

Project
Diagnostiek en behandeling
patiënten met complexe
chronische pijn in het
Netwerk Pijnrevalidatie Nederland

Een nieuwe aanpak

Commissie Zorg

Versiedatum mei 2023



Inhoud

1. Inleiding.....	3
2. Samen vooruit met Pijn	5
1.3 Kaders behandeling	6
1.4 Doelgroep	7
1.5 Het Behandelproces.....	9
2. Plan van aanpak inrichten nieuw behandelprogramma.....	11
4. Referenties.....	13
Bijlage 1	15
Bijlage 2	16
Bijlage 3	20



1. Inleiding

Mensen die last hebben van langdurige pijnklachten vormen anno 2023 nog steeds een grote, heterogene en groeiende groep. Langdurige pijn van het bewegingsapparaat is de belangrijkste oorzaak van ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren wereldwijd! De gevolgen van het hebben van langdurige pijn op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven is groot. Naast fysieke beperkingen gaan de pijnklachten meestal gepaard met psychosociale problemen zoals een depressie, piekeren over pijn en gevolgen en sociale isolatie (Pain Proposal 2011). Er is momenteel geen medische oplossing die chronische pijn kan wegnemen. Gelukkig zijn er binnen de medisch specialistische revalidatie behandelingen die wel verbetering op verschillende domeinen bieden. Deze interdisciplinaire multimodale pijnrevalidatieprogramma's (IMPR) zijn gericht op leren omgaan met pijn en bieden integrale zorg voor patiënten met langdurige pijn. Deze pijnrevalidatieprogramma's zijn bewezen effectief op meerdere domeinen (minder pijn, minder beperkingen, beter functioneren, beter psychisch welzijn, sociale participatie en minder zorggebruik).

Door IMPR eerder aan te bieden in de keten kunnen de hoge medische en maatschappelijke kosten voor langdurige pijn worden verminderd. De huidige aanpak van langdurige pijn leidt tot hoge medische en maatschappelijke kosten. Alleen al voor lage rugpijn bedragen de totale kosten voor in Nederland ongeveer € 3,5 miljard per jaar [van Tulder et al 1995; Lambeek 2011], wat vergelijkbaar is met de totale kosten van de Amsterdamse metrolijn Noord-Zuid of het schadeherstel in de Groningen aardbevingsgebied, maar dan wel elk jaarlijks uitgegeven. Deze hoge kosten zijn het gevolg van de huidige organisatie van zorg waarbij eerst monodisciplinair vanuit een biomedische visie naar een oplossing wordt gezocht. Mensen met pijn doorlopen vaak een onnodig langdurig traject langs meerdere zorgaanbieders, in 1^e en 2^e lijn, voor behandeling gericht op wegnemen van de pijn. Daarbij ervaren patiënten een gebrek aan continuïteit en afstemming of samenwerking tussen de diverse zorgaanbieders waardoor de kwaliteit van de huidige pijnzorg door patiënten als onvoldoende wordt beoordeeld.

Inzichten en theorieën over het beloop van pijn en de effecten van behandeling laten zien dat er sprake is van complexe interacties tussen biologische, psychologische en sociale determinanten [Borsbo 2010]. Er is sprake van een complex netwerk van circulaire, multifactoriële causaliteit en mediatie [Cholewicki 2019], wat verklaart waarom monodisciplinaire behandelingen gericht op het oplossen van het pijnprobleem niet succesvol zijn. Alleen een integrale benadering, zoals IMPR, waarbij biologische en psychosociale factoren geïntegreerd worden aangepakt, heeft kans van slagen.



Definitie interdisciplinair (IASP): Multimodale behandeling door een multidisciplinair team model, met regelmatige teambijeenkomsten (face to face of online), overeenstemming over diagnose, therapeutische doelen en inhoud van behandeling en beoordeling voortgang en resultaat. Multimodaal wordt gedefinieerd door de IASP als het gelijktijdig inzetten van afzonderlijke therapeutische interventies met verschillende werkingsmechanismen binnen één discipline gericht op verschillende pijnmechanismen. Bijvoorbeeld: het gebruik van pregabaline en opioïden voor pijnbestrijding door een arts; het gebruik van NSAID en orthese voor pijnbestrijding door een arts.

Op dit moment is er sprake van een te grote diversiteit binnen IMPR. Door diversiteit in samenstelling van aanwezige disciplines van behandelteams en aanwezige mogelijkheden ervaring en expertise zijn 'lokaal' pijnrevalidatieprogramma's ingericht en doorontwikkeld. De aangeboden pijnrevalidatieprogramma's hebben over het algemeen hetzelfde doel (het verbeteren van functioneren en kwaliteit van leven ondanks de aanwezigheid van pijn) maar verschillen in duur en inhoud. Het gevolg is dat het product 'IMPR' daardoor niet duidelijk en transparant is voor andere partijen zoals patiënten, verwijzer, beleidsmakers en zorgverzekeraars en daardoor relatief onbekend. Daarnaast draagt de diversiteit bij aan ongelijke zorg en/of toegang van zorg voor de patiënt met chronische pijn binnen Nederland.

De diversiteit en het gebrek aan transparantie zijn voor zorgverzekeraars aanleiding om de waarde en positie van pijnrevalidatie ter discussie te stellen.

Om meer uniformiteit en duidelijkheid te creëren over het product pijnrevalidatie hebben 8 Revalidatiecentra hun krachten en expertise gebundeld in het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN). Met dit netwerk van aanbieders van pijnrevalidatie willen de deelnemers samen werken aan de doorontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van de zorg voor pijn. De ambitie van het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland is:

1. het aanbieden van excellente zorg voor pijn van het bewegingsapparaat in de vorm van uniforme, transparante interdisciplinaire effectieve en doelmatige behandelprogramma's,
2. het ondersteunen van de eerste lijn bij screening en diagnostiek,
3. bijdragen aan 'state of the art' biopsychosociale kennis over pijn uit via na- en bijscholing aan zorgprofessionals in eerste en tweede lijn,
4. samen werken aan betere pijnzorg met alle relevante partijen in de keten,
5. richting geven aan oplossingen voor regionale of landelijke vraagstukken aangaande pijnrevalidatie.

Om de doelstellingen van NPN te realiseren moeten nieuwe behandelprogramma's opgezet, geïmplementeerd en geëvalueerd worden. De commissie Zorg van NPN wil dit realiseren door werkgroepen van afgevaardigde behandelaren vanuit elk deelnemend centrum samen te stellen die projectmatig aan de slag gaan met opdrachten om uiteindelijk een uniforme werkwijze in alle deelnemende centra te realiseren.

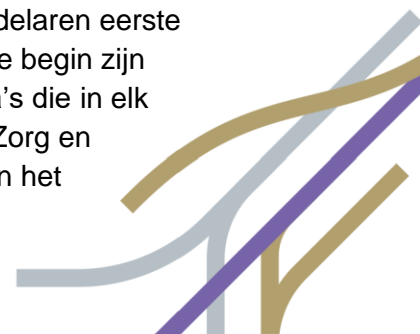
2. Samen vooruit met Pijn

Samen werken in een netwerk vraagt een gedeelde visie, identiteit en ambitie. De deelnemende centra delen de visie dat pijn een multifactorieel gezondheidsprobleem is, waarbij biomedische psychologische en sociale factoren interactief bijdragen aan de aard en ernst van pijn en pijn gerelateerde beperkingen. De kenmerkende identiteit van de behandelteams in het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland is dat men interdisciplinair integrale zorg aanbiedt waarbij biomedische en cognitief gedragsmatige interventies worden gecombineerd gericht op het verbeteren van het dagelijks functioneren met pijn van patiënten met musculoskeletale pijnklachten. Interdisciplinair werken vraagt om een gedeelde visie en uitgangspunten ten aanzien van pijn en functioneren met pijn.

Binnen NPN wordt het biopsychosociale model als uitgangspunt gehanteerd. Meer specifiek, om richting te geven aan de inhoud, wordt het functioneel conceptualisme, waarvan Acceptance en Commitment Therapie een praktische toepassing is. Het uitgangspunt is een pragmatische benadering, waarin pijn en pijn gerelateerde beperkingen een functie zijn van de context en dat er meerdere oplossingen kunnen zijn zolang dat werkt voor die persoon in die situatie. Dit betekent dat meerdere methodieken gericht ingezet kunnen worden op basis van biopsychosociale analyse en definiëring van het kernprobleem. Het proces van analyseren, definiëren en beslissen vindt steeds in samenspraak met de patiënt plaats (shared decision making). Het opgestelde kernprobleem wordt gedurende het proces tijdens periodieke teamoverleggen (met patiënt) geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

De kosten in de zorg in het algemeen, en dus ook voor langdurige pijn, zullen de komende jaren stijgen. Daarnaast komt door de krapte op de arbeidsmarkt de zorg steeds verder onder druk te staan en is de toegankelijkheid niet meer voor iedere patiënt gegarandeerd. Tevens leidt de druk in de zorg voor uitval onder zorgaanbieders vanwege ziekte en zelfs tot het verlaten van de zorg. De ambitie van NPN is dan ook om vernieuwende excellente effectieve en doelmatige zorg aan te bieden die bijdraagt aan een duurzame oplossing voor zowel de patiënt, behandelaar als de maatschappij in het algemeen. Het effectief en efficiënt inzetten van technologische ontwikkelingen in de vorm van blended care biedt daarin mogelijkheden.

NPN wil dit realiseren door projectmatig te werken aan verbeterprojecten waarbij de zorgprofessionals, in samenwerking met andere stakeholders, zoals behandelaren eerste lijn, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en beleidsmakers vanaf eerste begin zijn betrokken. Gestart wordt met het inrichten van nieuwe behandelprogramma's die in elk centrum aangeboden worden. Om dit te realiseren zijn door de commissie Zorg en Samenwerking definities en kaders opgesteld die richting moeten geven aan het inrichten van die nieuwe behandelprogramma's.



Daarnaast is een aantal opdrachten uitgezet onder de behandelteams omtrent het a) eenduidig definiëren van het gehele proces van aanmelding tot behandeling en nazorg, b) het gestandaardiseerd beschrijven van de mogelijke behandelonderdelen van een pijnrevalidatieprogramma en c) het duiden van waardevolle uitkomsten van een behandelprogramma voor de diverse stakeholders. De definities, kaders en uitwerkingen van de opdrachten vormen de basis voor een hackaton die georganiseerd wordt, waarin afgevaardigden per team nieuwe behandelprogramma's gaan opstellen. Achtereenvolgens wordt beschreven wat de kaders waaraan de behandeling moet voldoen, de doelgroep waar nieuwe behandelprogramma's zich op moeten richten en de resultaten in de vorm van waarden die een behandeling moet opleveren. Vervolgens worden de opdrachten beschreven en de opzet van de hackaton.

1.3 Kaders behandeling

Het nieuw in te richten behandelprogramma van NPN dient te voldoen aan een aantal kaders of uitgangspunten. In het algemeen gesteld dienen de programma's waardevolle resultaten op te leveren vanuit een interdisciplinair, hulpvraaggerichte, doelmatige, duurzame, evidence-based aanpak, die transparant, meet- en toetsbaar is. Onderstaand zijn de hoofdkaders in samenhang nader uitgewerkt:

- a. Doelmatig De NPN-behandelprogramma's zijn doelmatig en duurzaam ingericht. Dit houdt in:
 - a. De behandelprogramma's zijn tijdcontingent ingericht, met een vast begin en einde en met een vast omschreven aantal behandeluren. Daardoor dragen ze bij aan gezonde bedrijfsvoering binnen de deelnemende centra. Het aantal (gewogen) behandeluren bedraagt maximaal ... (binnen normen financieel gezonde DBC).
 - b. De hulpvraag op gebied van dagelijks functioneren van de cliënt is startpunt van de meerdimensionele functionele analyse.
 - c. De uiteindelijke hulpvraag wordt samen met cliënt en team geformuleerd
 - d. De factoren die de realisatie van de hulpvraag belemmeren worden aan de hand van een functionele meerdimensionele analyse inzichtelijk gemaakt
 - e. De functionele meerdimensionele analyse wordt in samenspraak met de cliënt omgezet in een 'kernprobleem'. Resultaat is wel/niet voldoende consensus tussen team en cliënt over het kernprobleem om tot behandeling over te kunnen gaan.
 - f. Vanuit de hulpvraag en het kernprobleem wordt een gezamenlijk hoofddoel uitgewerkt in realistische en haalbare doelen

- g. De inhoud van de behandeling wordt afgestemd op de belangrijkste aanwezige onderhoudende en beïnvloedbare factoren. Bijkomende zaken die geen invloed hebben op de hulpvraag of het realiseren van de hulpvraag worden niet meegenomen in de behandeling. Indien uit de analyse één overheersende onderhoudende factor naar voren komt richt de behandeling zich op deze factor (less is more) en wordt geëvalueerd of dit volstaat of niet.
- b. Duurzaam. Het behandelprogramma is vernieuwend en draagt bij aan betaalbare zorg in de toekomst: het programma integreert self-management/training en diverse vormen van eHealth of andersoortige technologie (blended treatment).
- c. Evidence based. De inhoud is gebaseerd op bewijs uit wetenschappelijk onderzoek en sluit aan bij richtlijnen vanuit de diverse beroepsverenigingen, en daar waar geen bewijs is op expertise en ervaringen vanuit de behandelteams. Voor deze laatste onderdelen zet NPN-projecten uit om gemaakte keuzes verder te onderbouwen met eigen wetenschappelijk onderzoek.
- d. Waardevolle resultaten. De resultaten van NPN-behandelprogramma's zijn waardevol en meetbaar voor meerdere partijen (conform het Integraal zorgakkoord); de patiënt, de behandelaar, de zorgverzekeraar, de maatschappij. De resultaten zijn niet gericht op de 'ziekte' maar op verbeteren van dagelijks functioneren met pijn, actieve participatie/tevredenheid over participatie, afname medische consumptie, verbeteren van arbeidscapaciteit en/of productiviteit en/of werkhervatting en arbeidssatisfactie van zorgverleners. De uitkomsten op de verschillende domeinen worden met de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie en/of andere gevalideerde meetinstrumenten inzichtelijk gemaakt op korte en lange termijn. De inhoud wordt uitgewerkt door een werkgroep; voor **opdracht** zie bijlage 1)

1.4 Doelgroep

Allereerst is het van belang, om in kader van stepped care, aan het geven welke patiënten wel en welke niet in aanmerking komen voor zorg binnen het NPN. Dit in lijn met de Zorgstandaard Chronische pijn en het beleid om de juiste patiënt op de juiste plek te behandelen.

Daarom richt NPN zich op zorg voor alle mensen met chronische primaire pijn (ICD-11) van het bewegingsapparaat, die biomedisch niet afdoende verklaard en/of behandeld kunnen worden en als functioneel worden geduid, zich uiten in beperkingen in het functioneren, langer dan 12 weken bestaand, waarbij psychosociale factoren in meer of mindere mate van invloed zijn.

Het NPN maakt daarbij onderscheidt in mensen met laag en hoog complexe (dreigende) chronische primaire pijnsyndromen. De mensen met een laag complex primair pijnsyndroom worden behandeld in de eerste lijn. Daarbij wordt nog onderscheidt gemaakt in mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een chronisch primair pijnsyndroom, waarbij de focus ligt op preventie van chronisch disfunctioneren.

In samenwerking met de eerste lijn wil NPN hiervoor adequate screening, diagnostiek en behandelprogramma's ontwikkelen om in kader van stepped care zo de juiste patiënt op de juiste plek op het juiste moment te behandelen.

De pijnrevalidatie programma's binnen de centra van NPN zelf richten zich op mensen met hoog complexe primaire chronische pijnproblemen (ICD-11) van het bewegingsapparaat; de subgroepen complex regionaal pijnsyndroom, chronisch wijdverspreide pijn en chronische primaire en secundaire musculoskeletale pijn van de ICD-11(Treede et al. 2019).

Hoog-complexe problemen kenmerken zich door problemen in het:

- fysieke domein; beperkingen in dagelijks functioneren, aanwezigheid van ernstige pijn, aanwezigheid fysieke co-morbiditeit die functioneren beïnvloedt, aanwezigheid van meerdere fysiek klachten (zoals moeheid, concentratieproblemen, slaapproblematiek etc.)
- psychologische domein; aanwezigheid mentale co-morbiditeit, aanwezigheid van psychologische problematiek (zoals depressie, angst), beperkte gezondheid vaardigheden,
- sociale domein; forse gevolgen op participatieniveau waardoor extra problemen (zoals verstoorde relaties, financiën), weinig tot geen sociale steun, aanvullende belastende omgevingsfactoren.

Hoewel de psychosociale en zelfs psychiatrische comorbiditeit als een specifiek kenmerk van de doelgroep van pijnrevalidatie wordt gezien, moet deze binnen bepaalde grenzen vallen en hanteerbaar zijn binnen de pijnrevalidatie. Belangrijke exclusiecriteria zijn daarom, naast die beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg:

- psychopathologie die prevaleert boven de revalidatie-indicatie of die revalidatiebelemmerend werkt (o.a. ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve (identiteit)stoornis, forse verslavingsproblematiek, depressieve episode met vitale kenmerken, schizofrenie, bipolaire stoornis)
- ernstige twijfel aan de veranderbereidheid of mogelijkheden van de cliënt (bijv. psychiatrische decompensatie bij ontwrichting van een bestaand evenwicht tussen de functionele beperkingen en de psychiatrische klachten, een te groot belang bij het winnen van een letselschadeprocedure of het afgekeurd willen worden door het UWV)

- ernstige twijfel aan de veranderbereidheid of mogelijkheden van het cliëntsysteem (bijv. ernstige problemen in de echtelijke relatie wanneer de cliënt zal veranderen en de partner dit niet zal accepteren)
- onhanteerbare psychosociale stressoren die revalidatie of functionele vooruitgang in de weg staan en die niet behandelbaar zijn binnen de revalidatie.
- Onvoldoende bereidheid of mogelijkheden om zoeken naar medische oplossing los te laten en/of actief te participeren in een aanpak gericht op functioneren met pijn
- Letselschade procedures of andersoortige wettelijke procedures die functionele winst in de weg staan
- Onvoldoende fysieke of mentale belastbaarheid
- Geen hulpvraag gericht op beter functioneren met pijn aanwezig of niet te formuleren
- Onvoldoende steun uit de omgeving
- Taal of communicatieproblemen

Naast poliklinische pijnrevalidatie wordt ook een klinisch traject aangeboden voor een subgroep van mensen met een hoog complexe chronische primair pijnsyndroom. De in- en exclusiecriteria zijn:

Inclusie :

Wel indicatie voor MSR, maar niet in staat zelfstandig naar de behandellocatie te reizen,
Indicatie voor MSR, echter thuissituatie belemmerend voor herstel, middels klinische revalidatie focus op eigen behandelproces en optimale uitkomst meer gewaarborgd.

Exclusie:

Als poliklinische MSR

Er kunnen aparte behandelprogramma's ingericht worden voor specifiek doelgroepen binnen de hoog-complexe problemen, deze specifieke doelgroepen moeten objectiveerbaar geduid kunnen worden! Patiënten met laag complexe problematiek worden terugverwezen naar de eerste lijn, liefst naar samenwerkingspartners in de keten waarmee voldaan kan worden aan de juiste patiënt op juiste plek.

1.5 Het Behandelproces

Een van de opdrachten is het uitschrijven van het behandelproces (zie bijlage 2). Om een eenduidige werkwijze in te richten is het van belang dat gebruikte terminologie en doel van verschillende fases van het behandeltraject helder en uniform zijn. In algemeen bestaat een behandeltraject standaard uit een aanmeldfase, de intake fase, een screeningsfase, een behandelfase, een nazorgfase en een follow-up periode.

Deze fasering is grotendeels overgenomen van de omschrijvingen zoals gedefinieerd door Revalidatie Nederland. De hieronder beschreven definities en doelen van elke fase worden door een voorbereidende werkgroep (nog aan te stellen) uitgewerkt tot een definitieve indeling en omschrijving

Aanmeldfase

Doel van deze fase is de (schriftelijke) verwijzing te beoordelen of geschiktst probleem/hulpvraag in aanmerking komt voor een eventuele pijnrevalidatie. Uitgewerkt moet worden wie deze beoordeling uitvoert, wat criteria zijn voor de beoordeling en wat vervolgstappen zijn.

Intakefase

Doel is het uitsluiten van medische factoren die een andere behandeling vereisen, het inventariseren van een passende hulpvraag en motivatie voor een pijnrevalidatieprogramma en de aard en ernst van aanwezige psychosociale onderhoudende factoren.

Screeningsfase

Dit is de fase waarin besluitvorming over indicatie voor wel of geen pijnrevalidatie definitief vastgesteld wordt. Deze fase bestaat uit een multidisciplinaire screening waarna op basis van een functionele meerdimensionale analyse het kernprobleem wordt opgesteld met bijpassende behandelplan indien verdere behandeling binnen het centrum is geïndiceerd. Uitkomst van screening en behandelplan worden met patiënt besproken waarna samen beslist wordt wat vervolgstappen zijn. Het eindproduct is een multidisciplinair behandelplan waarin is opgenomen: kernprobleem/probleemanalyse of omschrijving, doelen van de patiënt, doelen van het team en de therapeutische middelen.

Doelen stellen

Hoe is dit proces ingericht, welke doelen wel welke niet, passende bij waarden, hoe meten we realisatie van doelen zelf hoe meten we waarde?

Behandelfase

De fase waarin het behandelplan wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team, waarbij periodiek de probleemanalyse wordt besproken aan de hand van de voortgang in het realiseren van de gestelde doelen gedurende de behandeling. In deze fase kan gewerkt worden aan aanleren vaardigheden, toepassen vaardigheden en generalisatie in het leren omgaan met pijn. Een behandelplan kan bestaan uit tijdscontingente combinatie van verschillende behandelmethoden gegeven door verschillende disciplines, waarbij ook transdisciplinair gewerkt kan worden.

Deze fase kan, indien nodig, onderverdeelt worden in een oriënterende fase waarin onderzoeken behandeld of behandelend onderzocht wordt om de aard en bijdrage van bepaalde nog niet helemaal duidelijke factoren te verhelderen gevolgd door feitelijke behandelfase

Behandelinhoud

Ter voorbereiding op de samenstelling en/of combinatie van behandelmethoden in een behandelprogramma opdracht uitgezet om deze eenduidig te beschrijven ((zie bijlage 3) De verschillende in te zetten behandelmethoden dienen eenduidig beschreven te worden naar achterliggend theoretisch construct, werkingsmechanisme, specifieke kenmerkende elementen en het vereiste kennis en vaardigheden niveau van de behandelaar. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een aangepaste Tidier-lijst voor beschrijven van interventies binnen wetenschappelijk onderzoek. Mogelijke in te zetten behandelmethoden zijn:

Pijneducatie

Graded activity

Fysieke trainingstherapie.

Week/dag schema opstellen

Sport en spel

Ergonomie

Exposure

Tijdsbesteding

Arbeidsbegeleiding

Cognitieve herstructurering

Aanleren copingstrategieën

Ontspanningstherapie

ACT

Lichaamsgerichte behandelvormen ter bewustwording

Creatieve therapievormen (muziek/tekenen etc.)

Slaaptraining

Medicatie regulering/afbouw

EMDR

Per behandelmethoden wordt aangegeven wat optimale dosering is. De behandel fase eindigt op, bij aanvang afgesproken, moment in de tijd.

Nazorgfase

Fase waarin cliënt begeleid wordt in het onderhouden en/of uitbreiden van gerealiseerde winst (behandelresultaat).



2. Plan van aanpak inrichten nieuw behandelprogramma

Om een nieuw behandelprogramma in te richten wordt gekozen voor een bottom up werkwijze waarbij teamleden van alle centra zelf aan de slag gaan tijdens een hackaton. Een hackaton wordt omschreven als een bijeenkomst van 1 of 2 dagen waarin teams van deelnemers non-stop bezig gaan om binnen een korte tijd een oplossing voor een aangereikte vraag of probleem te bedenken.

Hiervoor is het noodzakelijk dat er vooraf adequate informatie wordt verzameld en kaders worden aangereikt waarbinnen oplossingen bedacht kunnen worden. Om deze voorinformatie te verzamelen zijn de reeds genoemde werkopdrachten voor aparte werkgroepen uitgezet binnen NPN. Deze opdrachten richten zich op:

- Overzicht en beschrijvingen bieden van alle mogelijke behandelonderdelen
- Beschrijven en definiëren van terminologie toekomstig behandelproces
- Beschrijven en definiëren gewenste uitkomsten/resultaten voor diverse stakeholders

De opdrachten worden uitgevoerd door 1 of 2 vertegenwoordigers per deelnemend centrum. De opdrachten worden georganiseerd, begeleidt en gecoördineerd door de landelijk coördinator NPN. Er wordt gebruik gemaakt van online bijeenkomsten. Voor de opdrachten zie bijlage 1,2 en 3



4. Referenties

Baer RA (2003) Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice* 10:125-143

Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jackel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R. ICF Core Sets for low back pain. *J Rehabil Med.* 2004 Jul;(44 Suppl):69-74.

Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, Kostanjsek N, Walsh N. ICF Core Sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med.* 2004 Jul;(44 Suppl):63-8.

Consensus rapport Pijnrevalidatie Nederland. Pijn Kennis Centrum Maastricht 2005

Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007 Jul;133(4):581-624.

Grossman P, Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits A meta-analysis *Journal of Psychosomatic Research* 57 (2004) 35–43

Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom* 2007;76:226-233.

Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C (2000). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*; 322: 1511-1516.

Kok L, Houkes A., Niessen N. Kosten en baten van revalidatie. Amsterdam, november 2008 SEO-rapport nr. 2008-68 ISBN 978-90-6733-469-3

Kosmidou M, Kyritsis AP, Markoula S, Giannopoulos S. Adherence/compliance with the treatment in chronic non-malignant pain. *Eur J Pain.* 2009 Aug;13(7):776;

Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain.* 2008 Feb;134(3):310-9.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: The Guilford Press; 2002.

Nicholas MK, Asghari A, Blyth FM What do the numbers mean? Normative data in chronic pain measures. *Pain*. 2008 Jan;134(1-2):158-73.

Regieraad Kwaliteit van Zorg. Chronische Pijn. Den Haag 2011

Pain Clinical Update Limitations of medical treatments for chronic pain January 2011, IASP

Powers MB, Vörding M & Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychother Psychosom*. 2009;8:73-80.

Plews-Ogan M, Owens JG, Goodman M, Wolfe P, Schorling J. Brief report: A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of general internal medicine* 2005;20:1136-1138.

Sagula, D., Rice, K.G. (2004). The Effectiveness of Mindfulness Training on the Grieving Process and Emotional Well-Being of Chronic Pain Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4).

Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.

Turk DC, Rudy TE. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients--relapse, noncompliance, and adherence enhancement. *Pain*. 1991 Jan;44(1):5-28.

Turk DC, Rudy TE, Sorkin BA. *Pain*. 1993 Apr;53(1):3-16.

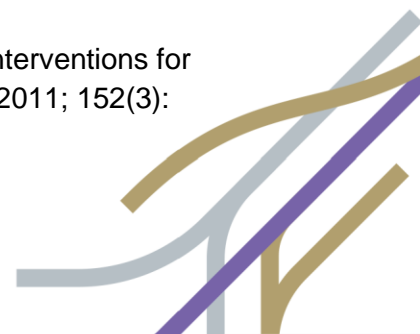
Neglected topics in chronic pain treatment outcome studies: determination of success.

Teixeira ME Meditation as an intervention for chronic pain: an integrative review.

Holist Nurs Pract. 2008 Jul-Aug;22(4):225-34. van Tulder, MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ (2000).

Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*; 25: 2688-2699.

Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2011; 152(3): 533-542.



Bijlage 1

Titel: Waardevolle uitkomsten pijnrevalidatie	
Opdracht	In de huidige zorg wordt steeds meer belang gehecht aan waardevolle uitkomsten. Deze kunnen verschillend zijn voor verschillende stakeholders. Wat waardevol voor de een is, is minder van belang voor de ander. Om zo veel mogelijk waarde te realiseren zal voor iedere stakeholder apart bepaald moeten worden wat een waardevolle uitkomst is. In deze opdracht wordt gevraagd om voor het nieuw in te richten behandelprogramma van NPN zoveel mogelijk uitkomsten per stakeholder te definiëren/omschrijven. Vervolgens zal een keuze gemaakt moeten worden van wat minimaal een set van uitkomsten zal zijn.
Doel	Opstellen van een minimale set van waardevolle uitkomsten van een pijnrevalidatieprogramma per stakeholder (patiënt, behandelaar, instelling, zorgverzekeraar, maatschappij)
Werkgroep	1 lid per behandelteam, samen met coördinator NPN
Tijdsbesteding	Geschat 2x 1 uur online overleg, + 2 uur per lid voor uitwerken taak
Start-einde	Start online bijeenkomst 25/5/2025 , 8/6 inleveren concept 1, 1 week tijd om feedback te geven 15/6 inleveren feedback, 2 weken om feedback te verwerken, 29/6/2023 online consensusbijeenkomst
Leden werkgroep	Namen nog in te vullen
Werkwijze	Er zal een onlinebijeenkomst georganiseerd worden om opdracht door te nemen en te bediscussiëren, waarna taken verdeelt worden. Ieder gaat aan de slag met opdracht, tussentijds feedbackmoment na 2 weken en 1 week uitwerken feedback dan weer een online overleg om resultaten te bespreken en een minimale set te definiëren.
Eindproduct	Set van uitkomstmaten (+ indien mogelijk suggesties voor meetinstrumenten) voor pijnrevalidatieprogramma's voor de diverse stakeholders: de patiënt, de behandelaar, de instelling, de verzekeraar en de maatschappij
Commissie	Zorg en Positionering NPN

Bijlage 2

Titel: Hoe ziet organisatie van pijnrevalidatie eruit?	
Opdracht	<p>Om te komen tot uniforme behandelprogramma's is het noodzakelijk de in en doorstroom van een patiënt te beschrijven en te definiëren. Van aanmelding t/m ontslag. Want wat is een intake of eens screening of een proefperiode of nazorg? Bedoelen we hetzelfde, is doel hetzelfde en doen we het op dezelfde manier? Met deze opdracht wil de commissie Zorg van NPN inzicht krijgen in huidige processen, werkwijze en besluitvorming. De opdracht bestaat daarom uit een aantal onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benoem en beschrijf de onderdelen van het behandelproces. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een concept omschrijving (bijlage 1). - Benoem en beschrijf de beslismomenten (inclusief besliscriteria) in het proces (van indicatiestelling, screening, behandelplan, behandeling en nazorg). - Beschrijf de gebruikte meetinstrumenten per beslismoment en daarbij gehanteerde afkappunten indien aanwezig. - Beschrijf aantal behandeluren/ per discipline per behandelprogramma
Doel	<p>Het doel het realiseren van eenheid in taal, begrippen en inhoud rondom het behandelproces van start tot einde. Dit begrippenkader en definiëring wordt gebruikt als basis voor (her)inrichten van behandelprogramma's binnen NPN om te komen tot uniforme gestandaardiseerde behandelprogramma's.</p>
Werkgroep	<p>Er wordt een werkgroep samengesteld met elk een behandelaar vanuit de deelnemende centra. De werkgroep wordt aangestuurd door de landelijk coördinator van NPN</p>
Tijdsbesteding	<p>Elke deelnemer krijgt 8 uur tijd (2x 1 uur gezamenlijk overleg, 6 uur uitwerktijd).</p>
Start-einde	<p>Start online bijeenkomst 17/5/2025 , 31/5 inleveren concept 1, 1 week tijd om feedback te geven, 7/6 inleveren feedback, 2 weken om feedback te verwerken, 21/6/2023 online consensusbijeenkomst</p>
Leden werkgroep	<p>Namen nog in te vullen</p>
Werkwijze	<p>Er wordt gestart met een gezamenlijke online bijeenkomst waarin doel en inhoud opdracht wordt toegelicht. Elke deelnemer werkt gestelde vragen uit. De uitgewerkte omschrijvingen worden naar elk lid van de werkgroep gestuurd voor schriftelijke feedback en/of aanvulling. De feedback wordt verwerkt en mondeling besproken tijdens 2e bijeenkomst. Een overzicht van uitkomsten wordt gerapporteerd aan de commissie.</p>

Eindproduct	<ul style="list-style-type: none"> - Een gezamenlijke beschrijving van elke fase van het behandelproces met definities en terminologie voor NPN. - Een overzicht van de overeenkomsten en verschillen van de beslismomenten (inclusief besliscriteria) in het proces (van indicatiestelling, screening, behandelplan, behandeling en nazorg). - Een overzicht van de overeenkomsten en verschillen van gebruikte meetinstrumenten per beslismoment en daarbij gehanteerde afkappunten. - Een overzicht van inzet van behandelduren per behandelprogramma per centrum
Commissie	Zorg & Positionering



Bijlage 1

Algemene definitie: Een pijnrevalidatieprogramma is een interdisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt 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.

Definitie interdisciplinair (IASP): Multimodale behandeling door een multidisciplinair team dat samenwerkt aan diagnostiek en behandeling vanuit een gedeeld biopsychosociaal model, met regelmatige teambijeenkomsten (face to face of online), overeenstemming over diagnose, therapeutische doelen en inhoud van behandeling en beoordeling voortgang en resultaat.

Multimodaal wordt gedefinieerd door de IASP als het gelijktijdig inzetten van afzonderlijke therapeutische interventies met verschillende werkingsmechanismen binnen één discipline gericht op verschillende pijnmechanismen. Bijvoorbeeld: het gebruik van pregabaline en opioïden voor pijnbestrijding door een arts; het gebruik van NSAID en orthese voor pijnbestrijding door een arts.

Om pijnrevalidatieprogramma's binnen Netwerk Pijnrevalidatie Nederland te uniformeren en processen te standaardiseren zijn concept definities en/of omschrijvingen van onderdelen en/of proces opgesteld. De core componenten van pijnrevalidatie zijn:

- Aanmeldfase
- Intakefase
- Behandelfase
- Nazorgfase
- Follow up

1. Aanmeldfase

Definitie: fase van aanmelding via (schriftelijke) verwijzing van een patiënt voor pijnrevalidatie waarin aanmelding en/of verwijzing geaccordeerd wordt.

De verwijzing wordt door RA/PA/VS beoordeelt op aanwezigheid van een primair of secundair chronisch pijnsyndroom (ICD-11), met uitzondering van chronisch primair of secundaire hoofd-, orofaciale of viscerale pijn, langer dan 3 maanden aanwezig. Indien verwijzing geaccordeerd wordt de NDP-vragenlijst start verstuurd naar patiënt met vraag om deze ingevuld te retourneren. Indien de vragenlijst ingevuld is ontvangen ontvangt de patiënt een uitnodiging voor een 1e consult /intake bij revalidatiearts (RA), physician assistant (PA) of verpleegkundig specialist (VS).

2. Intakefase

Definitie: fase waarin besloten wordt (door wie?) of een pijnrevalidatieprogramma geïndiceerd is en zo ja welk programma en waar dit programma kan worden uitgevoerd.

De screeningsfase bestaat uit 3 opeenvolgende onderdelen:

1. 1e consult RA/PA/VS (aanwezig: verwijsbrief, eerdere onderzoek, uitkomsten NDP) bestaande uit anamnese en lichamelijk onderzoek. Tijdens 1e consult worden in-/exclusie criteria gecheckt voor behandeling binnen de medisch specialistische revalidatie. Na afloop van consult is inzichtelijk: hulpvraag, niveau van functioneren, belemmerende en bevorderende factoren (en beïnvloedbaarheid), verandermogelijkheden en een vervolgadvis: geen verdere behandeling, behandeling in 1^e lijn, behandeling in MSR, behandeling GGZ of ... Er wordt op indicatie of altijd een interdisciplinair screening uitgevoerd voor verdere diagnostiek en/of indicatiestelling.
2. Een interdisciplinaire screening met minimaal, paramedicus en psycholoog. Resultaat screening is een kernprobleem, multifactorieel benoemd + concept behandelvoorstel.
3. Bespreken concept behandelvoorstel met patiënt (en partner) besproken (shared decision making) Resultaat: definitief behandelplan en wel/niet starten met behandeling

3. Behandelfase

Definitie: uitvoeren van opgesteld interdisciplinair behandelplan om gestelde doelen te realiseren. In deze fase kan gewerkt worden aan aanleren vaardigheden, toepassen vaardigheden en generalisatie in het leren omgaan met pijn. Bij start behandeling (of bij intake?) wordt de NDP-dataset afgenomen. De behandelfase eindigt als afgesproken interdisciplinaire inbreng stopt bij realisatie van (merendeel) doelen. Op dat moment dient de eindmeting met behulp van de NDP-vragenlijst plaats te vinden. Doorgaan met het continueren van enkelvoudige behandelingen behoren niet meer tot een pijnrevalidatieprogramma waarin onderdelen op elkaar zijn afgestemd (zie definitie van pijnrevalidatie).

4. Nazorgfase

Definitie: fase waarin cliënt begeleid wordt in het onderhouden en/of uitbreiden van gerealiseerde winst (behandelresultaat). Er worden geen nieuwe specifieke therapeutische interventies meer ingezet om specifieke doelstellingen te realiseren.

5. Follow-up

Fase van evaluatie behoud behandeleffect. Patiënt vult drie maanden na einde behandelfase de vragenlijst NDP-3 maanden in.



Bijlage 3

Titel: Wat Waaruit bestaat eigenlijk een pijnrevalidatieprogramma?	
Opdracht	Een pijnrevalidatieprogramma is een combinatie van meerdere behandelmethodieken. Om te komen tot een uniforme en gestandaardiseerde aanpak binnen het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland is het noodzakelijk dat alle mogelijke behandelmethoden eenduidig en transparante worden beschreven. De opdracht is om alle behandelmethodieken die nu binnen de deelnemende centra aangeboden worden in een programma te gaan beschrijven a.d.h.v. een standaard sjabloon. Dit sjabloon is gebaseerd op de Tidier lijst die ook bij wetenschappelijke publicaties wordt gebruikt. In het verleden zijn een aantal behandelmethodieken reeds in dit sjabloon beschreven. Deze dienen geactualiseerd te worden en gevraagd wordt om deze lijst van bestaande omschrijvingen aan te vullen met nieuwe of ander gebruikte behandelmethoden zodat een compleet beeld ontstaat wat nu aangeboden wordt.
Doel	1. Een basis realiseren voor het inrichten van 'nieuwe' uniforme en gestandaardiseerde behandelprogramma's binnen NPN door: het standaardiseren van inhoud en uitvoering van behandelmethodieken zodat toepassing is praktijk daadwerkelijk uniform kan gaan plaatsvinden (evt. na scholing indien nodig gezien de omschrijving)
Werkgroep	Er wordt een werkgroep samengesteld met elk een behandelaar vanuit de deelnemende centra. De werkgroep wordt aangestuurd door de landelijk coördinator van NPN
Tijdsbesteding	Elke deelnemer krijgt 8 uur tijd (2x 1 uur gezamenlijk overleg, 6 uur uitwerktijd voor een af te spreken aantal behandelelementen.
Start-einde	Start online bijeenkomst 23/5/2025 , 6/6 inleveren concept 1, 1 week tijd om feedback te geven, 13/6 inleveren feedback, 2 weken om feedback te verwerken, 27/6/2023 online consensusbijeenkomst
Leden Werkgroep	Namen nog in te vullen
Werkwijze	Er wordt gestart met een gezamenlijke online bijeenkomst waarin doel en inhoud opdracht wordt toegelicht. Tijdens de eerste bijeenkomst worden alle behandelmethoden geïdentificeerd en verdeeld onder deelnemers voor nadere uitwerking. De uitgewerkte omschrijvingen worden naar elk lid van de werkgroep gestuurd voor schriftelijke feedback en/of aanvulling. De feedback wordt verwerkt en mondeling besproken tijdens 2 ^e bijeenkomst. In de 3 ^e ronde worden alle opmerkingen toegelicht en verwerkt en in laatste bijeenkomst wordt gekeken waar wel en geen consensus is bereikt.

	Een overzicht van omschrijvingen van de behandelmethoden en wel/geen consensus wordt gerapporteerd aan de commissie.
Eindproduct	Het eindproduct bestaat uit: <ol style="list-style-type: none"> 1) een totaal overzicht aan mogelijke behandelmethoden aangeboden op dit moment binnen NPN; 2) een overzicht welk centrum wat aanbiedt en wat niet; 3) een beschrijving per behandelmethode volgens aangereikt sjabloon; 4) een overzicht van knelpunten/onderdelen waarover geen consensus bereikt is.
Commissie	Zorg & Positionering

