgzwaarte plaats. Maak hierbij waar mogelijk gebruik van de zorgpaden zoals beschreven in deze leidraad.

Tweede- en derde lijn

Beoordeel patiënten met chronische pijn (of laat deze beoordelen) volgens biopsychosociaal model en maak op grond hiervan een behandelplan.

Net als in de eerste lijn is biopsychosociale beoordeling van iedere patiënt met chronische pijn belangrijk voor het maken van een behandelplan. Gespecialiseerd verpleegkundigen kunnen een rol spelen bij biopsychosociale beoordeling van patiënten met chronische pijn. Deze beoordeling kan vereenvoudigd worden door gebruik te maken van vooraf ingevulde gevalideerde vragenlijsten op een landelijk digitaal platform zoals geïmplementeerd in 'Grip op klachten', die automatisch een overzicht met de psychosociale factoren geeft en een behandelplan genereert. Dit zou ook een eventueel tekort aan tijd of expertise kunnen opvangen. Gebruik van dit platform door eerste of tweede lijn kan onnodige herhalingen van vragenlijsten in het zorgpad voorkomen.

Leg voor patiënten en zorgverleners de lokale en regionale afspraken vast met betrekking tot verwijzing, diagnostiek en behandeling van chronische pijn.

Om het zorgpad van patiënten inzichtelijk te maken voor patiënten en verwijzers is het belangrijk dat duidelijke informatie op een eenvoudige manier is terug te vinden, bijvoorbeeld op de website van de instelling. Leg voor verwijzers ook vast wie de contactpersoon is in de instelling voor regionale samenwerking en (indien een ander persoon) wie de coördinator is voor multidisciplinaire pijnzorg in de instelling.

Draag bij aan versterking van de eerste lijn.

Initieer of continueer mogelijkheden om de eerste lijn te versterken door laagdrempelig intercollegiaal overleg. Zorg voor een optimale bereikbaarheid van zorgverleners met expertise op het gebied van chronische pijn. Hiervoor bestaan geen drempels. Maak regionale afspraken over de wens en mogelijkheid van versterking van de eerste lijn vanuit de tweede lijn. Het belangrijkste knelpunt van deze laatste mogelijkheid is financiering van deze zorg en werd hierboven besproken. Leg alle afspraken over versterking van de eerste lijn (telefoonnummers voor intercollegiaal overleg, mogelijkheid teleconsultatie, en andere mogelijkheden) vast voor verwijzers op de website van de instelling.

Trieer verwijzingen voorafgaand aan beoordeling van de patiënt.

Initieer of continueer triage van verwijzingen vanuit de eerste lijn voorafgaand aan de beoordeling van de patiënt. Leg vast wie voor deze triage verantwoordelijk is. Triage maakt directe beoordeling en behandeling door de meest geschikte zorgverlener mogelijk zonder onnodige of onwenselijke tussenstappen.

– *Praktisch lokaal voorbeeld: patiënten met lage rugpijn zonder neurologische symptomen worden in eerste instantie niet door neuroloog, pijnspecialist of orthopedisch chirurg, maar door revalidatiearts beoordeeld als in de eerste lijn oefentherapie heeft plaatsgevonden en er geen sterke aanwijzingen zijn voor psychopathologie* –

Naarmate deze triage grondiger gaat plaatsvinden ontstaat er een financieringsknelpunt door de tijd die geïnvesteerd wordt in patiënten die uiteindelijk niet behandeld worden door de desbetreffende zorgverlener.

Verwijs *niet* binnen de tweede lijn *zonder* voorafgaand intercollegiaal of multidisciplinair overleg.

Overleg vooraf (telefonisch of via het ziekenhuisinformatiesysteem) over een verwijzing binnen het ziekenhuis of over een verwijzing naar de GGZ om te bespreken of verwijzing zinvol is voor de betreffende patiënt. De werkgroep ziet geen belangrijke knelpunten voor deze aanbeveling en verwacht dat deze afspraak tot een duidelijk reductie aan intramurale verwijzingen zal leiden.

Organiseer op reguliere basis een (online) multidisciplinair overleg (MDO).

Initieer (online) multidisciplinaire besprekingen, waarvoor ook de eerstelijns zorgverleners worden uitgenodigd. Leg de inhoud en adviezen van het MDO vast in gedeelde documenten die voor alle betrokken zorgprofessionals inzichtelijk zijn. Een knelpunt is hoe deze gedeelde documenten AGV-proef gemaakt kunnen worden. De werkgroep ziet daarnaast vooral een financieel knelpunt voor de huisarts, BIG-geregistreerde psycholoog en paramedici, voor wie geen duidelijke financieringsopties zijn voor deelname aan het MDO. Hiernaast is aanwezigheid van alle zorgverleners rondom de patiënt praktisch niet haalbaar.

Handel volgens het ‘stepped- en matched care principe’.

Zorg dat de zorgzwaarte aansluit bij de behoefte van de patiënt. Maak gebruik van de zorgpaden zoals beschreven in deze leidraad. Indien tweedelijnszorg niet geïndiceerd is, kan afschaling plaatsvinden. Duidelijke communicatie naar huisarts en patiënt is hierbij essentieel. Indien specialistische derdelijnszorg geïndiceerd is, vindt na overleg verwijzing naar een specialistisch centrum plaats. Volg hierbij de vastgestelde regionale afspraken.

Gespecialiseerde- en zelfstandige behandelcentra

Zoek aansluiting bij (of initieer) een regionaal multidisciplinair netwerk.

Leg binnen dit netwerk vast welke zorg geleverd kan worden in het gespecialiseerde- en/of zelfstandige behandelcentrum.

Trieer verwijzingen voorafgaand aan beoordeling van de patiënt.

Initieer of continueer triage van verwijzingen vanuit de eerste lijn voorafgaand aan de beoordeling van de patiënt. Leg vast wie voor deze triage verantwoordelijk is. Indien geen geschikte behandeling binnen de instelling mogelijk lijkt wordt dit teruggekoppeld aan verwijzer.

Handel volgens het ‘stepped- en matched care principe’.

Stepped care start met de minst intensieve vorm van adequate behandeling. Het instapniveau wordt bepaald aan de hand van de benodigde zorgzwaarte (matched care). Zo nodig vindt escalatie of de-escalatie van zorgzwaarte plaats. Volg hierbij de vastgestelde regionale afspraken en de zorgpaden zoals beschreven in deze leidraad.

Zorgbestuurders en medisch specialistische bedrijven

Adherentie aan de Leidraad chronische pijn draagt bij aan het realiseren van de doelen van het programma “juiste zorg op de juiste plek” (JZOJP) en het Integraal Zorgakkoord (IZA). Deze doelen zijn (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen en rondom de mensen organiseren en zorg vervangen door slimme zorg/eHealth in te zetten. Volwaardige implementatie van de Leidraad chronische pijn zal mogelijk leiden tot een daling van gemiddelde zorgkosten per chronische pijn patiënt. Anticipeer hierop door tijdig in gesprek te gaan met de betreffende zorgverleners en vervolg dit periodiek om aan te sluiten bij verwachte ontwikkelingen hierin. Maak hierbij ook de kwalitatieve aspecten van de geleverde pijngerelateerde zorg structureel inzichtelijk in rapportages. Succesvolle implementatie van de leidraad vereist een passende financiering waarbij afspraken tussen zorgverleners, ziekenhuizen en zorgverzekeraars nodig zijn.

Zorgverzekeraars

De werkgroep is van mening dat enkele aanbevelingen slechts realiseerbaar zijn na aanpassing van huidige financieringsafspraken. Financiering van netwerkgeneeskundige activiteiten zoals hierboven beschreven vallen buiten de huidige mogelijkheden van zorgfinanciering. Toch zijn deze essentieel voor verdere transitie naar passende zorg voor patiënten met chronische pijn zoals beschreven in het IZA Initiatief en participatie van zorgverzekeraars aan de regionale uitwerking van de leidraad is essentieel en onmisbaar. Ongeacht de afspraken die worden gemaakt moeten duidelijke evaluatieafspraken gemaakt worden, waarbij de effecten van zorgtransitie voor de patiënt en voor zorgconsumptie worden beoordeeld.

Implementatiestappen

Niet alle interventies kunnen eenvoudig worden geïmplementeerd. Hieronder worden de interventies ingedeeld in stappen die relatief eenvoudig en zonder knelpunten in de praktijk kunnen worden gestart tot en met stappen die complex zijn en een lange doorlooptijd hebben. De werkgroep verwacht dat ook de eerste stap al duidelijke verbetering en versnelling van de zorg voor patiënten met chronische pijn kan geven. Voor de tweede stap zijn regionale afspraken nodig tussen zorgverleners, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Voor de laatste stap is verregaande samenwerking tussen partijen nodig of moeten nieuwe beroepskaders worden gecreëerd naar aanleiding van nog uit te voeren onderzoek in pilots.

Basisimplementatie LCP (stap 1), binnen een jaar te realiseren:

- *Impactvolle stappen die geen/weinig knelpunten hebben* –

Regionaal	Maak laagdrempelige communicatie mogelijk tussen zorgverleners. Handel volgens het ‘stepped- en matched care principe’, zoals beschreven in de zorgpaden in deze leidraad Organiseer structurele basis overleg- en onderwijsmomenten
Tweede lijn	Leg op voor patiënten en zorgverleners de lokale en regionale afspraken vast met betrekking tot verwijzing, diagnostiek en behandeling van chronische pijn. Trieer verwijzingen voorafgaand aan beoordeling van de patiënt. Verwijs <i>niet</i> binnen de tweede lijn <i>zonder</i> voorafgaand intercollegiaal of multidisciplinair overleg. Organiseer op reguliere basis een (online) multidisciplinair overleg (MDO).

Vervolimplementatie LCP (stap 2):

- *impactvolle stappen waarvoor duidelijke knelpunten bestaan* –

Regionaal	Initieer een multidisciplinair transmuraal netwerk voor de zorg voor patiënten met chronische pijn. Maak regionale afspraken over opschaling en afschaling voor specifieke veelvoorkomende diagnoses. Gebruik hiervoor de zorgpaden zoals beschreven in deze leidraad. Versterk de eerste lijn met specifieke kennis over biopsychosociale diagnostiek en behandeling van chronische pijn.
Eerste lijn	Beoordeel patiënten met chronische pijn (of laat deze (digitaal) beoordelen) volgens biopsychosociaal model en maak op grond hiervan een behandelplan.
Tweede lijn	Beoordeel patiënten met chronische pijn (of laat deze (digitaal) beoordelen) volgens biopsychosociaal model en maak op grond hiervan een behandelplan. Draag bij aan versterking van de eerste lijn.

Toekomstige implementatie LCP (stap 3):

- *Implementatie van complexe interventies waarvoor duidelijke knelpunten bestaan en eerst in pilots verder onderzocht moeten worden* –

Regionaal	Maak afspraken over gestandaardiseerde uitkomstmeting met gevalideerde instrumenten. Maak afspraken over zorgcoördinatie voor de complexe patiënt met chronische pijn.
-----------	---

Evaluatie

Evaluatie van interventies is een essentieel onderdeel van zorgverbetering. Voorafgaand aan de implementatie van interventies uit de leidraad dienen meetinstrumenten overeengekomen te worden die als maat voor succesvolle implementatie worden gebruikt.

Hierbij worden twee metingen onderscheiden die afhankelijk van de interventie kunnen worden ingezet:

1. Functioneren van het zorgnetwerk.

Het zorgnetwerk kan worden beoordeeld door beschrijvend de implementatiestappen te evalueren. Hiernaast kan gebruik worden gemaakt van een samen te stellen eenvoudige netwerkstructuurindicator die inzicht geeft in de genomen en de te nemen stappen in het implementatieproces. Nadrukkelijk dient vermeld te worden dat dit instrument niet gebruikt wordt voor controledoeleinden maar als hulpmiddel om netwerkzorg inzichtelijk te maken en te verbeteren. Voor beoordeling van een zorgnetwerk is geen basismeting nodig. Voor het monitoren van het tempo waarin een zorgnetwerk zich ontwikkelt is echter wel een basismeting nodig.

2. Uitkomstmetingen van pijnzorg (patiënttevredenheid; zorgconsumptie; zorgkosten).

Implementatie van deze leidraad heeft tot doel de patiëntenzorg te verbeteren. Implementatie van interventies uit de leidraad dient gepaard te gaan met uitkomstmeting. Slechts op deze manier is het mogelijk het effect en de doelmatigheid van interventies te beoordelen om deze hierna te continueren, aan te passen of te staken als onderdeel van een plan-do-check-act cyclus. Voor beoordeling van een interventie is idealiter een basismeting nodig.

Bij iedere nieuwe interventie wordt een evaluatieplan gemaakt. De werkgroep is van mening dat voorafgaand aan de implementatie ook vastgelegd moet worden wanneer van een succesvolle implementatie kan worden gesproken.

Bijlage 1: Implementatietabellen aanbevelingen leidraad Organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met chronische pijn

Module 1. Organisatie van de chronische pijnzorg

Implementatietabel

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of > 3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarde n voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie	Te ondernemen acties voor implementatie	Verantwoordelijk en voor acties
Trieer verwijzingen voorafgaand aan beoordeling van de patiënt.	< 1 jaar	Minder onnodige verwijzingen, kortere behandeltrajecten. Kostenreductie.	Tijd voor triage en afhandeling uitkomsten van triage	Tijd voor triage en afhandeling uitkomsten van triage	Maak afspraken over wie wanneer verwijzingen trieert, en wat uitkomsten van triage kunnen zijn Alloceer voldoende tijd voor triage	Zorgverleners met expertise in behandeling chronische pijn
Verwijs <i>niet</i> binnen de tweede lijn <i>zonder</i> voorafgaand intercollegiaal of multidisciplinair overleg.	direct	Minder onnodige verwijzingen, kortere behandeltrajecten. Kostenreductie	Verandering verwijsgedrag, cultuurverandering	Geen	Gezamenlijk afspraak maken eerst te overleggen voorafgaand aan een verwijzing, tenzij anders afgesproken voor specifieke patiënten	Alle zorgverleners binnen de 2e en 3e lijn

Organiseer op reguliere basis een (online) multidisciplinair overleg (MDO).	< 1 jaar	Minder onnodige verwijzingen, kortere behandeltrajecten. Kostenreductie.	Financiering interdisciplinair MDO	Fysieke haalbaarheid / planning regulier MDO Aanwezigheid huisarts lijkt niet realistisch. Financiering MDO (1ste lijn, GGZ en paramedici)	Organiseren MDO Afspraken over beschikbaarheid en planning MDO Afspraken bekostiging ZV (indien nodig)	Regionaal netwerk
Initieer een multidisciplinair transmuraal netwerk voor de zorg voor patiënten met chronische pijn.	1 tot 3 jaar	Geen, mogelijk kosten organisatie- en onderhoud regionaal netwerk.	Inzet betrokken zorgverleners Afspraken inzet en eventuele financiering initiatie en onderhoud netwerk	Tijdsinvestering zorgverleners Financiering coördinatie netwerk	Bestaande netwerken onderhouden Nieuwe aansluiting zoeken (waar nodig) om biopsychosociale pijnzorg voor iedere patiënt mogelijk te maken	Iedere zorgverlener
Organiseer structurele basis overleg- en onderwijsmomenten.	< 1 jaar	Geen	Afhankelijk van doelgroep	Veel stakeholders, netwerken bereiken niet alle belanghebbenden	Vormen onderwijsprogramma voor eigen netwerk, bepalen doelgroep	Zorgverleners met expertise in behandeling chronische pijn
Leg voor patiënten en zorgverleners de	< 1 jaar	Geen	Geen	Regionale praktijkvariatie	Vastleggen lokale verwijs- en	Iedere zorginstelling

lokale en regionale afspraken vast met betrekking tot verwijzing, diagnostiek en behandeling van chronische pijn.				kan onduidelijk scheppen	behandelmogelijkheid en op website instelling Vastleggen uniforme regionale afspraken <i>als zodanig</i> op website instelling	
Maak afspraken over gestandaardiseerde uitkomstmeting met gevalideerde instrumenten.	> 3 jaar	Geen	Overeenstemming over de te gebruiken instrumenten	Diversiteit aan instrumenten Uitkomstmeting in 1ste lijn onwenselijk Respons bij uitkomstmeting is doorgaans slecht Financiering uitkomstmeting	Landelijk of regionale overeenstemming bereiken over te gebruiken instrumenten en systemen voor uitkomstmeting met alle betrokken partijen.	Regionaal netwerk Landelijk platform chronische pijn

Aanbeveling 1

Voor alle zorgprofessionals

Beschouw iedere patiënt, waarbij de pijnklachten langer duren dan drie maanden en/of langer dan verwacht, als een patiënt met chronische pijn.

Breng patiënten met chronische pijn op een gestandaardiseerde manier in kaart volgens het biopsychosociale model. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van:

- het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model;
- het SCEGS (Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragmatige en Sociale dimensie) model; en/of
- vlaggen.

Bied passende zorg op basis van de benodigde zorgzwaarte (zie ook de module op- en afschalingscriteria).

Wees voorzichtig met het doen van uitspraken buiten de eigen expertise teneinde discrepanties in boodschappen tussen zorgverleners te voorkomen.

Voor alle zorgprofessionals, met uitzondering van de huisarts

Informeer de huisarts over ingezette diagnostiek, indicatiestelling en behandelingen, waar nodig na toestemming van de patiënt. Betrek hiernaast de huisarts bij eventuele vervolgerwijzingen. Afhankelijk van functie: Volg daarbij de richtlijn [HASP](#) (medisch specialisten) [HASP-paramedicus](#) (paramedici), [Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ](#) (professionals binnen de tweedelijns-GGZ; wordt herzien) of de leidraad '[Verwijzen door de bedrijfsarts](#)' (bedrijfsartsen).

Aanbeveling 2

Voor zorgprofessionals niet-gespecialiseerd in chronische pijn in de eerste lijn

Verwijs de patiënt met chronische pijn bij een afwijkend beloop van de behandeling en/of zonder functionele verbetering naar een in chronische pijn gespecialiseerde zorgprofessional (zie ook de module op- en afschalingscriteria).

Voor regionale samenwerkingsorganisaties voor huisartsenzorg (zoals zorggroepen)

Ga na hoe de taken van de coördinator in de eerste lijn het beste kunnen worden ingevuld (zie ook de module 'Versterking eerste lijn') en faciliteer dat deze taken worden opgepakt (zie tabel 1.2).

Inventariseer en maak inzichtelijk welke verwijsmogelijkheden er zijn voor patiënten met chronische pijn in de regio (sociale kaart).

Voor huisartsen

Volg de richtlijnen [HASP](#), [HASP-paramedicus](#) en [Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ](#).

Voor zorgprofessionals werkzaam in chronische pijn

Participeer, indien aanwezig, in een regionaal (of lokaal) transmuraal samenwerkingsverband voor chronische pijn van meer complexe aard (zie ook de onderstaande aanbevelingen voor de tweede lijn).

Bespreek patiënten in ieder geval zodra er sprake is van een afwijkend beloop van de behandeling en/of van risicofactoren voor chroniciteit of herstel belemmerende factoren, maar ook voor elk ander probleem in de pijnzorg in dit samenwerkingsverband.

Wees daarbij beschikbaar voor vragen van overige zorgprofessionals.

Aanbeveling 3

Voor zorgprofessionals betrokken bij de zorg aan chronische pijnpatiënten in de tweede- en derde lijn

Leg binnen de instelling vast:

wie de coördinator(-en) is of zijn en welke van de taken door de coördinator(en) worden opgepakt (zie tabel 1.2 in de leidraad). Deze taken omvatten ook het initiëren en/of onderhouden van een regionaal samenwerkingsverband/netwerk;

- wie de functie van regiebehandelaar*, ** bekleedt;
- wat de afspraken zijn over aanwezigheid en beschikbaarheid van de coördinator en regiebehandelaar.

* voor de GGZ de coördinerende regiebehandelaar

** zie voor de taken van de regiebehandelaar tabel 1.3 van de leidraad

Module 2. Versterking eerste lijn

Implementatietabel

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie : < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of > 3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie	Te ondernemen acties voor implementatie	Verantwoordelijke n voor acties
Maak laagdrempelige communicatie mogelijk tussen zorgverleners	<1 jaar	Minder onnodige verwijzingen, kortere behandeltrajecten . Kostenreductie.	Financiering advies-/overlegmomenten	Financiering (deels al aanwezig)	Implementatie teleconsultatie 2e en 3e lijn om 1e lijn te versterken	Transmuraal coördinatoren ziekenhuizen/ behandelcentra
Organiseer structurele basis overleg- en onderwijsmomenten voor huisartsen	<1 jaar	Geen	Beschikbaarheid docenten Samenwerking met regionale huisartscollectieven	Veel aanbod scholing, bereik onzeker	Benaderen huisartscollectieven Organiseren (geaccrediteerde) scholing	Zorgverleners met expertise in behandeling chronische pijn
Versterk de eerste lijn met specifieke kennis over biopsychosociale diagnostiek en behandeling van chronische pijn	1 tot 3 jaar	Geen	Laagdrempelig expertise beschikbaar voor biopsychosociale diagnostiek en behandeling chronische pijn	Wisselende kennis, expertise en belangstelling in eerste lijn voor chronische pijnzorg	Initieer overleglijn met zorgverleners met expertise in zorg voor patiënt met chronische pijn Initieer mogelijkheid teleconsultatie	Alle zorgverleners Transmuraal zorgcoördinatoren ziekenhuizen/ beandelcentra

					met 2e lijn voor overleg	
Maak afspraken over zorgcoördinatie voor de complexe patiënt met chronische pijn.	> 3 jaar	Toename kosten door financiering zorg coördinatoren Afname kosten door lagere zorgconsumptie complexe patiënten	Financiering voor zorgcoördinatie Beschikbaarheid geschoolde zorgcoördinatoren	Geen structurele financiering zorgcoördinatie anders dan door huisartsen	Regionale afspraken over zorgcoördinatie Overleg ZV over financiering coördinatie zorg complexe patiënt Benoemen van geschoolde coördinatoren	Regionaal netwerk

Aanbeveling 1

Overweeg de inzet van (een) zorgprofessional(s) met ervaring (en/of interesse) in pijnzorg in de eerste lijn die:

- Op indicatie aanvullende (biopsychosociale) diagnostiek, indicatiestelling en monitoring kan verrichten en adviezen kan geven over waar patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen.
- Patiënten met complexe problematiek (patiëntgebonden factoren en factoren van zorgproces) kan ondersteunen in de regievoering.

Aanbeveling 2

Voor de zorgprofessional(s) met expertise en vaardigheden in pijnzorg:

Voer op indicatie en in afstemming met de huisarts één of meerdere van onderstaande taken uit:

- Screen patiënten op biopsychosociale factoren die pijn beïnvloeden en bespreek de uitkomsten van de screening met patiënt.
- Bespreek met de patiënt de invloed van biopsychosociale factoren op het pijnprobleem en geef pijneducatie om tot een gezamenlijk verwijzings- of behandelplan te komen. Zet dit plan (via de huisarts) in werking.

- Bespreek waar nodig de patiënt ook in het regionaal (of lokaal) samenwerkingsverband (zie module 1. Organisatie van de chronische pijnzorg).
- Wees het aanspreekpunt na diagnostiek en behandeling in eerste, tweede of derde lijn, en bij een terugval.

Module 3. Op- en afschaling binnen chronische pijn zorg

Implementatietabel

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of > 3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie	Te ondernemen acties voor implementatie	Verantwoordelijk en voor acties
Beoordeel patiënten met chronische pijn (of laat deze (digitaal) beoordelen) volgens biopsychosociaal model en maak op grond hiervan een behandelplan.	1-3 jaar	Snelle volledige pijndiagnostiek voor een sneller start van de juiste behandeling. Mogelijk een doelmatigere behandeling en lagere kosten	Beschikbare kennis over biopsychosociale beoordeling en behandelbaarheid en chronische pijn	Onvoldoende kennis over biopsychosociale pijnzorg Geen snelle biopsychosociale zorg beschikbaar Financiering aanvullende expertise eerste lijn	Beoordeel de eigen mogelijkheden voor biopsychosociale diagnostiek en behandelingen Maak afspraken hoe/ bij wie in de regio biopsychosociale beoordeling kan plaatsvinden Bespreek, indien noodzakelijk, financiering met ZV	Individuele zorgverlener Regionaal netwerk
Handel volgens het 'stepped- en matched care principe', zoals beschreven in de zorgpaden in deze leidraad	< 1 jaar	Sneller doorlopen van het behandeltraject. Doelmatigere	Beschikbare kennis over biopsychosociale beoordeling en behandelbaarheid en chronische pijn	Financiering pijnzorg eerste lijn (paramedisch, GGZ) Patiënten eisen verwijzing naar hogere lijn Overbelaste eerste	Maak aanvullende afspraken over financiering eerste lijns pijnzorg (paramedisch, GGZ)	Landelijk platform/ regionaal netwerk met ZV

		zorg. Mogelijk lagere kosten		lijn kan geen groot aandeel in volledige pijnzorg bieden	Ontwikkelen patiënteneducatie	
Maak regionale afspraken over opschaling en afschaling voor specifieke veelvoorkomende diagnoses. Gebruik hiervoor de zorgpaden zoals beschreven in deze leidraad.	1-3 jaar	Minder onnodige stappen in het zorgpad. Mogelijk lagere kosten	Aanwezigheid van een actief netwerk Overeenstemming over een zorgpad	Overeenstemming bereiken over zorgpaden Compliantie zorgverleners aan zorgpaden Ontbreken financiering onderdelen van het zorgpad	Ontwikkel regionale zorgpaden Start hierbij met scherp omschreven patiëntengroepen (bijv. lage rugpijn) Eerste lijn moet onderdeel zijn van het zorgpad Betrek ZV in vroeg stadium bij ontwikkeling van interdisciplinaire zorgpaden Communiceer zorgpaden in de regio Stimuleer compliantie aan regionale zorgpaden	Regionaal netwerk
Landelijk						
Initieer benoem een landelijk platform ter bevordering van	1-3 jaar	Toename kosten voor organisatie en bedrijfsvoering	Draagvlak betrokken beroeps- en wetenschappelijke verenigingen	Bestaande overkoepelende platforms/organisaties	Verder uitwerken rol landelijk platform Betrekken	Verkenning gestart door werkgroep en mogelijke rol voor bijvoorbeeld

interdisciplinaire zorg voor patiënten met chronische pijn.		landelijk platform	Financiering organisatie	(bijvoorbeeld PAiN, netwerk ALK) nog onvoldoende draagvlak en capaciteit Wetenschappelijke verenigingen terughoudend in overdragen rol / mandaat als aanspreekpunt voor chronische pijn Geen financiering, geen contributieinkomsten	vertegenwoordigers vanuit alle belanghebbende partijen Vastleggen rechtsvorm en statuten Plan van aanpak beschrijven	PAiN en netwerk ALK.
---	--	--------------------	--------------------------	--	--	----------------------

Aanbeveling 1

Bied de meest effectieve behandeling aan op de juiste plaats, passend bij de aard en ernst van het probleem en context. Pas zo veel mogelijk de principes van 'samen beslissen' toe.

Overweeg in samenspraak met de patiënt opschaling naar een hoger echeleon bij één of meer van deze factoren:

- De juiste pijndiagnose of verklaring kan niet worden gesteld of worden gevonden en aanvullend onderzoek, advies en/of expertise is nodig (inclusief *second* en *third opinion*);
- De complexiteit van de klachten van de patiënt is te hoog (teveel onderhoudende beïnvloedende factoren die de pijn en functioneren negatief beïnvloeden en niet zelf kunnen worden behandeld);
- Verwachte reductie in pijn en verhoging van functioneren blijven uit/ ingezette therapie niet effectief en geen alternatieve mogelijkheden binnen huidige echelon;

- Er is geen aansluiting bij de hulpvraag, behoefte en/of waarde van de patiënt.

Overweeg in samenspraak met de patiënt de zorg af te schalen naar een lager echeleon indien er sprake is van één of meer van deze factoren:

- er is een adequate pijndiagnose gesteld, er is inzicht in de onderhoudende beïnvloedende factoren (bio-psycho-sociaal; en
- er is een effectieve, minder belastende, goedkopere of korte vorm van behandeling mogelijk in een lagere lijn; of
- de ingezette therapie is niet effectief en er is geen alternatief binnen competenties; of
- er is geen aansluiting bij de hulpvraag, behoefte of waarden van de patiënt.