



Voetnoten
 1. De huisarts is regie behandelaar tenzij anders afgesproken. Voor andere hulpverleners in eerstelijns geldt: informeer de huisarts in stem het beleid met de huisarts af.
 2. Klachtenexploratie via eenduidige screening: Dit betekent niet dat alle zorgverleners hetzelfde instrument gebruiken. Zij gebruiken dezelfde soort benadering van klachten (bio-psychosociaal (BPS)) en afstemming/communicatie hierover naar elkaar toe eenduidig is.
 3. Denk hierbij aan: klacht(en), substraat, psychosociale context en pijndescriptor (nociceptief, neuropathie, nociplastisch, mixed pain, sensitiviteit)
 4. Bijvoorbeeld kwaliteit van leven verbeteren, toename van functioneren, reductie ervaren beperkingen, reductie van pijn, eigen regie klachten, hanteerbare balans in leven gerelateerd aan pijn, arbeidsbelastbaarheid verhogen

5. Aan het MDO nemen bij voorkeur minimaal de betrokken behandelaren van de patiënt deel. Desgewenst aangevuld met professionals uit de 2e lijn.
 6. Onderzoek of er nog beïnvloedende factoren zijn die niet bekend zijn of waar onvoldoende rekening mee is gehouden.
 7. Indien gewenst en afhankelijk van de organisatie van lokale zorg, zijn goede voorbeelden van het biopsychosociaal in kaart brengen van de patiënt met zijn/haar klachten het inzetten van screeningstools, PROMs en/of zorgverleners uit verschillende disciplines die de patiënt op één dag zien en daarna met elkaar in overleg gaan in het MDO (carrouselpoli).

NB 1 Pijneducatie hoort in meer of mindere mate in alle lagen van het zorgpad thuis
NB 2 Zie ook module 'Op- en afschaling binnen chronische pijn zorg' voor criteria om op- en af te schalen
NB 3 Behandel conform de principes van matched-care

Casemanager (ingezet vanaf MDO in 1e lijn, met eventueel specialisten uit 2e of 3e lijn en die contact heeft met de huisarts over evt. doorverwijzingen in de 2e lijn)