

Mei 2019

## Inhoud

<b>1 Aanleiding en doelstelling voor deze implementatie-agenda</b>	<b>1</b>
<b>2 Reikwijdte en randvoorwaarden van deze implementatie-agenda</b>	<b>2</b>
2.1 Financiering, aansturing en evaluatie van de implementatie-activiteiten	2
2.2 Doorlooptijd van de implementatiefase en onderhoud van de ZSCP	3
<b>3 Benodigde activiteiten op landelijk niveau</b>	<b>3</b>
3.1 Ontwikkelen en implementeren van concrete zorgpaden voor chronische pijn	3
3.2 Ontwikkelen en implementeren van een multidisciplinaire leidraad	3
3.3 Onderzoek en experimenten met concept kwaliteitsindicator	5
3.4 Ontwikkelen van een blauwdruk voor regionale samenwerkingsovereenkomst	6
3.5 Aansturing van de ontwikkeling van faciliterend beleid voor zorgbekostiging	7
3.6 Ontwikkelen materiaal voor opleidingen, nascholing en patiënten-educatie	7
<b>4 Benodigde activiteiten op regionaal niveau</b>	<b>8</b>
4.1 Experimenteren met samenwerking in regionale netwerken	8
4.2 Uitwerken regionale modellen voor MDO	10
4.3 Ontwikkelen regionale initiatieven voor (innovatieve) bekostiging	10
4.4 Opstellen regionale of lokale samenwerkingsovereenkomsten	11
4.5 Uitwerken kennisoverdracht en nascholing in samenwerkingsverbanden	11
4.6 Structureel overleg tussen (organisaties van) zorgprofessionals en patiënten	12

# 1 Aanleiding en doelstelling voor deze implementatie-agenda

De Zorgstandaard Chronische Pijn (ZSCP) geeft een visie weer over de wijze waarop de zorg voor patiënten met chronische pijn beter ingericht kan worden, waarbij de betrokken zorgverleners in de eerste, tweede en derde lijn beter met elkaar en met de patiënt samenwerken, door de zorg beter te coördineren, meer rekening te houden met de wensen en behoeftes van de patiënt, sneller naar elkaar te verwijzen wanneer aangewezen en bij complexe patiënten gezamenlijke diagnostiek te verrichten en daarop gebaseerd een behandelplan te ontwikkelen. Ook wordt aanbevolen om de informatie-uitwisseling over patiënten te verbeteren en om de uitwisseling van kennis te bevorderen. Om deze doelstellingen te realiseren moeten vele implementatie-activiteiten worden opgezet en uitgevoerd, waarover in deze implementatie-agenda een overzicht wordt gegeven. Een deel van die activiteiten is gericht op het ontwikkelen en implementeren van concrete handvatten voor het verbeteren van de organisatie van diagnostiek en behandeling van chronische pijn en van zorgpaden voor de diverse patiënten(sub)groepen, waarlangs de zorg moet worden ingericht. Ook is een aantal activiteiten benoemd (deels dezelfde) die de visie en aanbevelingen van de ZSCP vertalen naar goed toepasbare instrumenten voor kwaliteitsverbetering, die door alle betrokken beroepsgroepen gebruikt en erkend worden. Een zorgstandaard is dat voor sommige beroepsgroepen niet.

Paragraaf 1 van deze implementatie-agenda licht de achtergrond en doelstellingen nog verder toe. Paragraaf 2 schetst de reikwijdte en randvoorwaarden voor de uitvoering van deze agenda, die moet leiden tot een groot aantal activiteiten waarbij vele partijen betrokken zijn. Vervolgens worden in paragraaf 3 de landelijke activiteiten beschreven en in paragraaf 4 de regionale.

De ZSCP kan dus worden gezien als een belangrijke tussenstap voor het verbeteren van de zorg voor patiënten met chronische pijn. Maar er moeten nog veel activiteiten plaatsvinden om uiteindelijk tot daadwerkelijke verbetering van die zorg te komen, ten aanzien van beleidsvorming en bekostiging, multidisciplinaire en transmurale samenwerking, zorgverlening in de dagelijkse praktijk en onderwijs aan vele betrokken medische, paramedische en psychologische disciplines. Het doel van deze implementatie-agenda is om de belangrijkste activiteiten, die direct gerelateerd zijn aan de implementatie van de visie en aanbevelingen van de ZSCP, in kaart te brengen en een route aan te geven voor het opzetten en uitvoeren van deze activiteiten. De activiteiten kunnen betrekking hebben op zowel de eerste-, tweede- als derdelijnszorg en kunnen uitvoering vergen op landelijk of regionaal niveau. De visie en aanbevelingen die in de ZSCP zijn beschreven sluiten uitstekend aan bij recente publicaties over netwerkgeneeskunde en samenhangende zorg.<sup>1</sup> Voor de ZSCP relevante aspecten zijn onder meer de aanbevolen samenwerking van zorgprofessionals in flexibel samengestelde multidisciplinaire teams, die gericht zijn op zowel klinisch als maatschappelijk herstel, de implementatie van het principe van de juiste zorg op de juiste plaats en de ontwikkeling van een adequate en efficiënte digitale infrastructuur voor communicatie met de patiënt, communicatie tussen zorgprofessionals, monitoring van kwaliteit en uitwisseling van kennis.

De visie en aanbevelingen die in de ZSCP zijn beschreven moeten verder uitgewerkt worden in activiteiten, die gericht zijn op concrete veranderingen van het zorgproces, zowel in beleid, praktijk als onderwijs. Immers dit gaat niet vanzelf.

---

<sup>1</sup> FMS 2017 - Visiedocument Medisch Specialist 2025 - ambitie, vertrouwen, samenwerken;  
LHV/NHG 2012 - Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022;  
KNGF 2018 - Vertrouwen in Beweging - een visie op fysiotherapie en het vak van fysiotherapeut;  
VWS 2018 - De juiste zorg op de juiste plek.

De verwachting is dat deze veranderingen zullen leiden tot betere samenwerking tussen patiënten, zorgprofessionals en zorgverzekeraars en betere kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn activiteiten nodig die gericht zijn op het vergroten van het draagvlak voor de beschreven visie en op het opstellen van documenten die passen binnen de professionele kaders van de betrokken zorgprofessionals voor wie een zorgstandaard niet goed toepasbaar is. Dat biedt tevens de gelegenheid om onderwerpen, die in de ZSCP onderbelicht of slechts beperkt uitgewerkt zijn, in die documenten te adresseren. Hierdoor kan het draagvlak toenemen en overeenstemming ontstaan over de meest aangewezen zorgpaden en professionele handelingen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en ondersteuning van patiënten met chronische pijn. Wat betreft uitwisseling van patiëntengegevens is afgesproken zoveel mogelijk aan te sluiten bij landelijke ontwikkelingen.

## **2 Reikwijdte en randvoorwaarden van deze implementatie-agenda**

### **2.1 Financiering, aansturing en evaluatie van de implementatie-activiteiten**

De omvang en gevolgen van de activiteiten die nodig zijn in het kader van implementatie van de ZSCP en de transitie naar netwerkgeneeskundige zorg voor patiënten met chronische pijn zijn moeilijk in te schatten. Duidelijk is dat er wat betreft inhoud, organisatie en bekostiging van de zorg veel zal moeten veranderen. De verwachting is dat de geboden zorg hierdoor uiteindelijk ook doelmatiger zal zijn, dus in zijn totaliteit ook minder kostbaar. Maar om dat te bereiken zijn veel investeringen nodig om de implementatie-activiteiten te ondersteunen en het veranderingsproces in de zorg te faciliteren. Op dit moment is er nog geen zicht op de omvang van deze investeringen en de aangewezen partijen die hierin moeten gaan voorzien. Wel is duidelijk dat beleidsinstellingen, zorgverzekeraars en organisaties van zorgprofessionals in samenwerking met patiëntenorganisaties hierin hun verantwoordelijkheid moeten nemen en betrokkenheid, commitment en initiatief moeten tonen. In het kader van deze implementatie-agenda is afgesproken dat een taskforce vanuit de Pijn Alliantie in Nederland (afgekort PAiN: hierin werken patiëntenorganisaties en beroepsorganisaties op het gebied van pijn samen), Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut, op zoek gaat naar mogelijkheden om de voorgestelde activiteiten op te zetten en zo nodig naar mogelijkheden om deze activiteiten van subsidie of financiering te voorzien. Deze taskforce zal waar mogelijk de uitwerking van de plannen en daaropvolgende implementatie en uitvoering aanjagen, aansturen en monitoren en de betrokken landelijke en regionale partijen motiveren en mobiliseren om hun bijdrage te leveren. In welke mate de beoogde implementatie-activiteiten tot stand gaan komen zal afhangen van het resultaat van dit gezamenlijke initiatief. Wanneer onvoldoende mogelijkheden voor financiering worden gerealiseerd of het commitment van één of meer betrokken landelijke of regionale partijen ondermaats blijken, dan zal dit afbreuk doen aan (de omvang van) het beoogde succes. Op centraal niveau moet voor het geheel van implementatieprojecten een programma-structuur worden ontwikkeld en ingevuld. Zo mogelijk dient hieraan een programma-coördinator te worden verbonden.

Het is essentieel dat de activiteiten die in deze implementatie-agenda zijn benoemd verder worden uitgewerkt in de vorm van volwaardige implementatieplannen, waarbij gebruik wordt gemaakt van implementatiedeskundigheid en de voor die activiteit meest geschikte implementatiestrategie. Duidelijk moet zijn wie trekker wordt, welke stakeholders betrokken worden en hoe de coördinatie en uitvoering zullen verlopen. Proces- en effectevaluaties zijn nodig om uit elke activiteit kennis over resultaten, knelpunten en succesfactoren en best practices te genereren, die zo snel mogelijk met andere betrokkenen kunnen worden gedeeld, zodat een lerend netwerk ontstaat. Ook de aansluiting bij landelijke ontwikkelingen op het gebied van netwerkgeneeskunde en digitale informatie-overdracht is van belang om langs die weg de noodzakelijk geachte veranderingen te faciliteren.

## **2.2 Doorlooptijd van de implementatiefase en onderhoud van de ZSCP**

Gezien het grote aantal stakeholders dat in dit zorgnetwerk actief is, zullen op diverse fronten implementatie-activiteiten moeten plaatsvinden over langere tijd, voordat een voldoende mate van implementatie bereikt zal zijn. Deze implementatie-agenda biedt daarvan een overzicht. Belangrijk is om in deze implementatiefase de voortgang van de veranderingen te monitoren, ten einde inzicht te krijgen in de gerealiseerde kwaliteitsverbetering. Hiervoor is een concept kwaliteitsindicator ontwikkeld, die echter eerst nog op validiteit, toepasbaarheid en bruikbaarheid moet worden onderzocht. Daarnaast zullen landelijke en regionale netwerken opgezet of uitgebreid moeten worden waarin wordt samengewerkt om de zorg voor patiënten met chronische pijn te verbeteren. Daarbij moet veel aandacht uitgaan naar de noodzakelijke veranderingen in de zorgpaden voor patiënten met chronische pijn, waarbij het aangewezen is om met alle betrokken partijen, inclusief zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, afspraken te maken over het zorgaanbod en de organisatie daarvan. Verder moeten de opleidingen en nascholingen van alle betrokken zorgprofessionals en systemen voor patiënten-educatie betere informatie gaan bieden over alle aspecten van chronische pijn, conform de visie en aanbevelingen in de ZSCP.

Als doorlooptijd voor de eerste fase van dit implementatieproces, waarin substantiële initiatieven tot stand moeten komen ter realisatie van de activiteiten die later in dit document zijn beschreven, is een periode van drie jaar voorzien. De dan gerealiseerde activiteiten zullen leiden tot meer kennis en inzichten over de optimale inrichting van de zorg voor patiënten met chronische pijn. De verwachting is dat in de twee jaar daarna verder gewerkt kan worden aan de implementatie, maar ook aan een actualisatie van de ZSCP, zodat de nieuwe kennis en inzichten ook daarin hun beslag kunnen krijgen, inclusief de aansluiting bij nog te ontwikkelen professionele richtlijnen.

## **3 Benodigde activiteiten op landelijk niveau**

### **3.1 Ontwikkelen en implementeren van concrete zorgpaden voor chronische pijn**

In de regionale netwerken zullen zorgprofessionals onderling en met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars afspraken moeten maken om hun zorgpaden voor patiënten met chronische pijn te beschrijven op basis van het biopsychosociaal model. In beginsel verwacht je in Nederland niet al te grote verschillen, maar om een te grote diversiteit tegen te gaan en het proces van regionaal formuleren van zorgpaden te vergemakkelijken en versnellen lijkt het goed om op landelijk niveau (blauwdrukken) te ontwikkelen voor enkele concrete zorgpaden die betrekking hebben op grotere groepen van patiënten (zoals wervelkolom-gerelateerde pijn, overige musculoskeletale pijn en neuropathische pijn). Deze zorgpaden kunnen in meer detail worden uitgewerkt in de multidisciplinaire leidraad, mits dezelfde partijen een rol spelen in de ontwikkeling. De beschikbare zorgpaden kunnen na tripartiete autorisatie of accordering in de regio's verder worden uitgewerkt in organisatiestructuren en daarbij betrokken zorgprofessionals.

### **3.2 Ontwikkelen en implementeren van een multidisciplinaire leidraad**

Een belangrijke activiteit in de implementatie-agenda voor de ZSCP is de ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinaire leidraad. Deze zal ervoor zorgen dat alle betrokken zorgprofessionals een richtlijn hebben, die in lijn met de visie en aanbevelingen van de ZSCP meer concrete handvatten biedt voor het professioneel handelen van de zorgprofessionals, die leidend zijn voor hun professioneel handelen.

Deze leidraad is een logisch vervolg op de ZSCP, omdat hierin concrete zorgpaden zijn uitgewerkt (aansluitend op de activiteit in paragraaf 3.1), de mono- en multidisciplinaire organisatiestructuren zijn beschreven en aanbevelingen zijn opgenomen over de diagnostiek, behandeling en ondersteuning van (groepen van) patiënten met chronische pijn. Hierdoor wordt ook duidelijker wanneer welke zorgprofessional ingeschakeld moet worden. Omdat over de effectiviteit van veranderingen in de organisatie van zorg nog onvoldoende wetenschappelijke evidence beschikbaar is, is gekozen voor het instrument leidraad. Dit instrument is voor de betrokken beroepsgroepen gelijkwaardig aan een professionele richtlijn. In een leidraad kan, waar dat relevant en mogelijk is, steeds worden aangehaakt en verwezen naar al bestaande evidence based richtlijnen van de betrokken beroepsorganisaties.

Inmiddels heeft de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) financiering voor de ontwikkeling van deze leidraad aangevraagd en verkregen. Zij zal deze activiteit samen met de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) trekken. Beide organisaties participeren in de PAiN, die ook betrokken zal worden bij de implementatie van de leidraad, zodat er een nauwe verbinding ontstaat met de implementatieactiviteiten voor de ZSCP. Alle relevante disciplines uit de eerste en tweede lijn zullen worden uitgenodigd om te participeren in het ontwikkelproces van de leidraad, hetzij in een kerngroep, hetzij in een klankbordgroep. Voor de klankbordgroep zullen ook patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de PAiN worden uitgenodigd. Wanneer de multidisciplinaire leidraad in concept gereed is zal hiervoor weer een autorisatieprocedure plaatsvinden bij de betrokken organisaties, die op deze wijze opnieuw nog opnieuw inspraak hebben in de uitgangspunten en uitwerking van de veranderingen in de zorg voor patiënten met chronische pijn.

Het benoemen van kwaliteitsindicatoren, waaronder één of meer zorgbreed toepasbare uitkomstindicatoren, is in de aanvraag voor financiering van de multidisciplinaire leidraad geen expliciet onderdeel geweest. Desondanks kan het benoemen van indicatoren een onderdeel van de ontwikkeling zijn, wanneer de betrokken partijen dit wensen te prioriteren. Aandachtspunt hierbij is optimaal gebruik van ICT, waardoor de administratieve lasten niet of nauwelijks zullen stijgen.

In het kader van de ontwikkeling van de multidisciplinaire leidraad zal ook een implementatieplan worden opgesteld, zodat de betrokken beroepsgroepen hun professioneel handelen conform deze nieuwe leidraad gaan inrichten. Het is te verwachten dat een aantal daarin te benoemen activiteiten overlap vertonen met een aantal activiteiten in deze implementatie-agenda. Hier gaat een versterkende werking van uit, omdat de multidisciplinaire leidraad zelf onderdeel is van deze agenda. De disseminatie en implementatie van de leidraad zal zich richten op de structurele verankering in de dagelijkse praktijk, inclusief tools of hulpmiddelen die de zorgprofessionals kunnen inzetten om de implementatie te bevorderen. Er is voorzien in een praktijktest in een of twee regio's, waarna de implementatie verder kan worden uitgerold. Voor het opstellen van het implementatieplan wordt een aparte werkgroep opgericht met vertegenwoordigers vanuit de betrokken beroepsorganisaties (incl. het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)) en patiëntenorganisaties en de PAiN als koepel voor al deze organisaties. Voorts is voorzien in betrokkenheid vanuit de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), de Ziekenhuis-koepels (dossierhouder samenwerking, transmuraal) en experts op het gebied van digitale communicatie en implementatie.

In de multidisciplinaire leidraad kan aandacht worden besteed aan verdere definiëring of uitwerking van onderwerpen die in de ZSCP nog onderbelicht zijn gebleven, zodat op deze wijze tegemoet gekomen kan worden aan enkele bezwaren die sommige beroepsgroepen tegen onderdelen van de ZSCP hebben. Dit geldt met name voor de volgende onderwerpen:

- Verdere uitwerking van de begrippen stepped care en matched care en de samenhang hiertussen. Waar het om gaat is dat voor patiëntengroepen, die op basis van duidelijke criteria goed te identificeren zijn, directe verwijzing naar de voor die indicatie meest kansrijke interventie in eerste, tweede of derde lijn kan plaatsvinden, omdat anders evident sprake is van een slechtere prognose.
- Uitleg over de pathofysiologie van pijn (eventueel onderscheiden naar subgroepen), pijnsensitisatie, pijnveraring en pijngedrag, zodat inzichtelijker wordt waar diverse behandelmodaliteiten hun aangrijpingspunt vinden. De gehanteerde terminologie op gebied van chronische pijn moet worden gestroomlijnd met bestaande richtlijnen van huisartsen, zoals de NHG-Standaard Pijn en de NHG-Standaard SOLK. Een gemeenschappelijk kader en daarop gebaseerde uniforme uitleg aan patiënten is van groot belang.
- Beschrijving van het door sommige zorgprofessionals gehanteerde SCEGS-acroniem (o.a. NHG-Standaard Pijn en NHG-Standaard SOLK) en de relatie daarvan met het biopsychosociaal model en het ICF-model. Tevens toevoegen van het SCEGS-model aan de beschrijvingen van de (mogelijke) werkwijze van de zorgprofessional (m.n. huisarts), als alternatief voor het ICF-model.
- Het leggen van een relatie tussen (chronische) pijn en de ICD-11 (en veranderingen t.o.v. ICD-10).
- Uitwerking voor de diverse patiëntengroepen van de mogelijkheden voor en wenselijkheid van een multidisciplinair (diagnostisch) overleg (MDO), met daarbij het aanduiden van patiëntengroepen die op een bepaald moment (aangegeven in het zorgpad) hiervoor in aanmerking komen en de zorgprofessionals dan betrokken moeten worden; ook de vorm van het overleg (gezamenlijk of diverse consultaties) kan aan de orde komen.
- Beschrijving van de (gewenste) samenstelling van behandelteams in de anderhalve lijn, inclusief mogelijke rol van de huisarts, of in de tweede lijn rond sommige medisch specialisten.
- Juridische eindverantwoordelijkheid voor de verleende zorg
- Beter omschrijven of definiëren van de 'pijnconsulent' en de 'centrale zorgverlener' die in de ZSCP worden benoemd; welke zorgprofessionals kunnen op welk moment en bij welke patiënten deze rol invullen en wat houdt dat dan in.
- Uitwerken van de vereisten voor een individueel zorgplan op basis van de ontwikkelde zorgpaden.
- Wijze van (digitale) informatieoverdracht tussen zorgprofessionals, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij landelijke ontwikkelingen ten aanzien van het werken vanuit een centraal patiëntendossier en de realisatie van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)
- Beschrijven van mogelijkheden voor arbocuratieve samenwerking en arbeidsgerichte interventies.

### **3.3 Onderzoek en experimenten met concept kwaliteitsindicator**

Voor het monitoren van gerealiseerde veranderingen in de zorg voor patiënten met chronische pijn is in concept een structuurindicator ontwikkeld, die door middel van zes criteria scoort in hoeverre een bepaalde zorgaanbieder samenwerking heeft gerealiseerd met de andere relevante partijen in zijn regio. Deze concept kwaliteitsindicator wordt samen met de ZSCP en deze implementatie-agenda aangeboden aan het Register van het Zorginstituut. De status is nog experimenteel, wat wil zeggen dat het nodig is om door middel van experimenten te onderzoeken of de indicator valide is (meet wat hij beoogt te meten) en in de praktijk bruikbaar en toepasbaar is (de meest relevante zaken meet zonder veel administratieve belasting). Ook moet nog vastgesteld worden welke zorgaanbieders in welke frequentie een meting met deze indicator moeten uitvoeren.

Nadat de validiteit, bruikbaarheid en toepasbaarheid van de kwaliteitsindicator is vastgesteld eventueel na het doorvoeren van aanpassingen, moet deze opnieuw worden geautoriseerd of geaccordeerd door de betrokken beroepsorganisaties.

Daarna kan de indicator worden ingepast in een reeds bestaand meetsysteem of moet hiervoor een apart meetsysteem worden ontwikkeld om structurele toepassing mogelijk te maken. Pas daarna kan de kwaliteitsindicator worden ingezet om de kwaliteit van de zorg te monitoren. Voorlopig kunnen uitkomsten van deze indicator nog niet worden toegepast in het kader van contractering of handhaving van kwaliteit.

In eerste instantie is het noodzakelijk om de toepassing van de concept kwaliteitsindicator in diverse regionale experimenten te bestuderen en op basis daarvan aanbevelingen te doen voor aanpassingen en/of verdere toepassing. In verschillende regionale experimenten worden al voorzichtige stappen hiertoe gezet. Daarnaast is in de subsidieregeling 'Transparantie over de Kwaliteit van Zorg' bij het Zorginstituut een aanvraag ingediend voor experimenten met de concept kwaliteitsindicator in drie regio's (regio Harkema, regio Noord-Kennemerland en regio Utrecht).

### **3.4 Ontwikkelen van een blauwdruk voor regionale samenwerkingsovereenkomst**

De afspraken over de wijze waarop in een bepaalde regio de samenwerking vorm kan krijgen kunnen worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Dit kan helpen om gezamenlijk nog verder na te denken over de precieze uitwerking van de samenwerking en de afspraken daarover een minder vrijblijvend karakter te geven. Zeker wanneer ook zorgverzekeraars bij de regionale initiatieven een rol spelen is het noodzakelijk dat de afspraken duidelijk zijn en mede gedragen worden door de bestuurlijk verantwoordelijken van de betrokken zorginstellingen.

Omdat de uitwerking van de regionale samenwerking gebaseerd is op de visie en aanbevelingen van de ZSCP zullen de overeenkomsten uit verschillende regio's veel overeenkomende onderdelen bevatten. Om het proces van het opstellen van een samenwerkingsovereenkomst te faciliteren en te voorkomen dat steeds weer bedacht moet worden welke onderwerpen aan de orden moeten komen, kan op landelijk niveau een blauwdruk worden opgesteld, die in elke regio verder uitgewerkt en ingevuld kan worden. Vertegenwoordigers vanuit PAiN en Zorgverzekeraars Nederland zullen deze blauwdruk opstellen. Hierin zullen minimaal de volgende punten aan bod komen:

- Betrokken zorgprofessionals, zorginstellingen en bestaande netwerken/samenwerkingsvormen
- Betrokkenheid en wijze van patiëntenrepresentatie op netwerkniveau
- Wijze van betrokkenheid van zorgverzekeraar(s)
- Onderschrijving (visie en aanbevelingen) van de ZSCP
- Doel en beoogde opbrengsten van de samenwerking
- Tijdpad om samenwerking stapsgewijs te implementeren
- Juridische eindverantwoordelijkheid voor de verleende zorg
- Triageproces in de eerstelijns
- Mogelijkheden en procedures voor verwijzing patiënt
- Mogelijkheden voor versterking eerstelijns vanuit tweedelijns
- Mogelijkheden voor interprofessionele consultatie
- Mogelijkheden voor multimodale samenwerking in de eerstelijns
- Mogelijkheden en doelgroepen voor MDO en organisatie daarvan
- Centrale zorgverlener op patiëntniveau en ketenzorgcoördinator voor samenwerkingsverband
- Evaluatie van resultaten en bijdragen aan onderzoek
- Informatieoverdracht tussen betrokken zorgprofessionals en digitale uitwerking daarvan (cf. AVG)
- Betrokkenheid sociaal domein en arbocuratieve samenwerking
- Kennisuitwisseling, intervisie en/of nascholing
- Aansluiting bij initiatieven in andere regio's of op landelijk niveau
- Bekostiging van individuele patiëntenzorg (incl. innovatieve onderdelen daarvan)
- Bekostiging van samenwerkings- implementatie-activiteiten op netwerkniveau

De overeenkomst (en de blauwdruk daarvoor) kan ook afspraken bevatten over de beoogde kwaliteit van de te leveren zorg en de wijze waarop deze inzichtelijk wordt gemaakt. Als structuurindicator is hiervoor de concept kwaliteitsindicator ZSCP ontwikkeld. Daarnaast kunnen ook diverse proces- en uitkomstmaten worden toegepast, waarbij het voor de vergelijkbaarheid tussen regio's belangrijk is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij reeds elders toegepaste indicatoren. Wat betreft uitkomstmaten is aansluiting bij de ICHOM's set gewenst. In het kader van de multidisciplinaire leidraad kan het selecteren en vaststellen van kwaliteitsindicatoren ook een onderwerp zijn waarover afspraken worden vastgelegd. In dat geval dienen de indicatoren die in een bepaalde regio worden gekozen daarop aan te sluiten.

### **3.5 Aansturing van de ontwikkeling van faciliterend beleid voor zorgbekostiging**

Op landelijk niveau zal regelmatig overleg moeten plaatsvinden door Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, waar nodig in samenspraak met de Nederlandse Zorgautoriteit, dat gericht is op het ontwikkelen van beleid waarmee de bekostiging van (experimenten met) kansrijke interventies en/of samenwerkingsvormen mogelijk kan worden gemaakt. De kennis en ervaringen uit de verschillende uit te voeren regionale experimenten en uit wetenschappelijke trials dienen systematisch samengebracht te worden, zodat overstijgend inzicht ontstaat in de effectiviteit en doelmatigheid van doorgevoerde veranderingen. Als bepaalde interventies, samenwerkingsmodellen en/of organisatieveranderingen na goed evaluatieonderzoek effectief en doelmatig blijken te zijn, dan moet gekeken worden in hoeverre structurele bekostiging op basis van aanspraken of uitvoering van zorg mogelijk kan worden gemaakt.

### **3.6 Ontwikkelen materiaal voor opleidingen, nascholing en patiënten-educatie**

De gezamenlijke visie op chronische pijn, de daarvoor aangewezen zorg en de mogelijkheden om die zorg te organiseren moeten doorgevoerd worden in de opleidingen van medici (basiscurriculum én curricula specialisaties) en van paramedici en klinisch psychologen. Ook de inhoud van patiënten-educatie moet hierop worden afgestemd en de mogelijkheden voor inzetten van pijneducatie moeten worden uitgebreid, bijv. door het ontwikkelen van een algemeen toepasbare e-health-applicatie.

Recent is een review<sup>2</sup> verschenen over onderzoek naar pijnonderwijs voor zorgprofessionals en pijneducatie voor patiënten. Het blijkt dat de biopsychosociale benadering nog lang niet overal uitgangspunt voor het onderwijs is, dat vaak de focus nog ligt op biomedische oorzaken en pathofysiologie van pijn, dat het adequaat meten van pijn nog onderbelicht is en dat de kennis, vaardigheden, attitudes, of overtuigingen van studenten omtrent pijn veelal inadequaat zijn. Aanbevelingen zijn om het biopsychosociaal model te gebruiken als basis voor het analyseren en bestrijden van pijn en de gevolgen daarvan, de toepassing van kennis en vaardigheden in de praktijk te verbeteren en het principe van contextuele gezamenlijke besluitneming, met inbegrip van psychische en sociale factoren en behoeftes van de patiënt, te integreren in het behandelproces.

In de huidige situatie in Nederland is het onderwijs in chronische pijn voor de verschillende zorgprofessionals te beperkt in omvang en inhoudelijk niet afgestemd. Iedere discipline organiseert zijn eigen onderwijs, dat daardoor erg versnipperd is. Er is een grote variatie in de onderliggende kennis in bijv. toegepaste handboeken of richtlijnen.

---

<sup>2</sup> Thompson K, Johnson MI, Milligan J, Briggs M. Twenty-five years of pain education research—what have we learned? Findings from a comprehensive scoping review of research into pre-registration pain education for health professionals. *Pain* 2018 159 (2018) 2146–2158



De ene discipline is vaak niet op de hoogte van de inhoud van het onderwijs van de andere disciplines. Veel zorgprofessionals die in opleiding zijn komen maar beperkt in aanraking met mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling op hun eigen vakgebied, laat staan met de mogelijkheden bij de andere vakgebieden. Aandacht voor samenwerking en MDO's is er nog weinig. Het veranderen van de opleidingen van de diverse betrokken zorgprofessionals vergt een grote inspanning van sleutelfiguren binnen de verschillende vakgebieden, die zich willen inzetten om in de diverse curricula ruimte vrij te maken voor onderwijs op het gebied van pijn en zorg voor patiënten met chronische pijn.

Een heel praktisch punt op het gebied van communicatie en voorlichting betreft het verstrekken van informatie over de organisaties en contactpersonen, die zorgprofessionals die met het opzetten van of aansluiten bij een samenwerkingsverband aan de slag willen gaan kunnen helpen om de juiste documenten, blauwdrukken, richtlijnen etc. te vinden en ook verdere tips en aanwijzingen kunnen geven. Deze activiteit zou belegd kunnen worden bij PAiN of bij een centrale programmacoördinator.

## **4 Benodigde activiteiten op regionaal niveau**

### **4.1 Experimenteren met samenwerking in regionale netwerken**

In elke regio zullen zorgprofessionals, zorginstellingen en patiëntenorganisaties samen met zorgverzekeraars tot afspraken moeten komen hoe de samenwerking in de regio en de zorg voor chronische patiënten in de gehele keten het beste kan worden verbeterd. In een vijftal regio's is in 2017 hiermee een begin gemaakt in het kader van de Health Deal Chronische Pijn (HDCP).<sup>3</sup> Doel daarvan is om de principes van value based health care toe te passen en daarmee aantoonbare een hogere gezondheidswinst voor de chronische pijnpatiënten te realiseren bij 20% lagere zorgkosten, schadelast en maatschappelijke kosten.<sup>4</sup> Centraal staat de introductie van een ketenzorgmodel voor chronische pijn (stepped care pijnketen) en een ketenregisseur (casemanager). In de (stepped care) pijnketen werken huisartsen, therapeuten en medisch specialisten samen, waarbij de zorg optimaal en als continuüm wordt ingericht rond de patiënt. Triage door de huisarts vindt plaats op basis van complexiteit en risico van de individuele patiënt (beslisboom). Bij complexe patiënten krijgt de huisarts ondersteuning van een onafhankelijk pijndiagnostisch team van medisch specialisten (in consult), gebaseerd op biopsychosociale uitgangspunten en een transmuraal werkende ketenregisseur, die kwaliteit van zorg en uitkomstmetingen bewaakt en de patiënt ondersteunt in eigen regio en focus op vitaliteit en gezondheid. Binnen de HDCP is in eerste instantie gestart met wervelkolomgerelateerde pijn. Begeleidend onderzoek moet inzichten opleveren in de resultaten. Het is de bedoeling dat het aantal regio's in het kader van de HDCP verder wordt uitgebreid. In 2018 hebben al enkele nieuwe initiatieven aansluiting gezocht. Door middel van landelijke en regionale inspiratiebijeenkomsten, georganiseerd door de regiegroep HDCP, wil men ervoor zorgen dat de netwerken leren van elkaars goede ervaringen en dingen die minder goed hebben gewerkt. De regiegroep HDCP houdt samen met het ministerie van VWS bij welke initiatieven er zijn, stimuleert de totstandkoming van nieuwe initiatieven en coördineert de kennisoverdracht en evaluaties.

---

<sup>3</sup> De regio's bevinden zich rond Zwolle (De Vogellanden, CIR), stad Groningen/Harkema (Pijncentrum UMCG, regio Harkema), Nijmegen/Arnhem (Pijncentrum Radboudumc, Sint Maartenskliniek, Realhealth, CIR), Heerlen (Aratame Health) en stad Utrecht (Diakonessenhuis); in 2018 is de regio Midden-Kennemerland (Heliomare, Rode Kruis Ziekenhuis, huisartsenvereniging Midden-Kennemerland); op landelijk niveau zijn de Stichting Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem, het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn, het VUmc en Zilveren Kruis betrokken.

<sup>4</sup> Health Deal Chronische Pijn <https://pijnnetwerken.nl/healthdeal/>, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2017/01/24/health-deal-chronische-pijn> en <https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/health-deal-chronische-pijn/>.

Ook los van de HDCP komen initiatieven tot stand waarin zorgprofessionals samenwerkingsmodellen opzetten en uittesten om de zorg voor patiënten met chronische pijn te verbeteren, zoals het transmurale Netwerk Pijnrevalidatie Limburg en de 'anderhalvelijns' poli voor lage rugklachten in Maastricht. Na een analyse in de regio van de behoeftes bij patiënten, zorgprofessionals en zorginstellingen en mogelijkheden voor samenwerking in de zorgketen, ontwikkelen de deelnemers in dergelijke initiatieven een in die regio passend samenwerkingsmodel, waarin de visie en aanbevelingen van de ZSCP concreet worden vertaald naar een model voor het zorgaanbod van patiënten met chronische pijn. Het is belangrijk dat zoveel mogelijk zorgprofessionals, die bereid zijn om hun zorgaanbod af te stemmen op de ZSCP, kunnen aansluiten bij een regionaal samenwerkingsverband, zodat als een olievlek uiteindelijk de noodzakelijke veranderingen in het gehele regionale zorgaanbod kunnen worden doorgevoerd. Door het toepassen van mogelijkheden voor innovatieve bekostiging en additionele afspraken bij contractering kan een regionaal belangrijke zorgverzekeraar een sterk faciliterende rol spelen bij de opzet van het samenwerkingsverband en de evaluatie van resultaten. Wanneer in een bepaalde regio goede ervaring wordt opgedaan met het ontwikkelen en toepassen van implementatiemethoden of tools en instrumenten die diagnostiek of behandeling kunnen ondersteunen, dan kan informatie daarover via de evaluaties worden opgehaald en landelijk worden gedeeld met andere samenwerkingsverbanden. Het is dus essentieel dat in al dit soort initiatieven begeleidend onderzoek plaatsvindt met zoveel mogelijk toepassing van dezelfde proces- en uitkomstmetingen. Dit is een project op zich, waarvoor aanvullende financiering gevonden zal moeten worden om een voldoende omvang en kwaliteitsniveau te realiseren. Ook de concept kwaliteitsindicator van de ZSCP moet zoveel mogelijk meegenomen worden in de experimenten, zodat mede daardoor inzicht ontstaat in de bruikbaarheid. Het is van groot belang dat ook regionale zorgverzekeraars bereid zijn te participeren in deze initiatieven en meedenken over innovatieve bekostigingsmogelijkheden. De overtuiging is dat een investering om tot veranderingen in de dagelijkse praktijk te komen, in een later stadium kan resulteren in substantiële besparingen.

Chronische pijn is ook een uitstekende kandidaat voor de regionale netwerken rond universitair medische centra (UMC's) die de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) in 2020 wil opzetten om innovatieve netwerkzorg voor patiënten met chronische ziekten te organiseren en evalueren.<sup>5</sup> De evaluaties in dit type projecten kunnen op een wetenschappelijk hoger niveau worden uitgevoerd. Het is belangrijk dat professionals en organisaties die zowel bij de ZSCP als het NFU-initiatief zijn betrokken deze brug proberen te slaan. Aandacht voor de rol van paramedische en verpleegkundige beroepsgroepen in deze projecten kan worden versterkt door het betrekken van een hogeschool in dezelfde regio en/of het opzetten van een academische werkplaats waarin alle relevante partijen kunnen participeren.

De implementatie van de visie en aanbevelingen van de ZSCP in een werkzaam samenwerkingsmodel en het doorvoeren van de noodzakelijke veranderingen in de ketenzorg vergt zowel training en intervisie van de betrokken zorgprofessionals als gezamenlijk overleg. Aanbevolen wordt om expertise op gebied van implementatie en verandermanagement te betrekken. Het daadwerkelijk toepassen van het biopsychosociaal model en stepped en matched care principes in de gehele zorgketen vergt een grote inspanning van een groot aantal betrokkenen. In de bekostiging van de diverse initiatieven moet ook aandacht uitgaan naar de financiering van dit type inspanningen, omdat dit niet vanuit de bekostiging van individuele patiëntenzorg kan worden opgebracht.

---

<sup>5</sup> NFU: Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio.  
<https://www.nfu.nl/actueel/umcs-versterken-onderzoek-en-innovatie-in-de-regio>

## **4.2 Uitwerken regionale modellen voor MDO**

Een specifiek onderdeel van de samenwerking van zorgprofessionals rond relatief complexe patiënten met chronische pijn is het multidisciplinair overleg (MDO). Op landelijk niveau zal in het kader van de multidisciplinaire leidraad al worden nagedacht over de doelgroepen, participanten, modellen, kwaliteitscriteria, beleggen van verantwoordelijkheden en coördinatie, wellicht gekoppeld aan bekostigingsmogelijkheden. Maar ook op regionaal niveau moet worden bekeken welke modellen voor MDO toepasbaar zijn en hoe de betrokkenheid van de diverse zorgprofessionals in de eerste of tweede lijn of transmuraal georganiseerd en gecoördineerd kan worden. Ook op dit niveau moeten afspraken over de juridische eindverantwoordelijkheid voor de verleende zorg worden gemaakt.

Voor bespreking en aanpak van hoog complexe casuïstiek is koppeling op supraregionaal niveau aan derdelijns (academische) centra en/of categorale centra van belang. Het is evident dat voor de verankering van het MDO in de pijnzorg ook op regionaal niveau de nodige organisatorische en financiële randvoorwaarden moeten worden uitgewerkt en ingevuld.

Het primaire doel van een MDO in de zorg voor patiënten met chronische pijn is verbetering van de kwaliteit van de zorg, waarbij zo snel mogelijk de juiste patiënt op de juiste plek in het zorgaanbod terecht komt. Daarvoor dient het MDO centraal te staan in de regionetwerken. Aanvullende doelen kunnen worden gevonden in eenduidige voorlichting en uitleg aan patiënten, onderlinge kennismaking en kennisuitwisseling door de zorgprofessionals, introductie van snelle intercollegiale consultering en/of een second-opinion functie. Hierbij is het mogelijk om eerst relatief kleinschalig en met beperkte doelen ervaring op te doen en bij positieve bevindingen dit later verder uit te bouwen. Wanneer projecten worden begeleid door onderzoek kunnen MDO-participanten individuele patiënten waar zij bij betrokken zijn motiveren om hieraan deel te nemen.

De afgelopen jaren zijn al op diverse andere zorggebieden MDO-structuren ontstaan en binnen de pijnzorg is op veel plaatsen al hiermee geëxperimenteerd. Ook in een aantal andere zorggebieden is het MDO ingevoerd en is ervaring met de randvoorwaarden opgedaan. Voorbeelden op het terrein van de oncologie, GGZ, ziekte van Parkinson of CVA kunnen als inspiratiebron voor de pijnzorg dienen.

## **4.3 Ontwikkelen regionale initiatieven voor (innovatieve) bekostiging**

Bij het opzetten en uitwerken van de samenwerking in een regionaal implementatieplan moet een analyse plaatsvinden van de knelpunten in de bekostiging op patiëntniveau en op netwerkniveau en moeten mogelijke oplossingen daarvoor worden bedacht, waarover met alle partijen uiteindelijke afspraken kunnen worden gemaakt. De samenwerking met zorgverzekeraars is daarbij essentieel. Op landelijk niveau kunnen mogelijke bekostigingsmodellen worden uitgedacht, maar op regionaal niveau zullen keuzes moeten worden gemaakt en ook tarieven en budgetten worden vastgesteld. Belangrijk is ook om te leren vanuit netwerken die al langer bezig zijn, bijv. in het kader van de HDCP, of van voorbeelden van netwerken op andere terreinen van de gezondheidszorg. Zonder adequate invulling van essentiële financiële randvoorwaarden voor de (innovatieve) patiëntenzorg en de netwerkactiviteiten is het risico groot dat enthousiast gestarte initiatieven niet duurzaam blijken. Bekostiging van evaluaties en van wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om veronderstelde effecten én opbrengsten door reductie van de totale zorgkosten aan te tonen.

#### **4.4 Opstellen regionale of lokale samenwerkingsovereenkomsten**

Het opstellen van een overeenkomst waarin de afspraken over regionale samenwerking worden vastgelegd is geen doel op zich, maar kan wel helpen om het commitment van alle betrokkenen om te zetten in duidelijke afspraken en te voorzien van een draagvlak bij de bestuurlijk verantwoordelijken van de betrokken zorginstellingen en zorgverzekeraars. Om het opstellen van samenwerkingsovereenkomsten te faciliteren zal op landelijk niveau een blauwdruk worden ontwikkeld, dat in een regio verder kan worden uitgewerkt en ingevuld. In een eerste verkenningsfase, waarin nog geëxperimenteerd wordt met de samenwerkingsvorm en/of met een initiatief dat nog beperkt van omvang is, kan een intentieverklaring toegepast worden. Naarmate de verkenningsfase verder vordert zal steeds duidelijker worden hoe het samenwerkingsmodel en het zorgnetwerk in een regio vormgegeven kan gaan worden. In dat stadium kan een meer gedetailleerde samenwerkingsovereenkomst worden opgesteld.

#### **4.5 Uitwerken kennisoverdracht en nascholing in samenwerkingsverbanden**

De regionale samenwerkingsverbanden die tot stand komen zijn ook bij uitstek geschikt om structuren op te zetten voor kennisuitwisseling, intervisie en nascholing. Doel daarvan is om een gezamenlijke basis en begrippenkader te creëren ten aanzien van de uitgangspunten voor optimale zorg voor patiënten met chronische pijn en de specifieke uitwerking daarvan in de regio. Wanneer de aansluiting bij supraregionaal opererende academische of categorale centra is gerealiseerd kunnen experts van daaruit een rol spelen. Alle betrokken zorgprofessionals kunnen worden getraind in het toepassen van de gemaakte afspraken, waarbij tevens aandacht kan uitgaan naar het oplossen van knelpunten die zich daarbij voordoen of het verder uitwerken van de samenwerking. Resultaat is dat patiënten steeds betere en meer eenduidige informatie krijgen over de mogelijkheden voor diagnostiek, behandeling en ondersteuning in hun individuele situatie. Kennis over de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling, multidisciplinaire samenwerking daarbij en specifieke expertise in de regio kan zo beschikbaar komen voor alle participanten van het samenwerkingsverband. Nieuwe inzichten vanuit andere regio's, landelijke projecten of nationaal en internationaal onderzoek kunnen via de regionale netwerken snel worden verspreid. Bestudering en bespreking van landelijk ontwikkelde modules voor e-learning of patiënten-educatie kan resulteren in afspraken over implementatie in de regio. Regionale UMC's en categorale zorginstellingen en/of topklinische ziekenhuizen die actief zijn op het gebied van pijnzorg kunnen hierin een belangrijke rol spelen. De regionale kennisuitwisseling en nascholing is naast de inhoudelijke doelstellingen bedoeld om bij te dragen aan de kennis over elkaars expertise, zodat juiste verwijzingen en intercollegiale contacten gefaciliteerd kunnen worden en het vertrouwen in elkaar kan groeien. Daarom is het belangrijk dat deze activiteiten discipline-overstijgend worden georganiseerd en afzonderlijke zorgprofessionals door de organisatie waarvoor zij werkzaam zijn en/of de zorgverzekeraar worden gefaciliteerd om deel te nemen. Opties om regionale discipline-overstijgende kennisoverdracht te ondersteunen zijn:

- aanbod van basiskennis die eventueel online te volgen is en na afronding tot certificatie kan leiden
- een forum voor kennisdeling en het stellen van vragen of plaatsen van informatie
- overzicht van in de regio werkzame zorgprofessionals en zorginstellingen met specifieke expertise
- overzicht van contactgegevens van alle partners in het samenwerkingsverband
- vaardigheidstrainingen vanuit biopsychosociaal perspectief
- toepassing van uniforme-health-applicaties door verschillende disciplines in het netwerk
- binnen het netwerk georganiseerde interdisciplinaire intervisie
- deelname aan inspiratiebijeenkomsten

#### **4.6 Structureel overleg tussen (organisaties van) zorgprofessionals en patiënten**

Het is belangrijk dat de patiëntenorganisaties in de regionale netwerken vertegenwoordigd zijn en vanuit die hoedanigheid betrokken zijn bij de op te zetten activiteiten en het toezicht op de voortgang hiervan, zodat steeds het perspectief van het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënt met chronische pijn wordt geborgd. Soms kan het vinden van een goede representatie vanuit patiëntperspectief bij één of meer samenwerkingsverbanden in een regio echter lastig zijn, omdat het aantal beschikbare kandidaten hiervoor beperkt kan zijn en hun vaardigheden in de representatieve rol tekort kunnen schieten. In het kader van de implementatie van de ZSCP wil Pijnpatiënten naar één stem samen met PGO-support (landelijke steunorganisatie van patiëntenorganisaties) daarom een training in strategisch denken en handelen ontwikkelen voor patiënten-vertegenwoordigers (pijnambassadeurs). Het is de opzet dat deze pijnambassadeurs bedreven worden om zorgbreed en vanuit een governanceperspectief de belangen van mensen met chronische pijn in een regionaal samenwerkingsverband voor pijnzorg kunnen behartigen.

In elk van de plannen en afspraken voor de regionale samenwerkingsverbanden voor pijnzorg kan worden beschreven op welke wijze structureel overleg met een patiënten-vertegenwoordiging kan worden vormgegeven. Die vertegenwoordiging kan tot stand komen vanuit een op landelijk niveau opererende patiëntenorganisatie, waarbij de vertegenwoordiger bij voorkeur in of dichtbij de regio woont waarom het gaat. Wanneer in de regio een goede kandidaat voor patiënten-vertegenwoordiging beschikbaar is, kan deze in hetzelfde verband deelnemen aan deze training. De structurele betrokkenheid van een patiënten-vertegenwoordiging in een regionaal samenwerkingsverband kan desgewenst blijken uit agenda's of uitnodigingen voor vergaderingen of bijeenkomsten. Wanneer het moeilijk is om een patiënten-vertegenwoordiging hierin te laten participeren is een andere optie om de zorg voor patiënten met chronische pijn expliciet aan de orde te stellen in ander structureel overleg met bijv. deelneming vanuit de Patiëntenfederatie of vanuit regionale patiëntenplatforms.